

Cap. 3
Metodi e pratiche
per la stesura
dei Profili di comunità:
stili a confronto

Cap. 3 Metodi e pratiche per la stesura dei Profili di comunità: stili a confronto

In questa seconda parte del Rapporto si prendono in esame le modalità con cui sono stati redatti i dieci Profili di comunità. Si vuole principalmente studiare l'aderenza dei singoli Profili allo schema proposto dalla Regione Emilia-Romagna, ossia comprendere se e in che misura i singoli Profili si siano attenuti al modello regionale in termini di: indicatori proposti, fonti utilizzate, ecc.. Si sono altresì analizzati l'approccio culturale, la metodologia, nonché le scelte comunicative-redazionali con cui sono stati trattati e presentati i dati e le informazioni.

3.1 L'impostazione del Profilo di comunità: sintesi di un percorso complesso

L'analisi dei Profili di comunità che qui si presenta è stata compiuta confrontandoli con lo schema base proposto dalla Regione. Diviene perciò utile richiamare come questo schema sia stato costruito, quali ne siano stati gli elementi ispiratori, e come essi siano, a loro volta, il risultato di un lavoro congiunto di tanti Settori entro la Regione stessa (area sociale, socio-sanitaria, sanitaria). Lo "schema" proposto dalla Regione è un articolato documento elaborato da un gruppo di lavoro integrato composto da referenti regionali delle varie aree e da rappresentanti delle amministrazioni locali (Comuni e Province) e A.USL. Il documento contenente "Indicazioni per la costruzione del profilo di Comunità" è stato presentato in una pubblica occasione il 21 maggio 2008 e consegnato successivamente in via definitiva ai territori. Esso contiene indicazioni di tipo metodologico generale, un indice di riferimento suggerito per la stesura del Profilo di comunità, un elenco di indicatori, distinti in prioritari ed integrativi, per ciascuna parte del Profilo stesso, un elenco di tabelle indicate come possibile format per contenere tutte le informazioni che si suggerisce di reperire, commentare, corredate di indicazioni di fonti.

Nella premessa di carattere orientativo viene esplicitata la ratio del nuovo strumento (la cui prima citazione si ritrova nel Piano socio-sanitario 2008-2011), nonché la sua stretta connessione con l'Atto di indirizzo triennale della Conferenza territoriale socio-sanitaria, di cui è parte integrante. Si afferma e si sostiene il tentativo di progettare uno strumento in grado di offrire una lettura critica e ragionata della comunità territoriale, una lettura operata con un "approccio integrato caratterizzante già la fase di lettura e comprensione dei bisogni: gli strumenti e il metodo di lavoro debbono essere coerenti con questo obiettivo" (cfr. schema proposto dalla Regione). Uno strumento, tuttavia, che consentisse anche confronti fra le diverse realtà territoriali ad opera della Regione stessa.

Occorre inoltre sottolineare un aspetto che riguarda la genesi del percorso: nell'identificare quali dati e indicatori fossero più consoni alla stesura del Profilo di comunità, si è ampiamente attinto all'esperienza pluriennale e consolidata dei Piani di zona sociali, dei Piani per la salute, operando selezioni e ricombinazioni. Ciò nella consapevolezza che si trattava di una sperimentazione e che si rimandava all'analisi ex-post

proprio la verifica di come i territori avrebbero interpretato e fatto proprio lo schema stesso⁹.

Si vogliono brevemente riprendere alcune annotazioni particolarmente importanti tratte dalle note metodologiche annesse al Profilo e riassunte in tredici punti.

L'insieme di dati e indicatori suggeriti ha costituito una prima base su cui innestare la riflessione dei territori; tale insieme aveva l'obiettivo di fornire un riferimento minimo comune ed è per questa ragione che sono stati individuati alcuni indicatori prioritari, cui ciascun territorio avrebbe potuto (e ciò era auspicato) aggiungere ulteriori elementi di ordine statistico generale o scaturiti da indagini ad hoc e/o Osservatori locali. Sono altresì stati elencati indicatori integrativi il cui utilizzo era per definizione discrezionale. Volendo sintetizzare la prospettiva adottata dallo schema regionale secondo le indicazioni maturate entro il gruppo di lavoro, si possono distinguere alcuni orientamenti forti: gerarchizzare e semplificare le fonti rispetto alla mole di dati e indicatori che erano confluiti nell'esperienza dei Piani di zona e dei Piani per la salute; privilegiare un percorso mirato a definire tendenze piuttosto che a "scattare fotografie" del presente; suggerire disaggregazioni a livello distrettuale del dato in quanto più funzionale per le zone sociali, ai fini della programmazione locale.

Sulla base di questa impostazione il gruppo di lavoro regionale ha proceduto attuando una forte selezione¹⁰ dei tanti dati e indicatori seguendo criteri di reperibilità dei medesimi, di significatività, di efficacia, di capacità di leggere la realtà in maniera integrata e di fornire suggerimenti per l'operatività, rispetto al fenomeno indagato.

Obiettivi non certamente raggiungibili appieno nella prima fase sperimentale, l'analisi della quale però consentirà di migliorare lo strumento per il futuro. Le riflessioni riportate nel presente capitolo sono proprio volte a fornire elementi di analisi a tale fine.

Prima di procedere, con i box 1 e 2, si presenta l'indice del Profilo di comunità proposto nello schema regionale e il set di indicatori suggerito nello stesso schema.

⁹ Esiste una ampia documentazione del lavoro svolto all'interno del gruppo di lavoro per la stesura dello schema.

¹⁰ A titolo esemplificativo, si riporta un dato rintracciabile nei documenti del gruppo di lavoro regionale: si è passati dagli oltre 230 indicatori suggeriti

dalla Regione per la sola programmazione sociale di zona (Griglia 1: dati di contesto) a circa un centinaio di indicatori proposti per il Profilo di comunità.

Box 1 L'indice del Profilo di comunità secondo lo schema proposto dalla Regione Emilia-Romagna**I parte****La comunità in cui viviamo**

1. Profilo demografico del territorio
2. Natalità, mortalità e speranza di vita
3. Ambiente e territorio
4. Sicurezza e sicurezza percepita
5. Salute e stili di vita
6. Profilo socio-economico del territorio
7. Mobilità

II parte**Servizi, risorse informali, domanda espressa e domanda soddisfatta**

1. Ambito sociale e socio-sanitario
2. Ambito sanitario
3. Ambito educativo e socio-educativo
4. Ambito abitativo
5. Ambito formativo e lavoristico
6. Ambito culturale e ricreativo
7. Capitale sociale

III parte**Il territorio tra bisogni e risorse: principali tendenze e criticità****Box 2 Proposta di indicatori di sintesi per il confronto tra territori e diacronico (dallo schema regionale)****Profilo demografico dinamico del territorio**

- Popolazione residente in serie storica (cfr. Tabella 1.1 dell'Allegato)
- Composizione della popolazione per età e genere (cfr. Tabella 1.2 dell'Allegato)
- Cittadini stranieri residenti per età, genere, provenienza e incidenza sulla popolazione complessiva (cfr. Tabella 1.5 dell'Allegato)
- Percentuale di popolazione straniera sul totale della popolazione residente in serie storica (cfr. Tabella 1.6 dell'Allegato)
- Percentuale di popolazione straniera in età inferiore ai 14 anni sul totale della popolazione residente in serie storica (cfr. Tabella 1.7 dell'Allegato)
- Composizione dei nuclei familiari (cfr. Tabella 1.8 dell'Allegato)

Natalità, mortalità, speranza di vita

- Tasso di natalità in serie storica (cfr. Tabella 2.1 dell'Allegato)
- Tasso di mortalità grezzo, per genere, in serie storica (cfr. Tabella 2.2 dell'Allegato)
- Tasso di mortalità standardizzato, per genere, in serie storica (cfr. Tabella 2.3 dell'Allegato)
- Speranza di vita alla nascita

Ambiente e territorio

- Percentuale di giornate annue con concentrazione di PM10 superiore alla norma, nei centri urbani in serie storica (cfr. Tabella 3.1 dell'Allegato)

Sicurezza

- Andamento degli incidenti stradali e relativi indicatori (cfr. Tabella 4.1 dell'Allegato)
- Tassi di incidenza di infortuni sul lavoro, dati provinciali e regionali (cfr. Tabella 4.2 dell'Allegato)
- Percentuale di persone (18-69) che hanno avuto un incidente domestico negli ultimi 12 mesi (Sistema di sorveglianza PASSI)

Salute e stili di vita

- Tassi di mortalità grezzi per causa, dati provinciali e regionali in serie storica (cfr. Tabella 5.1 dell'Allegato)

- Tassi di mortalità standardizzati per causa, dati provinciali e regionali in serie storica (cfr. Tabella 5.2 dell'Allegato)
- Mortalità evitabile per cause specifiche, per genere in serie storica (cfr. Tabella 5.3 dell'Allegato)
- Numero morti evitabili e anni di vita persi per deceduto per cause specifiche. (cfr. Tabella 5.4 dell'Allegato)

Profilo socio-economico del territorio

- Lavoratori atipici, disoccupati e titolari d'impresa per genere e provenienza (cfr. Tabella 6.1 dell'Allegato)
- Disoccupati per classi d'età e provenienza (cfr. Tabella 6.2 dell'Allegato)

Mobilità

Ambito sociale e socio-sanitario

- Soggetti in carico ai servizi territoriali in v. a. (cfr. Tabella 7.1 dell'Allegato)
- Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni (cfr. Tabella 7.2 dell'Allegato)
- Servizi, interventi, strutture e trasferimenti in denaro per l'Area anziani (cfr. Tabella 7.3 dell'Allegato)
- Servizi, interventi e strutture per l'Area responsabilità genitoriali (cfr. Tabella 7.4 dell'Allegato)
- Servizi, interventi e strutture per l'Area infanzia e adolescenza (cfr. Tabella 7.5 dell'Allegato)
- Servizi, interventi, strutture e trasferimenti in denaro per l'Area immigrazione, asilo, lotta alla tratta (cfr. Tabella 7.6 dell'Allegato)
- Servizi, interventi, strutture e trasferimenti in denaro per l'Area contrasto alla povertà e all'esclusione sociale (cfr. Tabella 7.7 dell'Allegato)
- Interventi e strutture socio-sanitarie Area dipendenze (prevenzione, riduzione del danno e reinserimento socio-lavorativo) (cfr. Tabella 7.8 dell'Allegato)
- Servizi, interventi, strutture e trasferimenti in denaro per l'Area disabili (cfr. Tabella 7.9 dell'Allegato)

Ambito sanitario

- assistenza alla gravidanza
- modalità di parto
- interruzione volontaria di gravidanza
- % di adesione nell'anno allo screening per la prevenzione dei tumori (collo dell'utero, mammella e colon-retto)
- tasso di copertura percentuale per le vaccinazioni contro alcune malattie (emofilo a 24 mesi; polio, difto, tetano ed epatite B a 24 mesi; morbillo a 24 mesi; pneumococco a 24 mesi; meningococco a 24 mesi; rosolia a 13 anni; HPV a 13 anni; morbillo a 13 anni; meningococco a 16 anni)
- tasso di copertura percentuale per vaccinazione antinfluenzale per residenti di età maggiore di 65 anni
- n. utenti su popolazione target
- distribuzione % dell'attività
- dimissioni/10.000 abitanti
- n. TSO
- persone trattate/10.000
- n. posti per malati psichiatrici in strutture residenziali e semiresidenziali
- n. suicidi (a livello distrettuale, provinciale e regionale)
- tasso suicidi (a livello provinciale e regionale)
- n. inserimenti lavorativi per disabili psichici fatti con gli strumenti della legge 68 (fonte: Provincia)
- n. soluzioni abitative condivise tra EE LL ed Ausl per cittadini con disabilità psichiatriche e con dipendenze patologiche (concessione di alloggi, gruppi appartamento condivisi, ecc.) – (fonti: Comuni ed Ausl)

Ambito socio-educativo

- Strutture, servizi e interventi in ambito educativo e socio-educativo in v.a. (cfr. Tabella 8.1 dell'Allegato)
- Domande, posti e iscritti per grado di istruzione (cfr. Tabella 8.2 dell'Allegato)

Ambito abitativo

- Domanda soddisfatta e domanda inevasa di Fondo sociale per l'affitto e alloggi di ERP (cfr. Tabella 9.1 dell'Allegato)

Ambito formativo-lavoristico

- Utenti inseriti in percorsi di inserimento socio-occupazionale (cfr. Tabella 10.1 dell'Allegato)

Ambito culturale e ricreativo

Capitale sociale

In generale...**3.2 La diversità dei Profili**

Si possono fin da ora anticipare alcune ricorrenze e riflessioni di carattere generale che, con riferimento alle dimensioni sopra descritte, emergono dalla lettura complessiva dei Profili di comunità.

In primo luogo, va evidenziato che, nonostante sia stato compiuto lo sforzo da parte della totalità dei territori di presentare la netta maggioranza degli indicatori previsti dallo schema regionale (anche grazie alla disponibilità - quantomeno per la maggior parte degli ambiti - di banche-dati e di sistemi informativi strutturati e ormai consolidati da tempo), ciò non si è tradotto in una piena aderenza al modello e in una omogeneizzazione dei Profili, che - come si vedrà con le pagine che seguiranno - hanno mantenuto proprie specificità e caratteri distintivi. Ciò in particolare con riferimento a: i dati presentati, il riferimento temporale degli stessi, le modalità di illustrazione e/o di commento, le fonti utilizzate. La stessa articolazione del Profilo di comunità è, in alcuni casi, particolarmente dettagliata e ricca di informazioni, in altri più sintetica, in altri ancora più discorsiva ma con rimandi ai dati e alle tabelle in appendici o allegati.

Una ulteriore disomogeneità si è rilevata nel livello di approfondimento del dato: una buona parte dei Profili, come già evidenziato, si è attenuta allo schema regionale presentando il set minimo di dati e indicatori previsti, mentre altri hanno proposto ulteriori specifiche e approfondimenti per aree tematiche ritenute di particolare rilevanza nell'economia complessiva del Profilo.

Va poi evidenziato che alcuni territori hanno declinato i dati per ambiti distrettuali, mentre altri hanno privilegiato il dato aggregato, eventualmente limitandosi a sottolineare peculiarità dei singoli ambiti distrettuali in sede di commento. Va da sé che ciò è anche legato alla maggiore o minore articolazione e differenziazione di un territorio: laddove sia presente un maggior numero di distretti o anche maggiore eterogeneità nella distribuzione della popolazione e nella geografia del territorio (città, pianura, montagna), è evidente come risulti più opportuna ed efficace una disaggregazione del dato.

Un tentativo di tipologia...

Sulla base delle differenze e delle peculiarità sopra in sintesi descritte, è possibile distinguere tre tipi di Profilo, in particolare con riferimento alla **scelta degli indicatori utilizzati**.

Un primo tipo di Profilo è quello che, in generale, si è attenuto a quanto proposto dallo schema regionale, avendo essenzialmente presentato gli indicatori previsti, accompagnandoli con un commento ed eventualmente arricchendo il tutto con ulteriori elementi di analisi, con diversi livelli di approfondimento. Ricadono in questa categoria Piacenza, Cesena, Rimini e, per alcuni aspetti, Reggio Emilia.

Un secondo tipo di Profilo è quello che, pur attestandosi piuttosto vicino allo schema proposto dalla Regione, ha introdotto approfondimenti su specifici aspetti, servizi, interventi, nell'intento di rendere più evidente e motivata la riflessione sulle criticità e sulle tendenze in atto. È questo il caso di Parma, Modena, Bologna e, per alcuni aspetti, Reggio Emilia.

Un terzo tipo di Profilo è quello che si è discostato notevolmente dall'impostazione suggerita dalla Regione Emilia-Romagna, individuando modalità differenti di lettura, analisi e presentazione. Il Profilo di comunità di Ravenna, ad esempio, ha scelto una strutturazione di taglio concettuale, dando considerevole risalto alle indagini realizzate ad hoc in vista della predisposizione del Profilo di comunità¹¹; il Profilo di comunità di Forlì - dopo un percorso partecipato di condivisione, tra i differenti attori, delle priorità e della lettura da offrire - si è orientato verso una versione sintetica e discorsiva, caratterizzata dalla presenza di titoletti evocativi ed un commento piuttosto "snello". Il Profilo di Ferrara, poi, rientra fra quelli che maggiormente si sono discostati dal modello regionale, dal momento che questo ambito territoriale aveva già avviato la stesura del Profilo di salute prima che la Regione Emilia-Romagna rendesse pubblica la propria proposta di schema, successivamente integrandolo all'interno del Profilo di Comunità. Strettamente connesse a quanto sopra descritto sono le **diverse modalità di commento e presentazione dei dati**, sia dal punto di vista metodologico, sia delle scelte redazionali-comunicative adottate. Anche da questo punto di vista è possibile tipologizzare tre tipi di Profilo:

- **Profilo entro il dato...**: in cui ricadono quei Profili che presentano livelli di commento essenziali anche se chiari e articolati (Piacenza, Parma, Cesena, Rimini e in parte di Reggio Emilia)¹². Va immediatamente aggiunto che anche in questi casi si evidenzia una ricca analisi del dato, con l'individuazione di forme comunicative sintetiche ed efficaci delle tendenze e delle criticità, a cui, appunto, si è scelto di far seguire un commento sintetico ed essenziale.
- **Profilo entro il dato e oltre il dato...**: è il caso di quei Profili che hanno presentato i dati con completezza e coerenza metodologica (ad esempio proponendo frequentemente la lettura distrettuale o comunque evidenziando le maggiori differenze intra-territoriali, con un conseguente sforzo nel rintracciare e commentare una notevole mole di dati). Questi Profili vanno poi oltre il dato facendo confluire in piste

¹¹ Va tuttavia sottolineato che il Profilo di Ravenna riporta in un allegato tutte le tabelle suggerite dallo schema regionale.

¹² Rispetto alla tipologia di commento, anche il Profilo di Ferrara potrebbe

rientrare in questa tipologia: è più difficile tuttavia collocarlo per le ragioni sopra evidenziate.

di riflessione o indicazioni di lavoro per la programmazione politica (o, con buona probabilità, per la programmazione distrettuale) le principali criticità, tendenze e priorità. È questo il caso di Bologna e in parte di Modena.

- **Profilo oltre il dato...** è questo il caso di quei Profili che hanno scelto di selezionare, presentare e commentare soltanto una parte dei dati e degli indicatori, per lasciare maggiore spazio a concettualizzazioni sulle tendenze in atto, le problematiche, le criticità e i punti di forza. Questo è quanto realizzato nei Profili di Ravenna¹³ e, in parte, di Reggio Emilia.

La comunicabilità del Profilo...

Un ulteriore aspetto analizzato è la comunicabilità del Profilo. Ricade in questa dimensione lo sforzo, compiuto da tutti i territori, di sistematizzare le informazioni, renderle sufficientemente comunicabili e fruibili per una vasta platea di attori, non necessariamente di tecnici ed esperti. Vi sono Profili che

hanno cercato di arricchire il commento, proponendo anche in forma sintetica titoli o elenchi puntati e numerati per facilitarne la lettura, oppure evidenziando tendenze o dati ritenuti particolarmente significativi con apposite soluzioni grafiche (vedi box 3). Al fine di rendere la lettura del Profilo maggiormente efficace e semplice, si è in generale posta attenzione all'uso di tabelle e al ricorso a figure e rappresentazioni grafiche adeguate.

3.3 Qualche schematizzazione può aiutare...

A titolo esemplificativo e a completamento di quanto sopra detto, si propone di seguito uno schema riassuntivo rispetto all'impostazione generale dei dieci Profili di comunità. Gli elementi considerati in questa sede riguardano la vicinanza/lontananza dallo schema di indice proposto dalla Regione. In buona sostanza, si è trattato di confrontare dal punto di vista della macro-struttura l'indice del Profilo proposto dalla Regione e quelli adottati dai territori. Un altro aspetto importante è la presenza di una Parte III (o co-

Box 3 Uno sguardo ai Profili: alcuni esempi

Classe di età	2001	2005	2006	Variazioni 06/01
0-14	81.830	89.850	91.108	9.5/8
15-39	215.651	212.190	209.694	-5.957
40-64	211.785	224.568	228.600	16.815
65 e più	130.049	138.661	140.397	10.348
Totale	639.315	665.272	670.099	30.784

Le fasce di popolazione giovane e adulta

Le classi soggette ad un maggiore aumento nel medio periodo sono le età oltre i 40 anni. Per quanto riguarda le età lavorative più giovani l'apporto dell'immigrazione straniera che le ha caratterizzate è stato superiore al 31%, mentre era quasi al 34% cinque anni prima, ferma anche nell'ultimo anno.

Un efficace indicatore della struttura complessiva delle età, l'indice **154 anziani ogni 100 ragazzi**, valore nettamente inferiore alla media è calato, nell'ultimo quinquennio, di ben cinque punti. Analogamente a quanto accade per la classe demografica fino a 14...

L'offerta residenziale psichiatrica è stabile e superiore alla media regionale... **Maggior incidenza offerta residenziale e semiresidenziale psichiatrica...** e degli utenti del servizio di Salute mentale... **Tassi di incidenza e prevalenza per tossicodipendenti inferiori alla media**... **Il contrario per alcolodipendenti**

Tutela: affidamento familiare
I 12 anni di sensibilizzazione all'affido sembrano dare frutti: si registra la crescita progressiva da 99 a 292 situazioni di affido realizzate. Le motivazioni al termine dell'affido sono diversificate: una percentuale ritenuta significativa (21%) si trasforma in adozione. Si registra un buon equilibrio fra servizi attivati e terminati. Le caratterizzazioni dell'affido sono sfaccettate: nei minori in affido sono rappresentate tutte le fasce di età. Si tratta di affidi "pesanti": giudiziari in larga maggioranza; tempo pieno, in larga maggioranza; alle famiglie in larga maggioranza.

Spunti di riflessione
- Le caratteristiche "pesanti" dell'affido, la diversificazione delle motivazioni del termine, l'aumento della disponibilità delle famiglie affidatarie... testimoniano di un grande lavoro dei servizi sociali territoriali impegnati in grado di fare lavoro di rete fra istituzioni diverse (il Tribunale, in primis) e con la comunità nella sua accezione più ampia.
- Sensibilizzare all'affido "paga" i Laddove c'è promozione della cultura dell'affido, ci sono più famiglie disponibili. Quanto bisogno rimane scoperto? Il dato non è disponibile: potrebbe essere utile rilevarlo?

Previsioni demografiche
Al 2018 la popolazione residente stimata (Allegato statistico 1.3.4) prevede una diminuzione del tasso di fertilità delle donne italiane del -3,5% e 2 anni in più della speranza di vita, un ulteriore aumento delle classi di età molto anziane con un calo relativo degli anziani "giovani" (65-75 anni) e un aumento delle coorti 7-20 anni che alimenteranno la popolazione scolastica, intensificato dall'ulteriore flusso immigratorio. L'aumento della natalità sarà dovuto alla alta fertilità delle donne immigrate.

Ulteriori analisi dei movimenti demografici, la speranza di vita e l'incremento della popolazione immigrata sono descritte nel Bilancio di Missione dell'Azienda Usi di Ravenna 2008.

Si vede, anche, che il numero di avviamenti diviso per genere è sostanzialmente uguale (49,8% degli avviamenti sono femminili).
- I lavoratori stranieri avviati nel 2007 corrispondono al 27,15% del totale degli avviamenti. Gli avviamenti divisi per Paese di nascita dei lavoratori evidenziano un aumento nel tempo dei lavoratori non italiani avviati al lavoro. L'evidente aumento di cittadini comunitari tra 2006 e 2007 può essere dovuto all'ingresso in Unione Europea di Romania e Bulgaria.
- Gli avviamenti possono dare informazioni interessanti anche relativamente alla tipologia di contratto con cui sono assunti i lavoratori e, quindi, relativamente alla precarietà, o meno, dei lavoratori avviati in Provincia di Parma.

¹³ Si ricorda che Ravenna presenta una articolazione del Profilo in tre soli capitoli (Territorio e comunità, Condizioni di salute e benessere, lettura per target di popolazione come adolescenti, anziani, ecc.), offrendo inoltre al-

cuni box di sintesi piuttosto efficaci, anche da un punto di vista della resa grafica.

munque riassuntiva) in cui i Profili dovevano indicare sottolineature, tendenze, criticità, bisogni emergenti. Si tratta, come si avrà modo di valutare più volte nel corso della presente analisi, di una parte molto importante, su cui si giocava parte della sfida proposta dalla Regione proprio per il rapporto che questa Parte III doveva avere con l'Atto di indirizzo triennale della Conferenza territoriale socio-sanitaria. A questa parte, nel presente Rapporto, è dedicato un approfondimento (cfr. cap. 6). Qui si riporta sinteticamente la modalità con cui i Profili hanno impostato questa terza parte. Un altro aspetto sintetizzato riguarda l'utilizzo di titoli riassuntivi, richiami, box sintetici. Pur rimandando ovviamente alla lettura dei documenti originali per una analisi approfondita e per una valutazione della efficacia delle scelte metodologiche e grafiche compiute dai territori, si vuole in questa sede mettere in evidenza soltanto la ricchezza delle soluzioni trovate, tutte sicuramente apprezzabili, e anche lo sforzo evidente di diffondere il più possibile documenti "snelli" e leggibili, rintracciabili in rete con facilità. Questo intento dei territori è ancor più apprezzabile se si considerano i tempi molto stretti in cui dovevano essere redatti i Profili. I territori si sono poi impegnati a diffondere i Profili di comunità rendendo disponibili anche su internet (o sul sito web delle Amministrazioni provinciali o dell'A.USL) i documenti stessi e, in alcuni casi, delle sintesi dei percorsi svolti per la costruzione dei documenti programmatori, in altri casi delle sintesi delle

priorità per l'Atto di indirizzo che sono state utilizzate dagli Assessori di riferimento all'interno del processo di concertazione. Ciò conferma l'impegno degli Uffici di supporto a voler fare di questi nuovi strumenti di programmazione "occasioni" di dialogo e confronto il più possibile esteso fra diversi soggetti della comunità. Va anche detto, come emerge talvolta nei testi e, soprattutto, come è emerso nel focus group con i referenti degli Uffici di supporto, che oltre al materiale elaborato e comunque reso disponibile, in più di un caso i territori hanno accumulato prezioso "materiale grigio" (dati, tabelle ecc.) non inserito nei Profili, ma comunque utile e fruibile dai territori per la programmazione locale. Ed è evidente a tutti che curare con organicità e sistematicità questi aspetti di documentazione già di per sé costituisce un lavoro altamente complesso.

3.4 L'utilizzo degli indicatori proposti: la diversità entro il Profilo

Se si considera lo schema proposto per la composizione del Profilo (vedi box 1) e quanto realizzato nei singoli Profili, il primo elemento che emerge è una sostanziale diversità fra i contenuti riportati nei vari paragrafi contenenti le diverse batterie di indicatori (vedi box 2). **Diversità** in termini:

- di **presenza**, più o meno ricca di indicatori,
- di **articolazione** del commento,
- di **collocazione** di indicatori entro le aree del Profilo.

Box 4 Alcune informazioni di macro struttura dei Profili di Comunità

	PIACENZA	PARMA	REGGIO EMILIA	MODENA	BOLOGNA
Confronto indice proposto da schema Rer in termini di macro-struttura	Aggiunto un capitolo "La voce degli operatori" in ognuna delle tre parti	Alcuni paragrafi diversi	Macro-indice rispettato, alto livello di dettaglio nei paragrafi	manca: paragrafo mobilità	indice uguale
	Capitale sociale in parte 1				
Presenza parte III e sua macro-struttura	Presente e articolato	NO	Presente. Stile discorsivo senza paragrafazioni con approfondimento finale sul sistema di servizi sanitari ampiamente inteso.	NO	Presente e articolata. Prima un riassunto ragionato di tutti i dati presentati nel Profilo con spunti di riflessione, quindi sintesi conclusiva:
	- bisogni emergenti				1. Come si sta nel territorio provinciale
	- la voce degli operatori sociali e sanitari				2. I bisogni complessi e il sistema dell'offerta
	- il percorso partecipativo e l'analisi SWOT del sistema di welfare locale				3. Risposte vecchie e nuove a bisogni che cambiano
Presenza di sintesi concettuali (tipo titoletti a margine, riquadri, ecc.)	Titoletti a margine del testo	NO, ma evidenziazione per elenchi puntati degli elementi da sottolineare	NO	NO nel Profilo integrale, si nella sintesi	si, solo nella terza parte
Dimensione (n. pagine)	110	115	175	95	192
Presenza allegati	- Indicatori di sintesi per il confronto tra territori e diacronico	Integrazioni post percorso di concertazione alla fine del testo	Glossario degli acronimi	NO	NO
	- Metodologia e strumenti dell'analisi qualitativa		Indice tabelle e grafici		
			Bibliografia		
Utilizzo grafica	Grafici e tabelle	Grafici e tabelle	Grafici e tabelle	Grafici e tabelle	Grafici e tabelle

	FERRARA	RAVENNA	FORLI	CESENA	RIMINI
Confronto indice proposto da schema regionale in termini di macro-struttura	Indice impostato per domini.	Indice diverso	Indice diverso	Profilo in 2 parti	Indice molto dettagliato, leggermente diverso
				Indice diverso	
Parte III presente/no	NO	Conclusioni: Box sintetici vengono ripresi i contenuti dei vari paragrafi e ricomposte le questioni sotto macro-titoli in cui si riprendono alcuni dati. I box sono inframezzati da un commento. Il capitolo è diviso in due parti: risorse della comunità e criticità	NO	Conclusioni sintetiche al termine della parte 2	
Presenza di sintesi concettuali (tipo titoletti a margine, riquadri, ecc.)	Conclusioni a fine capitolo	Titoletti a margine	Titoletti dei paragrafi	Titoletti dei paragrafi	No (nella sintesi)
Dimensione (n. pagine)	169	69	54	Parte 1 - 110 pagg.	137 pagg. la parte estesa, 24 pagg. la sintesi
				Parte 2 - 85 pagg.	
Presenza allegati	NO	Presenza di ricca bibliografia ampia selezione di schemi riassuntivi, allegato statistico consultabile sul sito web dell'Azienda UsI di Ravenna e disponibile in CD allegato alla pubblicazione	NO	NO	SI nella parte estesa: tabelle dati e mappe presidi
Utilizzo grafica	Grafici e tabelle	Grafici, tabelle, cartine	pochi grafici e tabelle	Grafici e tabelle	Grafici e tabelle

Le banche dati socio-economiche

Ad esempio, nella prima parte del Profilo ("La comunità in cui viviamo"), si ritrovano notevoli differenze fra *Profilo demografico* e *Profilo socio-economico*: gran parte dei territori ha dedicato infatti considerevole attenzione al commento delle caratteristiche della popolazione, anche in base alla convinzione che dalle caratteristiche demografiche di un territorio derivino parte delle tendenze, peculiarità, criticità e punti di forza rilevabili per quel territorio in altri ambiti. Una articolazione di dati di questa portata non è rintracciabile invece nel Profilo socio-economico del territorio, che, come esprime Reggio Emilia, "determina in larga misura le caratteristiche demografiche stesse (crescita, decremento, migrazione) della popolazione che vi abita, e queste sono ampiamente predittive dei principali problemi sanitari e sociali in essa presenti".

Le **ragioni** di questa diversità, pur a fronte di una notevole importanza del dato socio-economico ai fini di una lettura efficace ed effettiva del benessere della comunità in cui si vive, possono essere molteplici. In primo luogo, esiste una pratica abbastanza consolidata di utilizzo e commento di dati demografici, resi disponibili dalle istituzioni pubbliche agli addetti alla programmazione dei comparti socio-sanitari, così come è consolidata la capacità di orientamento degli addetti ai lavori entro la complessa rete di fonti informative, sia a livello nazionale che locale. Meno immediato è l'accesso alle banche-dati di tipo economico che fanno generalmente capo a

soggetti quali Camera di Commercio, Osservatori economici di livello provinciale, Sportelli del lavoro provinciali, alla stessa Regione, ecc.. A questo si aggiunge che nello schema regionale, sono stati proposti indicatori molto specifici e forse complessi da reperire, come quello sui lavoratori atipici (la cui definizione si presta a diverse interpretazioni) o quello sugli "avviati stranieri come collaboratori domestici". Il raccordo fra flussi informativi così diversi avrebbe richiesto più tempo di quello effettivamente disponibile.

I Sistemi informativi

Per ragioni in parte diverse – e già ben conosciute dagli attori della programmazione (sia a livello locale che regionale) – si ritrovano profonde differenze nella trattazione operata anche nell'ambito socio-sanitario, collocato nella seconda parte del Profilo di comunità e che comprendeva al suo interno set di indicatori riguardanti anziani, minori e famiglie, povertà ed esclusione sociale, disabilità. Da un lato vi sono settori in cui è più consolidato il ricorso a Sistemi informativi regionali (anziani in primis, ma anche minori), per i quali esistono monitoraggi attenti della domanda e dell'offerta anche a livello locale e dall'altro vi sono aree come l'esclusione sociale e in parte l'immigrazione in cui, come si avrà modo di dire più volte nel presente Rapporto, si rilevano problemi di reperimento del dato un po' a tutti i livelli, proprio a causa della mancanza di un sistema informativo. Altri ambiti ampiamente commentati e ricchi di informazioni,

come ad esempio, l'ambito sanitario e la tematica relativa agli stili di vita, risentono positivamente sia della pratica consolidata della programmazione che ha individuato negli anni indicatori condivisi, sia della possibilità di fare ricorso a fonti informative conosciute, standardizzate, disponibili (ad esempio l'indagine PASSI, l'indagine Istat "Usi e abuso di alcool in Italia", ecc.).

Gli arricchimenti locali

Un altro aspetto che segna, questa volta con una connotazione positiva, la diversità di "trattazione" da parte dei diversi Profili è l'**utilizzo** – come si diceva auspicato – **di indagini ad hoc**, frutto della sensibilità e degli interessi di un territorio per una particolare problematica: è il caso, ad esempio, della

parte del Profilo relativa alla *sicurezza e sicurezza percepita*, uno dei temi su cui è crescente l'attenzione dei policy makers. Alcuni territori (una minoranza), ad esempio, ricorrono a indagini sulla percezione della sicurezza da parte dei cittadini. In particolare, un Profilo dedica ampio spazio alla spiegazione dei metodi e degli strumenti per la rilevazione della delittuosità in un certo territorio, focalizzandosi sulle problematiche che possono derivare da questi dati in termini di rappresentatività ed esaustività di quanto rilevato e misurato rispetto all'effettivo fenomeno che si intende studiare.

Infine, nella sezione *Ambiente e territorio* (altra parte che presenta grande disomogeneità) alcuni Profili, pur non presentando ricerche ad hoc, sono andati "oltre il compito" inserendo, in aggiunta agli indicatori richiesti, altri dati ed indicatori estremamente dettagliati: in un caso – Cesena - relativi a acque e balneazione, inquinamento acustico, acque potabili, sicurezza alimentare, alimenti di origine animale, mentre in un altro – Rimini - relativi a sostanze nocive presenti nell'aria e nell'acqua e altri indicatori interessanti per lo studio della qualità ambientale e le ricadute sulla popolazione - come ad esempio i dati sui raggi UV.

In modo abbastanza diverso sono state trattate le tematiche della *mobilità* (parte I), del capitale sociale e dell'ambito cultura e tempo libero (parte II). Per questi argomenti si sono scelti dati tratti da alcune ricerche precedentemente svolte, o da banche dati locali.

La collocazione degli indicatori...

Inoltre, i vari Profili hanno **ricomposto e collocato in modo diverso le batterie di indicatori**. Ad esempio, per quanto riguarda gli indicatori relativi a *Natalità, mortalità e speranza di vita*, alcuni Profili vi hanno dedicato una apposita sezione/capitolo (come richiesto dallo schema regionale), mentre altri li trattano o all'interno del Profilo demografico oppure nei Profili epidemiologici e di salute. Analoghe scelte si rintracciano per quanto riguarda alcuni indicatori riguardanti i minori disabili collocati nell'*ambito socio-sanitario*, ora laddove si parla di minori e famiglie, ora laddove si parla di disabili. Inoltre il dato sull'inserimento scolastico viene riportato nell'ambito socio-educativo.

In generale, come si sottolineerà in seguito nell'analisi di alcune parti del Profilo (minori e famiglie, anziani, servizi per la prima infanzia, disabili, ecc.), pur nella ricchezza delle informazioni e delle elaborazioni, salta agli occhi la diversità fra i Profili nel trattare il dato, nell'utilizzo di dati con grado differente di aggiornamento, nel diverso ricorso all'analisi delle serie storiche per stimare tendenze. Ciò non è di per sé un

elemento critico per la programmazione locale, ma lo può diventare per quella regionale rispetto alla quale diventa difficile fare confronti su una vasta gamma di aspetti.

3.5 Indicazioni di metodo per alcuni ambiti

Nel presente paragrafo si propongono alcune brevi indicazioni metodologiche che potrebbero essere utili ai fini della revisione delle batterie di indicatori proposte dallo schema regionale, in particolare per alcuni ambiti o parti del Profilo. Tutto ciò viene fatto valorizzando anche alcune scelte operate dai territori rispetto a questo tema. Come si vedrà, di diversi ambiti o indicatori non si tratta in questa sede (ad esempio, quelli relativi a target anziani, minori e famiglie, disabilità, ecc.), in quanto, data la presenza di sistemi informativi già operanti, si ritiene che il lavoro di revisione degli indicatori del Profilo sia da svolgersi più efficacemente in apposite sedi di confronto, tra la Regione e i territori (in particolare con gli Uffici di supporto).

Le indicazioni che si propongono hanno a che fare, in primo luogo, con la necessità di individuare degli indicatori il più possibile efficaci ai fini di consentire una lettura ragionata della comunità. Ad esempio, nell'*area socio-demografica*, la lettura diacronica del dato degli andamenti demografici, associata alla proiezione demografica per i decenni futuri (presentata da alcuni Profili) consentirebbe spunti per la riflessione degli attori locali e i decision makers ancora più significativi. Si ritiene pertanto che lo schema regionale debba prevedere per il futuro il richiamo ad un dato di questa natura, la cui fonte è l'Istat, dunque, facilmente reperibile. Un altro aspetto riguarda la scelta fra indicatori che si riferiscono ad una medesima area semantica ma che

Alla ricerca di indicatori sempre più efficaci

presentano diversi contenuti, più o meno efficaci: è il caso, ad esempio, dell'indice di invecchiamento, dato dal rapporto fra la popolazione residente di almeno 65 anni e il totale della popolazione * 100 (che fornisce quindi l'incidenza della prima sulla seconda in termini percentuali) e l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto fra popolazione residente di almeno 65 anni e quella con meno di 15 anni * 100. Quest'ultimo è stato preferito dalla maggioranza dei territori; infatti l'indice di vecchiaia è assai più utilizzato in demografia, è previsto dai modelli demografici dell'Istat ed è, in generale, preferito e preferibile all'indice di invecchiamento perché fornisce informazioni di natura dinamica (il peso degli anziani ma non sull'intera popolazione ma rispetto al peso dei giovani e dei giovanissimi – dunque delle future generazioni). Ancora è il caso di un altro tipo di dato proposto, a titolo esemplificativo, entro l'ambito *Capitale sociale*: si tratta della raccolta e consumo di sangue, espressione presumibilmente troppo vaga e, infatti, il dato in questi termini non è stato fornito da nessun Profilo. Forse sarebbe più opportuno declinare l'indicatore in termini di numero di donatori (o di donazioni) ogni – ad esempio – 1.000 residenti.

Alcuni indicatori poi, rischiano di non essere troppo efficaci in quanto hanno fonti poco aggiornate. È il caso, ad esempio, del grado di scolarizzazione, definito come percentuale di soggetti di 14 anni e oltre, senza titolo di studio e con licenza elementare, distinto per genere. Va detto che forse proprio perché la fonte più aggiornata – il censimento della popolazione – a disposizione risale a ormai otto anni fa, quasi nessun Profilo presenta questo indicatore, con tre soli Profili di

comunità che si limitano a commentarlo in estrema sintesi e due che ricorrono a dati differenti, come ad esempio la percentuale di diplomati e di laureati per genere.

Si è già avuto modo di sottolineare la debolezza della parte dei Profili riguardante l'area socio-economica. Certamente, migliorare la possibilità dei territori di compiere analisi appropriate e della Regione di poterle leggere, è un compito complesso che richiede percorsi mirati (a cominciare da una facilitazione di comunicazione fra banche dati diverse): in questa sede, tuttavia, si vuole sottolineare che il tasso di disoccupazione per genere, e il tasso di attività – generalmente usati per studiare il mercato del lavoro – potrebbero integrare quanto descritto dal solo tasso di occupazione.

Vi sono poi aree, come si è visto, trattate in generale compiutamente, ma in cui i territori hanno arricchito l'analisi con ulteriori specifiche che qui si propongono alla riflessione comune. Ad esempio, nell'area *Sicurezza e sicurezza percepita*, per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, si segnalano ulteriori indicatori calcolati da uno o più Profili che potrebbero entrare in futuro nel set previsto a livello regionale: la stima del costo sociale degli infortuni sul lavoro; il numero di inabilità temporanee e permanenti conseguente ad infortunio sul lavoro; le denunce di malattie professionali. E ancora, rispetto agli Incidenti stradali, oltre agli indicatori sulla mortalità, pericolosità e lesività degli incidenti stradali (ripresi anche poco più avanti rispetto al tema della *Mobilità*), diversi Profili ne evidenziano i costi sociali, intesi come costi umani, sanitari, perdita della capacità produttiva, danni materiali ecc... Fra i Profili che sono andati oltre a quanto previsto dallo schema regionale, sembra di particolare interesse un'analisi, fornita da due Profili (Cesena, Ravenna): la valutazione dell'impatto determinato dalle innovazioni normative. In particolare, uno di questi due Profili (Cesena), tramite l'Indagine Passi¹⁴, studia l'abitudine all'utilizzo del casco in motocicletta e delle cinture di sicurezza in automobile. Alla stessa maniera, il Profilo di Ravenna, utilizzando dati più oggettivi di quelli d'indagine, mostra il numero di deceduti per trauma cranico in seguito ad incidente stradale (distinti fra auto e moto), con distinzione fra quanto si registrava prima e dopo l'entrata in vigore delle leggi relative, rispettivamente, alla patente a punti e all'uso obbligatorio del casco in motocicletta. Un altro Profilo approfondisce poi un ulteriore aspetto, non previsto dallo schema regionale: la guida sotto effetto di sostanze alcoliche. Per quanto riguarda l'area *Salute e stili di vita* lo schema regionale prevede il calcolo del tasso di mortalità delle principali malattie sia grezzo che standardizzato, ma generalmente i Profili fanno riferimento al secondo più che al primo¹⁵; si ricorda infatti che la mortalità di una popolazione risente necessariamente della composizione per fasce di età e, di conseguenza, per poter confrontare popolazioni differenti rispetto all'età, si ricorre alla standardizzazione rispetto all'età e al genere della popolazione residente, così da avere dati omogenei, che non risentano della maggiore o minore

"vecchiaia" di un territorio e che siano pertanto direttamente comparabili.

Una riflessione a parte merita l'area della *Mobilità*, dove, come noto, la Regione non ha indicato alcun indicatore, lasciando spazio alle proposte dei territori. Essendo questo un tema di grande interesse a livello locale, per le sue implicazioni in termini di traffico, qualità dell'aria e di conseguente salute dei cittadini, a livello locale sono presenti, generalmente, elaborazioni specifiche (realizzate abitualmente a livello di Amministrazione provinciale¹⁶, quando non addirittura risultati di indagini specifiche condotte ad hoc presso la cittadinanza. La presenza di questa pluralità di fonti e l'interesse che il tema riveste per le Amministrazioni locali fanno ipotizzare che sia opportuno prevedere, per il futuro, il ricorso ad alcuni indicatori che – senza richiedere un onere eccessivo in termini di ricerca e sistematizzazione del dato – possano fornire utili e comparabili informazioni per i diversi territori. Fra questi, i più rilevanti fra quelli evidenziati nei diversi Profili, possono essere: l'indice di attrazione, che misura la capacità di un'area di attirare o far uscire pendolari¹⁷; il così detto tasso di motorizzazione, inteso come rapporto fra numero di autovetture e numero di abitanti; il rapporto (o tasso) di mortalità degli incidenti stradali, calcolato come numero di morti/numero di incidenti; il rapporto (o tasso) di pericolosità, dato dal rapporto fra il numero di morti e il numero di morti e feriti; rapporto (o tasso) di lesività, cioè il rapporto fra il numero di feriti e il numero di incidenti¹⁸. A ciò si aggiungono diverse ricerche e approfondimenti sulla fruizione del trasporto pubblico locale, di grande interesse per gli Enti locali.

Infine, per quanto riguarda l'*Ambito formativo lavoristico*, come noto, veniva richiesta la presentazione di un unico indicatore¹⁹ – gli utenti inseriti in percorsi di inserimento socio-occupazionale (borse lavoro, ecc.) – con riferimento principalmente al disagio (disabilità, tossicodipendenze, ecc.): il tema merita forse di essere trattato in modo più ampio. Ad esempio, la sola formazione professionale ha uno spettro ben più largo di informazioni e conoscenze; basti pensare a tutta la programmazione FSE e alle diverse tipologie corsuali e target di utenza coinvolti, da cui la possibilità/opportunità di prevedere numerosi indicatori sugli allievi coinvolti, sulle fonti di finanziamento e i target di utenza (come noto, sono previsti corsi formativi a sostegno dell'imprenditorialità, delle donne, dell'automotivazione, della riqualificazione professionale, dell'alfabetizzazione per gli immigrati, e pertanto si riferiscono ad un assai ampio bacino potenziale).

Poiché, come si è già avuto modo di verificare, non basta avere fonti e flussi informativi consolidati per avere commenti e trattamenti dei dati omogenei, è bene forse in taluni casi compiere un lavoro valutativo per vedere se non esistano altre fonti, rispetto a quelle indicate, più consone ai fini della stesura di Profili maggiormente omogenei.

Alla ricerca di fonti sempre più efficaci

¹⁴ Si ricorda che il Sistema di Sorveglianza "PASSI" – Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia – è una rilevazione annuale realizzata tramite interviste ad un campione di cittadini residenti nel territorio di riferimento.

¹⁵ Quest'ultimo è presentato solo in cinque Profili di comunità.

¹⁶ Tra le altre fonti, si ricorda, citata nel Profilo di Cesena, Isfort, La domanda di mobilità degli individui - Rapporto congiunturale I semestre 2007.

¹⁷ L'indice di attrazione è calcolato come rapporto tra le quantità entrati - usciti e entrati + usciti. misura la capacità di un'area di attirare o far uscire pendolari. Tale indice assume valori compresi tra -1 e +1; quanto più si av-

vicina ad 1 tanto più l'area in questione è ritenuta a forte capacità attrattiva, mentre valori negativi e vicini a -1 si riferiscono ad aree in cui si verificano più uscite che ingressi, fino al limite del valore che evidenzia solo uscite.

¹⁸ Da evidenziare che questi indicatori sono ripresi anche con riferimento all'ambito della Sicurezza, laddove si trattano gli incidenti stradali.

¹⁹ Si ricorda che 3 Profili in questo ambito riportano il dato del collocamento mirato, normato dalla Legge 68/99.

Ad esempio, per quanto riguarda, la popolazione straniera, il modello regionale prevede due analisi principali: cittadini stranieri per genere, età, nazionalità e loro incidenza percentuale sul totale della popolazione residente. Queste informazioni sono presenti - anche in questo caso con differenti gradi di approfondimento e dettagli - in tutti i dieci Profili di comunità emiliano-romagnoli, ma con notevoli differenze in termini di analisi e di grado di aggiornamento dei dati. Pertanto, per il futuro sarebbe opportuno fare riferimento alla pubblicazione annuale della stessa Regione Quaderni di Statistica – L’immigrazione straniera in Emilia-Romagna.

In generale il discorso relativo alle fonti è di fondamentale importanza per il lavoro che attende la Regione e il livello intermedio (Uffici di supporto alla CTSS) rispetto ad una sempre maggiore efficacia degli strumenti programmatori, in primis il Profilo di comunità stesso. Nella presente analisi, pertanto, si è avuto cura di evidenziare il ricorso a fonti diverse da quelle indicate dalla Regione nello schema del Profilo e, di conseguenza, l’efficacia delle fonti indicate dallo schema stesso.

Le fonti utilizzate sono le più diverse, a partire dai diversi Osservatori di livello regionale (ad esempio, quello sul mercato del lavoro, oppure il già citato Quaderno di statistica per l’immigrazione), da alcune fonti istituzionali come le rilevazioni Istat, o i dati del Ministero della giustizia, per specifiche rilevazioni sui reati denunciati alle Forze di polizia e all’Autorità giudiziaria (scheda SDI), oppure i dati dell’Ufficio esecuzione penale esterna (UEPE), sempre del Ministero della giustizia, i dati dell’ISPRA del Ministero dell’Ambiente (il più recente è «Rapporto Rifiuti 2007») a dati ricavati da Rapporti e indagini promosse da associazioni od organizzazioni private, come i Rapporti annuali di Legambiente, «Ecosistema Urbano» (il più recente è del 2009), oppure le indagini condotte dal Sole 24Ore sulla qualità della vita nelle città o nelle province italiane, che utilizzano – fra gli altri – indicatori sui temi della sicurezza, dei consumi culturali, dell’offerta per il tempo libero. Una riflessione più approfondita andrebbe fatta sulla possibilità di ottimizzare l’utilizzo delle varie indagini Istat, trovando modalità per fruire appieno delle rilevazioni compiute dall’Istituto sul territorio dell’Emilia-Romagna, a partire dai dati del Censimento, così basilari, ma spesso troppo datati per leggere i fenomeni. I Profili comunque hanno già utilizzato i dati disponibili, in particolare, facendo riferimento a diverse indagini: Indagine Multiscopo annuale “La vita quotidiana nel 2006”, l’Indagine Multiscopo “Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005”, entrambe del 2007, “Osservatorio ambientale delle città”; “Violenze e maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia”, 2006; “Uso e abuso di alcol in Italia – Anno 2007”, Istat, 2008.

Molti Profili fanno riferimento al già citato studio Passi (“Progressi delle Aziende sanitarie per la salute”), indagine promossa dal Ministero della salute e dalle Regioni, con il supporto tecnico e metodologico dell’Istituto Superiore di Sanità, opportunamente indicata dallo schema della Regione. A supporto dei vari settori di intervento, alcuni territori hanno poi svolto indagini ad hoc che, negli ambiti in cui sono meno presenti flussi informativi o Osservatori strutturati, costituiscono una fonte più che preziosa: è il caso, ad esempio, dei Fenomeni di Povertà ed Esclusione Sociale nella Provincia di Forlì-Cesena in “Analisi sulle dinamiche economiche - produttive e sull’andamento del mercato del lavoro locale” Il Ap-

profondimento dell’Osservatorio sul mercato della Provincia di Forlì-Cesena, anno 2005.

3.6 Il Profilo di comunità: uno strumento efficace per la lettura della comunità stessa?

Le riflessioni che qui si propongono hanno lo scopo di stimolare il lavoro futuro, soprattutto in vista di una possibile revisione del modello proposto dalla Regione per la stesura dei Profili. Riflessioni che tuttavia tengono conto per il futuro del difficile equilibrio fra la necessità di modificare e migliorare l’efficacia dello strumento e quella di **mantenere una continuità** con lo strumento proposto così da non vanificare il prezioso lavoro sin qui svolto da tutti i soggetti coinvolti.

Si tratta di semplici indicazioni e piste di lavoro, in quanto si è fermamente convinti che per arrivare ad un miglioramento di uno strumento così complesso sia imprescindibile un confronto organico e strutturato anche con gli utilizzatori dello strumento stesso (i referenti regionali e quelli locali, con particolare riferimento agli autori del Profilo di comunità)²⁰.

In generale, si può affermare che per salvaguardare la possibilità da parte della Regione di effettuare una lettura comparata e di insieme di tante informazioni sia importante proseguire nella definizione di indicazioni minime comuni.

Riconoscere questo aspetto non è che l’inizio del lavoro: si è sottolineato infatti che anche laddove si è fatto lo sforzo di fornire ai territori indicazioni minime comuni, la lettura comparata è tutt’altro che immediata e non facilita l’assunzione di indicazioni per la programmazione regionale.

Una delle sfide più importanti della programmazione è quella di rispondere in modo unitario ai complessi bisogni delle persone. Come si è evidenziato più volte, questo obiettivo richiede l’integrazione delle azioni e dei saperi di vari settori – sociale, sanitario, educativo, ecc... Ciò è particolarmente complesso per quanto riguarda il sociale e il sanitario, in quanto utilizzano criteri e articolazioni interne diverse: la programmazione sanitaria si articola rispetto a diversi domini (prevenzione, cura, ecc.), quella sociale soprattutto rispetto a target (ossia secondo la logica con cui sono organizzati i servizi sociali territoriali). Questo è stato uno dei temi su cui maggiormente si sono dovuti misurare i referenti regionali delle aree sociale e sanitaria nella fase propedeutica alla predisposizione dello schema del Profilo. Pur nelle difficoltà incontrate, gli strumenti predisposti a livello regionale e i Profili poi effettivamente realizzati dai territori hanno mostrato chiaramente di aver fatto alcuni importanti passi in avanti, quanto meno nella costituzione di gruppi di lavoro interprofessionali (referenti Ausl, dei servizi sociali delle Province, epidemiologici), che hanno lavorato per leggere e presentare in modo integrato una pluralità di dati e informazioni di diversi settori. Ciò ha consentito, forse più che in passato, una lettura più corretta ed efficace dei problemi delle singole comunità locali.

²⁰ A tal proposito sono a disposizione degli addetti ai lavori ulteriori materiali

di analisi che non sono confluiti nel presente rapporto.



Cap. 4
La comunità in
cui viviamo

Cap. 4 La comunità in cui viviamo

Si propone di seguito una rielaborazione dei contenuti delle griglie di lettura utilizzate per l'analisi dei Profili di comunità. Il criterio di selezione delle molte informazioni censite e di rielaborazione può essere così sintetizzato: si è cercato di offrire una immediata evidenziazione delle principali tendenze, dove possibile. Occorre infatti ricordare che permane una notevole disomogeneità nella scelta degli indicatori adottati e nell'articolazione stessa dell'indicatore; dove il contenuto esaminato lo ha consentito, si è riportata tale sintesi in un primo paragrafo "1.1. In estrema sintesi", lasciando poi ad un secondo paragrafo il dettaglio delle specificità territoriali.

4.1 Dal macro (la comunità) al micro (le famiglie): struttura e dinamiche demografiche

4.1.1 In estrema sintesi...

Profilo demografico del territorio

Dinamiche demografiche: in tutti i territori ad esclusione di Ferrara, la popolazione residente è cresciuta, in particolare a partire dal 1999 e dopo il decremento registrato nei decenni precedenti. Ciò non è avvenuto in maniera omogenea in tutte le province. Ed inoltre, entro ogni provincia si registrano

differenti dinamiche fra i distretti (in più di un caso un trend negativo di crescita per i distretti con i Comuni capoluogo). La disomogeneità può riguardare l'entità della crescita, ma anche le fasce di popolazione che variano.

Composizione per età e genere: un allargamento della base della piramide per effetto di un incremento delle nascite e dell'arrivo di immigrati (generalmente di giovane età), un aumento nella fascia di età 30-44 anni a seguito dell'immigrazione, una dilatazione del vertice della piramide per l'invecchiamento della popolazione dovuto ad un aumento della speranza di vita.

Indice di vecchiaia: Laddove il dato è presentato (nella metà dei Profili) evidenzia una incidenza della popolazione di almeno 65 anni pari al 22-23% circa del totale dei residenti, ma occorre rilevare la considerevole variazione fra territori.

Grado di scolarizzazione: in generale, gli uomini hanno livelli di istruzione leggermente più alti delle donne, forbice che diventa più evidente man mano che si sale di età; il gap si va comunque via via riducendo.

Popolazione residente in serie storica in età inferiore ai 14 anni: in generale, ciò che viene evidenziato è un incremento di questa fascia di popolazione, fra quelle che hanno registrato il più elevato incremento negli ultimi anni e che hanno pertanto contribuito a quell'incremento complessivo della popolazione registrato a partire dal 1999 di cui si è detto sopra, grazie prevalentemente al contributo dell'immigrazione straniera.

Popolazione straniera: alcuni picchi registrati negli ultimi anni in termini di iscrizioni alle anagrafi di cittadini stranieri sono imputabili alle "sanatorie" susseguitesi negli anni (ad esempio nel 2002)²¹. Inoltre, fra i Profili che commentano il dato, emerge un aumento progressivo della presenza fem-

minile. Rimane diversificata la presenza delle diverse nazionalità entro le varie province.

L'universo famiglia: viene evidenziato che le famiglie sono sempre più piccole a causa sia dell'invecchiamento della popolazione (anziani che vivono soli) che della crescita dell'instabilità matrimoniale. In linea con le tendenze registrate a livello nazionale, aumentano le coppie senza figli e le famiglie unipersonali. Parallelamente, negli anni sono invece diminuite le famiglie costituite da coniugi con figli perdendo lo status di "famiglia tipo", lasciando sempre più posto, come detto, alle famiglie con un solo genitore.

4.1.2 Più in dettaglio...

Dinamiche demografiche: a completamento di quanto evidenziato sopra nel riquadro sintetico, si può evidenziare, più in dettaglio:

- **Bologna** (territorio che raccoglie il 23% della popolazione regionale): rispetto al 2003 si è registrato un incremento pari al 2,9% nel territorio provinciale. Gli unici due distretti che registrano incrementi superiori al 5% sono quelli di Pianura Est e Pianura Ovest. Bologna città evidenzia invece un decremento dello 0,2%.
- anche **Ravenna** mostra un incremento della popolazione residente, particolarmente marcato per le fasce più giovani della popolazione.
- A **Modena** viene evidenziato come questo trend abbia rallentato, dopo il 2003-2004. Ad ogni modo, la serie storica a livello provinciale mostra un + 4,8% in 5 anni e un +9,2% in 10 anni, per effetto principalmente di un saldo migratorio positivo. I distretti maggiormente coinvolti dall'andamento crescente della popolazione sono Castelfranco Emilia e Vignola.
- **Reggio Emilia** è il territorio con il più consistente incremento demografico a livello regionale, con un + 13,5% tra il 2000 e il 2008. I distretti con l'aumento più consistente sono quelli di Scandiano, Correggio e Reggio Emilia.
- Anche **Parma** e **Piacenza** evidenziano incrementi a partire dalla fine degli anni Novanta, ma a Piacenza si sottolinea il problema del progressivo spopolamento delle zone montane.
- Anche il comprensorio di **Cesena** e quello di **Forlì** presentano il problema dello spopolamento della montagna; in particolare per Forlì l'incremento è stato inferiore a quello medio regionale.
- Analisi a parte merita **Ferrara**: Tra il 1987 e il 2006 la popolazione residente in provincia di Ferrara ha registrato un decremento di circa 17mila abitanti (-4,6%). Questo decremento a livello provinciale non è omogeneo nei distretti. Infatti, il Distretto Ovest, contrariamente al resto della provincia, ha visto un aumento del numero dei suoi abitanti (+5,8%). Il Distretto Centro-Nord, all'opposto, ha visto una riduzione assai marcata della sua popolazione (-8,2%). Anche il Distretto Sud-Est ha visto diminuire la sua popolazione, con un tasso di decremento in linea con quello medio provinciale.
- **Rimini** evidenzia una diversificazione distrettuale della di-

²¹ A tal proposito, per completezza di informazione si sottolinea il dato dell'incidenza sul totale della popolazione nel confronto fra Emilia-Romagna e Italia: all'1.1.2007 Emilia-Romagna 7,5% e Italia 5%; all'1.1.2008: Emi-

lia-Romagna 8,55%, Italia 5,76%, cfr. Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio della Regione Emilia-Romagna, Quaderni di Statistica - L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna. Dati al 2007, Bologna, Clueb, 2009).

namica demografica e la commenta come la risultante del combinarsi di diversi fattori: natalità in crescita, mortalità stazionaria o ridotta, speranza di vita aumentata, immigrazione in forte aumento già da diverso tempo.

Indice di vecchiaia: a fronte di una media regionale dell'indice del 22% si rilevano considerevoli variazioni fra territori: per esempio, Ferrara arriva al 25,6%, Reggio Emilia si colloca sotto il 20% il comprensorio di Cesena intorno al 21% e quello di Forlì oltre il 23,7%; si assiste complessivamente ad un incremento –in termini sia assoluti che relativi – della fascia anziana della popolazione²², un suo concentrazione nei centri urbani ed una forte femminilizzazione (legata principalmente alla più alta speranza di vita delle donne rispetto agli uomini).

Grado di scolarizzazione: la fonte per tale indicatore, da analizzare anche distinto per genere, è l'ultimo Censimento generale della popolazione realizzato dall'Istat nel 2001. Forse proprio perché la fonte più aggiornata a disposizione risale a ormai otto anni fa quasi nessun Profilo presenta questo indicatore: Forlì, Cesena e Piacenza si limitano a commentarlo in estrema sintesi, Modena presenta qualche dato differente per studiare il fenomeno, come ad esempio la percentuale di diplomati e di laureati per genere, così come Parma presenta il tasso di istruzione.

Popolazione straniera:

- **Piacenza:** gli immigrati stranieri hanno superato nel 2007 il 10% della popolazione, mentre erano il 2,5% nel 1999, risultando così la vera causa della crescita demografica provinciale. Piacenza risulta così tra le prime province in regione per presenza relativa di immigrati con effetti evidenti soprattutto sulle classi minorili (18% sui ragazzi con meno di 14 anni) e sul loro inserimento nel sistema scolastico provinciale. Albania, Marocco, Romania e Macedonia le principali provenienze.
- **Parma:** ha una incidenza dell'8,1%. I cittadini stranieri sono prevalentemente in età attiva e feconda; crescono soprattutto i 30-40enni; crescono anche i minorenni. Prevalgono albanesi, marocchini, tunisini che assieme costituiscono quasi un terzo del totale. Sono cresciuti - sia nel breve che nel lungo periodo - soprattutto rumeni, moldavi, ecuadoregni.
- **Reggio Emilia:** ha un'incidenza del 9,3%. La percentuale di stranieri residenti rispetto al totale della popolazione è sempre nettamente più elevata a Reggio Emilia rispetto alla media regionale e nazionale e tale differenza si è ulteriormente accentuata negli ultimi 3 anni. I Distretti più interessati dal fenomeno migratorio sono quelli di Reggio Emilia, Guastalla e Correggio, nei quali la quota di cittadini stranieri supera ormai l'11%. Il panorama degli stranieri a Reggio Emilia vede un progressivo invecchiamento, dovuto all'arrivo di donne di media età per il fenomeno delle badanti e, per gli uomini, all'invecchiamento della popolazione straniera da maggior tempo presente in Italia. Il fenomeno sta dunque diventando più complesso, per la compresenza di soggetti giovani arrivati da poco in Italia e di famiglie stabilizzate con figli piccoli, insieme con i soggetti da più tempo presenti, che iniziano a invecchiare.
- **Modena:** ha un'incidenza dell'8,9%. Dal 2002 la consistenza degli stranieri residenti è aumentata del 76% circa. La popolazione straniera, a differenza di quella complessiva,

è a prevalenza maschile. Tuttavia la presenza femminile sta crescendo, delineando un percorso di riequilibrio tra i sessi. La popolazione straniera nel 2006 è composta per quasi il 90% da africani, asiatici ed europei appartenenti a Paesi non comunitari.

- **Bologna:** ha una incidenza del 6,9% della popolazione complessiva al 1.1.2007 (Bologna città e Porretta sono all'8,1%). Quasi il 90% degli stranieri residenti risiede nei comuni dell'Azienda USL di Bologna. La nazionalità marocchina si conferma anche per il 2007 la più frequente nel territorio provinciale, fatta eccezione per il distretto di Bologna, che presenta una maggioranza di immigrati provenienti dalle Filippine (11%)²³.
- **Ferrara:** nonostante la crescita sostenuta degli ultimi anni, rimane all'ultimo posto nella graduatoria regionale degli stranieri residenti, con un'incidenza percentuale degli stranieri sul totale della popolazione ancora molto inferiore alla media regionale (4,4% contro il 7,5%). Va comunque notato che l'incidenza degli stranieri era pari a 0,99%, alla fine del 1999, ed è salita al 4,4% alla fine del 2006. È interessante notare il fatto che, nonostante il consistente apporto migratorio degli stranieri, nel corso dei dodici anni considerati la provincia di Ferrara – unica nel contesto regionale - ha comunque visto un calo della propria popolazione (punto visto in precedenza).
- **Ravenna:** ha una incidenza intorno all'8%; in tutti i comuni del territorio l'incidenza è superiore al 6% e di anno in anno crescono quelli con incidenza superiore al 10% (tutti nel distretto di Lugo). Le comunità più rappresentate nella provincia di Ravenna sono quelle della Romania (18,9%), dell'Albania (17,8%) e del Marocco (13,6%). Questi dati sono coerenti con quelli nazionali, come quelli che riguardano il rapporto fra i generi: si registra infatti anche sul territorio provinciale una tendenza al raggiungimento di un equilibrio nella popolazione straniera fra uomini e donne.
- **Forlì:** ha un'incidenza dell'8,4% sulla popolazione totale, con punte superiori al 15% in alcuni comuni dell'area appenninica.
- **Cesena:** ha una incidenza del 6,4% della popolazione residente, in crescita costante dal 2000. Prevalgono gli uomini, ma le donne sono costantemente in aumento, come pure i minori. La nazionalità più rappresentata rimane quella albanese, seguita da quella marocchina.
- **Rimini:** ha un'incidenza del 7,6% della popolazione totale all'1.1.2008 e del 6,7% all'1.1.2007.

Tasso migratorio: soltanto il Profilo di Ferrara presenta, oltre al tasso migratorio totale, anche quello estero, da cui risulta chiaro che, quantomeno per la provincia di Ferrara, solo una quota importante - ma non per questo esclusiva - delle "immigrazioni" sono arrivate dall'estero, tanto che, in definitiva, il Profilo di comunità conclude sottolineando che il tasso migratorio totale, soprattutto negli ultimi due anni (2005 e 2006), è dovuto per meno della metà all'apporto degli stranieri e per la rimanente metà o più è imputabile a migrazioni di italiani.

Richiedenti asilo, rifugiati, protezione sussidiaria: il dato relativo ai richiedenti asilo viene fornito da una ristretta minoranza dei Profili, che si limitano al massimo a citare il numero di beneficiari di tali interventi o, come fa ad esempio il Profilo di Modena, li collocano all'interno della disamina delle

²² Parma registra una inversione di tendenza, dovuta principalmente ai fenomeni migratori dall'estero.

²³ Si ricorda che a livello regionale prevalgono invece gli Albanesi.

"Politiche di integrazione ed accoglienza" o all'interno della più ampia disamina sui diversi servizi ed interventi dell'Area immigrazione, come fanno Piacenza e Bologna.

Per quanto concerne i rifugiati, il dato viene fornito dai Profili di comunità di Bologna (a febbraio 2007 su un totale di 375 soggiornanti per motivi relativi all'asilo politico i rifugiati assommano a 162), Cesena (nel 2007, su un totale di 1.378 stranieri in carico ai servizi sociali, 6 sono richiedenti asilo, rifugiati, titolari di protezione sussidiaria) e il già citato Modena (su un totale di 647 permessi di soggiorno rilasciati al 31.12.2006, quelli per rifugiati sono 152)²⁴.

Le famiglie, in generale: a Bologna quasi il 5% dei nuclei familiari è costituito da un genitore solo con almeno un figlio minore²⁵, così come a Modena, dove i nuclei familiari costituiti con un solo genitore e con almeno un figlio minore sono il 4% circa. Anche Ferrara evidenzia la rilevanza – e la delicatezza – del tema sottolineando come la tipologia "madre più figli" costituisca da sola il 6,6% del totale²⁶.

La famiglia con più di due figli è diventata una specie di rarità (se si escludono le famiglie immigrate straniere).

Le dimensioni medie delle famiglie: a Cesena fra il 2001 e il 2006 si è passati da 2,6 a 2,5 componenti; a Ravenna da 2,33 a 2,25. Anche a Reggio Emilia si evidenzia questa contrazione, così come a Ferrara (dai 2,66 componenti del 1991 agli attuali 2,24) e a Rimini (che cita, in chiave comparativa, il dato degli anni cinquanta: 4,2 componenti per famiglia, contro gli attuali 2,4)

Famiglie unipersonali composte da persone di almeno 74 anni²⁷. Si tratta di un dato di grande interesse per le implicazioni che può avere in termini di difficoltà e disagio sociale; il dato di Bologna può aiutare a dare un primo dimensionamento del fenomeno: si tratta di oltre il 10% dei nuclei, in prevalenza donne, con una percentuale ancora più alta (14%) per il distretto di Bologna-città. Va tuttavia aggiunto che il dato della provincia di Bologna è leggermente superiore a quello regionale. Questo indicatore è presentato anche dai Profili di Piacenza, Rimini e Ravenna. Quest'ultimo Profilo fornisce anche una lettura meno "pessimista" del dato sottolineando che a Ravenna la solitudine anagrafica non coincide necessariamente con una condizione di solitudine reale, sia perché molto spesso chi vive solo abita comunque molto vicino ai propri familiari (80% nello stesso edificio o nello stesso comune o comunque a meno di 5 km. di distanza), sia perché intrattiene con questi e con altre persone strette relazioni sociali (l'83% incontra ogni giorno o ogni settimana i familiari; il 56% incontra quotidianamente i vicini, considerati in molti casi amici o persone con cui scambiare chiacchiere e piccole cortesie). Tanto che giunge alla stima secondo cui solo 2 anziani su 100 sono da considerarsi socialmente isolati (percentuale che però cresce all'aumentare dell'età).

Nuclei monopersonali: Parma evidenzia che si tratta di oltre un terzo dei nuclei famigliari del territorio, così come diversi Profili (Ravenna, Reggio Emilia) sottolineano come siano aumentati negli anni.

4.2 Vivere di più, vivere meglio?

4.2.1 In estrema sintesi...

Natalità,
mortalità,
speranza di vita

A proposito di **natalità e mortalità**: un primo dato di particolare rilevanza e trasversale a tutti i Profili è la ripresa della natalità. Nella regione Emilia Romagna il tasso grezzo di natalità è in costante aumento dall'anno 1999 (8,02 su 1.000 ab.) all'anno 2006 (9,38) e, con percentuali variabili,

questo trend in aumento si evidenzia in tutte le province della regione. Va ricordato, come fa il Profilo di Rimini, che il tasso di natalità è stato in caduta libera dagli anni '70 del secolo scorso e ha raggiunto il valore più basso alla fine degli anni '80 (7,6 nati ‰ abitanti). Un altro indicatore che denota il complessivo miglioramento delle condizioni di salute della popolazione è il tasso di mortalità, in progressiva flessione (cfr. anche dettaglio di seguito presentato). Ciò può essere spiegato anche con riferimento ai non elevati tassi di mortalità della popolazione immigrata straniera. Come evidenziato dal Profilo di Bologna, va ricordato che questa tendenza positiva ha come principale conseguenza quella di determinare una crescita della consistenza dei bacini di utenza, reali e potenziali, dei servizi destinati alle età più giovani e deve essere pertanto monitorata. Rispetto poi alle cause di morte, come noto, per entrambi i sessi, la prima **causa di morte** è ancora rappresentata dalle malattie del sistema cardiocircolatorio, seguita dai tumori e, a grande distanza, dalle malattie dell'apparato respiratorio e dai traumi.

Altro dato rilevante riguarda l'aumento costante della **speranza di vita alla nascita** in una serie storica almeno decennale, ancora a vantaggio delle donne. La riflessione proposta da qualche Profilo attiene al fatto che i miglioramenti di questi valori sono dovuti ad una pluralità di fattori: in parte, ai progressi scientifici e tecnologici della medicina, alla diffusione delle cure sanitarie, in parte considerevole ai cambiamenti di stili di vita, all'adozione di misure preventive e al miglioramento delle condizioni igienico-ambientali.

4.2.2 Più in dettaglio...

Natalità: negli ultimi 10 anni si è registrato in provincia di **Reggio Emilia** un incremento pressoché costante del tasso di natalità che negli ultimi due anni considerati oscilla intorno a 11‰. Negli anni 1999-2007 la provincia reggiana ha costantemente presentato il più alto tasso di natalità della regione e uno dei più alti d'Italia.

Anche **Modena** approfondisce questo punto: il tasso di natalità della popolazione modenese nel 2006 è di 10 nati per mille residenti, circa il 41% in più rispetto al 1987; tale tasso ha un andamento in costante aumento nel periodo in esame e mostra valori superiori a quelli regionali, anch'essi crescenti. Per quanto riguarda i distretti sanitari, spicca Castelfranco Emilia (11,7‰), mentre gli incrementi maggiori rispetto all'anno 2002 si sono verificati nei distretti di Pavullo e Mirandola.

Alcuni Profili di comunità aggiungono ulteriori informazioni, nella consapevolezza che monitorare la crescita di determinati

²⁴ Cfr. anche capitolo 5, par. 3 ambito socio-sanitario.

²⁵ Pur essendo quest'ultimo dato in linea con quello regionale, nel territorio si distinguono situazioni eterogenee, con una loro maggiore concentrazione nell'area metropolitana.

²⁶ Il dato è in linea con quello regionale, ma va osservato come sia aumentato

rispetto allo stesso dato registrato nel 1991, quando la quota di questa tipologia a Ferrara corrispondeva al 5,8%.

²⁷ La fonte non è particolarmente aggiornata: il Censimento generale Istat della popolazione del 2001.

bacini di utenza – reali o potenziali – sia importante per prevedere il carico potenziale su determinati servizi: ad esempio, Modena presenta la serie storica provinciale 1996-2006 con distinzione fra italiani e stranieri. Bologna invece presenta il tasso di fecondità (nati vivi ogni 1000 donne 15-49anni).

Tasso di mortalità: questo indicatore viene presentato in tutti i Profili, con ampie serie storiche (anche di venti anni), ad esclusione di Cesena e Ravenna, che presentano invece solo il dato puntuale. Bologna evidenzia poi che il differenziale che storicamente si presentava tra il tasso di mortalità dei maschi rispetto a quello delle femmine è anche esso in riduzione. Rispetto al tasso standardizzato regionale²⁸, risultano al di sopra: Piacenza, Parma e Ferrara; in linea con il dato regionale Modena; al di sotto Ravenna.

Speranza di vita:

- **Parma** presenta le performance migliori della regione²⁹. La tendenza all'aumento della speranza di vita (calcolata sul periodo 1997-2005) è più accentuata tra i maschi: infatti l'avvicinamento tra i due sessi è ormai un fatto acquisito.
- Ciò si verifica anche a **Reggio Emilia**, anche se la speranza di vita è nettamente superiore nel sesso femminile. Non appaiono sostanziali differenze tra Reggio Emilia e la media regionale. A Reggio Emilia, la speranza alla nascita, riferita al triennio 2003/2005, è di 78 anni nei maschi e di circa 84 anni nelle femmine.
- A **Piacenza** la speranza di vita alla nascita per le femmine è inferiore di circa 6 mesi alla media regionale, per i maschi, invece, di circa 1 anno.
- Anche **Rimini** presenta il medesimo trend: la speranza di vita stimata al 2006 è salita a 79,6 anni per gli uomini e a 84,6 per le donne. La sopravvivenza è sempre più vantaggiosa per le donne. Tuttavia il vantaggio di sopravvivenza delle donne nei confronti degli uomini si sta lentamente, ma progressivamente, riducendo. È diventato di soli 5 anni contro i 6,9 registrati per il 1979 (massimo storico).
- Anche **Forlì** sottolinea il divario 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.
- In provincia di **Ravenna** nel 2007 i nati hanno una speranza di vita di 80,5 anni nei maschi e 84,6 le femmine, valori più alti della media regionale e di quella italiana. Questo è il risultato di un incremento di oltre 10 anni di vita guadagnata dal 1960 ad oggi per le donne e di 9 anni per i maschi (per inciso, dal 1931 al 2001 i maschi hanno guadagnato 21 anni e le femmine 27 anni). Viene qui presentato questo indicatore come il vero denominatore dell'integrazione sanitaria e sociale, l'elemento riunificante che traccia una prospettiva alla pianificazione strategica comune.
- La provincia di **Modena** si caratterizza per una elevata speranza di vita: 78,8 anni per gli uomini e 84 per le donne nel triennio 2004-2006, con valori superiori a quelli regionali e nazionali. Anche il trend è positivo: quattro anni e mezzo negli uomini e tre anni nelle donne in più rispetto al quinquennio 1988-1993.
- **Bologna** si limita a sottolineare la crescita della speranza

media di vita sia per uomini che per donne (dati al 2006).

Nascite premature, nati sottopeso, mortalità neonatale e infantile: Il dato relativo alle **nascite premature** viene trattato solo da pochi Profili (Bologna, Piacenza, Cesena, Reggio Emilia - quest'ultima con riferimento alle sole madri straniere). La distinzione fra le nascite di italiani e di stranieri viene trattata da tutti questi Profili ed è importante sottolineare quanto evidenziato dal Profilo di Bologna: negli ultimi anni si è osservata una costante crescita del numero di parti con età gestazionale inferiore a 36 settimane sia tra le partorienti di origine italiana che straniera. Alla base di questo fenomeno risultano essere più frequentemente cause associate a parti gemellari, ad infezioni materne, ad abuso di sostanze (cocaína), a patologie della placenta o dell'utero.

Il dato relativo ai **nati sottopeso** – in parte correlato al precedente³⁰ – è presentato esclusivamente da Bologna e Piacenza. Si ricorda, come indica il Profilo di Bologna, che la principale causa del basso peso alla nascita è la prematurità. Per fornire una approssimativa quantificazione del fenomeno, si può qui riprendere il dato di Bologna che evidenzia come, nel 2006, il tasso di incidenza dei nati con peso inferiore a 2.500 grammi è stato del 7% sul totale dei nati vivi, mentre la quota dei neonati con peso estremamente basso (<1500 grammi) ha raggiunto l'1,1%.

Un indicatore maggiormente trattato è quello relativo alla **mortalità neonatale e infantile**, presentato in cinque Profili di comunità: Piacenza, Bologna, Ferrara, Cesena e Rimini, sempre con una buona serie storica.

- **Bologna** sottolinea un progressivo miglioramento del dato, passando da 4,2 decessi per 1.000 nati vivi del 1998 ai 2,6 per 1.000 nati vivi nel 2005: nel 2006 si è osservata una lieve inversione del trend con un tasso del 3% di mortalità infantile³¹ attribuibile soprattutto alla quota neonatale; il fenomeno viene in parte spiegato con riferimento all'aumento dei nati con basso peso. Quanto ai distretti, il valore più basso di mortalità infantile si registra a Imola, mentre nel distretto di Porretta il tasso raggiunge il valore più elevato.
- **Cesena** presenta un dato per il 2006 di 3,2‰, senza particolari variazioni negli anni.
- **Rimini** e **Ferrara** (quest'ultima ad eccezione del 2006) presentano tassi inferiori alla media regionale.

²⁸ La standardizzazione è un'operazione che permette di quantificare il fenomeno di interesse al netto di specifici fattori confondenti, quali ad esempio l'età. Attraverso i tassi standardizzati di mortalità è quindi possibile confrontare l'intensità del fenomeno tra popolazioni aventi diversa composizione per età. Per maggiori dettagli di tipo metodologico, cfr. <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/rem/glossario.htm>

²⁹ Per quando riguarda i dati dell'Emilia-Romagna, si conferma ancora la ten-

denza all'aumento delle speranze di vita alla nascita, per il 2006 i valori si attestano sui 79,14 anni per i maschi e 84,4 per le femmine.

³⁰ Come evidenziato dal Profilo di Bologna: la prematurità, in particolare, è la più importante causa di basso peso alla nascita.

³¹ Nel 2006 la mortalità infantile in Emilia-Romagna è risultata pari 3,4‰ e in Italia a 4%.

4.3 Fattori fondamentali per il benessere: qualità dell'aria e dell'ambiente

4.3.1 Pochi dati, ma eloquenti

Ambiente e territorio

L'analisi del dato relativo alle **Polveri sottili** (PM10³²) è considerato un dato centrale per comprendere la qualità dell'aria e, purtroppo, la sua disamina evidenzia un'indubbia criticità per le città dell'Emilia-Romagna che superano considerevolmente i limiti previsti (l'indicatore fa riferimento alle giornate di sfioramento che non dovrebbero essere più di 35) dei parametri previsti per legge (50 µg/m³): in generale, si osserva un peggioramento fra il 2005 e il 2007, a parte Parma, che registra un miglioramento negli ultimi due anni, ma che comunque evidenzia una situazione ancora oltre i limiti normativi.

Diversi Profili di comunità presentano anche le ricadute sulla salute di un innalzamento unitario delle PM10.

Attività industriali a rischio di incidente chimico: anche questo indicatore fa riferimento a una specifica normativa vigente (Direttiva UE Seveso II), ma viene presentato esclusivamente da Bologna e Piacenza, con dettaglio dell'ubicazione delle attività a rischio.

Km piste ciclabili su km² di superficie del territorio: Bologna, oltre a un commento esaustivo, offre una rappresentazione cartografica delle piste ciclabili della provincia, con rimando a specifiche pagine web, ecc. (la fonte è il Piano straordinario per la qualità dell'aria e la mobilità sostenibile a Bologna, Comune di Bologna, 2005). Piacenza sottolinea la propria posizione (sesta) fra le province italiane per il rapporto fra km piste ciclabili e abitanti.

Raccolta differenziata: i sei territori che presentano il dato lo commentano positivamente sul buon livello di raccolta differenziata raggiunto, anche se non sempre ai livelli previsti dalla normativa vigente e dagli obiettivi prefissati.

4.4 I tanti volti della sicurezza

4.4.1 Furti, incidenti stradali, infortuni domestici e sul lavoro

Sicurezza e sicurezza percepita

Furti: il primo dato regionale da segnalare, traendolo dal Profilo di comunità di Forlì, riguarda, in generale, il calo della delittuosità (-7%), trend in atto dal 1998. Nella fattispecie, per i furti si registra a livello regionale un -4,4% (e nello specifico, per gli scippi -8%); per le rapine -6,4%. Questa tendenza regionale trova conferma anche nei Profili di Forlì, Rimini, Piacenza (ancora in posizione critica nel quadro nazionale, ma con miglioramenti fra il 2007 e il 2008), così come Parma evidenzia una stabilità. Situazioni maggiormente critiche in questo senso sono segnalate dai territori di Bologna (ad esempio per le rapine) e Ravenna, che si colloca nell'ultimo quartile nella

graduatoria relativa alla delittuosità.

Incidenti stradali: come noto, l'Unione Europea ha fissato come obiettivo la riduzione entro il 2010 del numero di morti del 50% rispetto al 2000. Tra il 2000 e il 2006 il numero dei morti per incidente stradale si è progressivamente ridotto in tutte le aree: in Emilia-Romagna si è registrato un -31% e in Area Vasta Romagna -23%. Il raggiungimento dell'obiettivo europeo per il 2010 richiede un'ulteriore diminuzione rispettivamente del 5% e 7% circa per ciascuno dei quattro anni rimanenti. Parallelamente al decremento dei decessi, si è registrata una flessione anche dei feriti in incidenti stradali. Laddove il dato delle cause di morte si connette a quello delle fasce di età degli incidentati viene evidenziata l'alta incidenza degli incidenti stradali fra le cause di morte dei giovani (non di rado connesse a problematiche legate all'abuso di alcool).

Gli infortuni sul lavoro: il Profilo di Bologna presenta alcuni dati regionali che possono essere utili per un primo inquadramento del fenomeno: in regione, nel periodo 2000-2006, si sono osservati 603.651 infortuni e di questi 24.438 con postumi invalidanti e 1000 mortali. Se si confrontano tali cifre con le stime dei costi ipotizzati a livello nazionale annuo, si può affermare che tali infortuni hanno determinato un costo sociale medio di 4.659 milioni di Euro. In media, ogni anno ci sono in regione più di 86.000 infortuni indennizzati, oltre 140 infortuni mortali e circa 3.500 infortuni con postumi invalidanti. Va letto certamente in maniera positiva il fatto che il numero di incidenti sul lavoro si sia progressivamente contratto negli ultimi anni: fra il 2002 e il 2006 nel settore dell'industria e servizi si è registrato un calo a livello regionale del 4% e a livello nazionale del 6,5%, così come una riduzione generalizzata si registra anche nel settore agricolo (Profilo di Modena). Va detto, tuttavia, che il dato presenta significative variazioni a livello provinciale (Piacenza in controtendenza, Bologna e Reggio Emilia con i valori più bassi).

Gli incidenti domestici: da quanto rilevato col Sistema di Sorveglianza "PASSI", emerge l'occorrenza di un infortunio domestico in poco meno del 20% dei soggetti in età compresa tra i 18 e i 69 anni, maggiormente a carico delle donne. Si segnala il fatto che, in età più anziana, l'infortunio domestico deriva spesso da una caduta, con possibile frattura (Profilo di Modena). Anche il Profilo di comunità di Rimini evidenzia differenze di genere statisticamente significative a sfavore del sesso femminile (28% contro il 13% negli uomini), ma anche scarse differenze per classi di età e per livello di istruzione. Nel Profilo di Modena viene posta l'attenzione sulla limitata percezione del rischio: il rischio di infortunio domestico è considerato basso o assente dal 90% dei residenti, valore identico a quello regionale. Questa bassa percezione del rischio molto probabilmente è la ragione per cui si verificano così tanti infortuni; le raccomandazioni infatti suggeriscono di farla aumentare nella popolazione. Per quanto concerne gli incidenti mortali, come evidenziato nel Profilo di Ravenna, l'età più colpita da incidenti di questo tipo è quella anziana, in particolare la classe dei grandi anziani. Tra le cause degli infortuni domestici mortali, le cadute accidentali sono le più frequenti (72%) e quasi nell'87% dei casi si verificano

³² Come noto, le polveri fini (PM10 o PM2.5) rappresentano gli inquinanti più problematici dal punto di vista sanitario per la tossicità e cancerogenicità degli Idrocarburi Policiclici Aromatici e metalli pesanti in esse contenuti. Le

principali sorgenti antropogeniche di polveri fini sono rappresentate da: scarichi dei prodotti di combustione dei motori diesel e benzina; impianti di riscaldamento non a metano; impianti industriali.

nella popolazione con più di 74 anni. L'altro dato che viene generalmente citato (ad esempio, da Cesena, Modena, Ravenna) è quello sugli accessi al Pronto Soccorso per incidenti domestici (fonte: SINIACA³³).

Questi dati, laddove trattati, sono generalmente analizzati per età e mostrano tendenzialmente tre picchi: uno nell'infanzia (sotto i 6 anni), uno nei giovani-adulti (uomini di 30-39 anni) ed uno nelle fasce di età più avanzate (soprattutto fra le donne).

I tipi di incidente più frequenti sono tendenzialmente le cadute, gli urti e le ferite da taglio, che si traducono in contusioni, ferite e fratture come principali tipi di lesioni diagnosticate con maggior frequenza.

Al fine di contenere il fenomeno e le conseguenze che ne derivano in termini di ospedalizzazione, degenze, disabilità, ecc., i Piani Regionali per la Prevenzione hanno dedicato particolare attenzione all'individuazione di strategie mirate alla riduzione dell'incidentalità domestica, in particolare per bambini e anziani.

La violenza sulle donne: il primo aspetto rilevante che emerge è indubbiamente la gravità del fenomeno, da cui il bisogno emergente della tutela della donna nel caso di maltrattamenti e di violenze familiari che, come rileva l'Indagine Istat citata dal Profilo di Modena, risulta essere in aumento e si presenta sotto varie forme: violenza fisica, sessuale e psicologica. A questo proposito, si vuole rilevare come la tipologia di violenza più frequente, a parte quella psicologica che in genere accompagna tutte le altre, è la violenza fisica, mentre la violenza di tipo sessuale è meno frequente. È poi necessario segnalare che molto spesso una donna è vittima di diversi tipi di violenza contemporaneamente. Assai rilevante sottolineare come si tratti in particolare di violenza in ambito domestico: a Piacenza, ad esempio, in un anno (2005), su 427 casi, 255 sono stati ad opera del marito/convivente; alla stessa maniera, il Profilo di Reggio Emilia indica come il 90% dei casi trattati siano ad opera del partner (Rimini arriva a indicare il 97% delle violenze nei confronti delle donne come accadute all'interno di relazioni intime). Anche Ferrara sottolinea come dai dati emerga che le violenze avvengono il più delle volte tra le mura domestiche, infatti gli autori di violenza più frequentemente sono marito/partner, a cui segue ex-marito/partner e parenti. In generale, quasi tutti i Profili citano i dati relativi all'utenza che si è rivolta ai propri servizi e punti di ascolto: il Centro Donna del Comune di Cesena³⁴, il Centro Donna Giustizia (CDG), l'Unione Donne Italiane (UDI) e il Progetto "Uscire dalla violenza" di Ferrara, Rete Dafne citata dal Profilo di Rimini, il Centro di ascolto sulla violenza ed il maltrattamento all'interno del Centro Donna di Forlì³⁵.

4.4.2 Più in dettaglio...

Incidenti stradali

I costi sociali degli incidenti stradali sono intesi come costi umani, sanitari, perdita della capacità produttiva, danni materiali e altri costi causati dai sinistri stradali. Come riportato nel Profilo di **Cesena**, l'Istat stima un danno sociale per abi-

tante pari a 288 euro in Italia, che sale a 431 euro in Emilia-Romagna, regione particolarmente colpita dal fenomeno, con alcune province – come **Piacenza** e **Modena** – con valori superiori alla media emiliano-romagnola.

Sempre secondo stime dell'Istat – in questo caso riprese dal Profilo di **Rimini** - i costi sociali degli incidenti stradali, riferiti al 2002, sono stati superiori ai 34 mila milioni di euro, all'incirca equivalenti al 2,7% del Prodotto interno lordo. Gli incidenti stradali sono un'emergenza sanitaria da affrontare in modo radicale; secondo l'OMS, gli interventi preventivi debbono essere programmati in una logica di approccio globale al problema.

Interessante è una ulteriore analisi fornita da alcuni Profili (Cesena, Ravenna): **la valutazione dell'impatto determinato dalle innovazioni normative:**

- **Ravenna**, utilizzando dati empirici più oggettivi e non derivanti da survey, mostra il numero di deceduti per trauma cranico in seguito ad incidente stradale (distinti fra auto e moto), con distinzione fra prima e dopo la legge, rispettivamente, della patente a punti e del casco obbligatorio, a dimostrazione dell'efficacia che, soprattutto il casco, hanno mostrato nel ridurre la mortalità sulle strade.
- **Ferrara**, invece, presenta i dati relativi alla guida sotto effetto di sostanze alcoliche, evidenziando che spesso alla base degli incidenti stradali esiste un legame con il consumo di alcol: un sesto dei residenti è esposto a rischi aumentati di incidente a causa della guida intrapresa troppo presto dopo aver bevuto. L'alcol è considerato una tra le cause più frequenti di incidente e di mortalità stradale: stime basate sui risultati di studi condotti in aree circoscritte sostengono che in Italia oltre un terzo della mortalità stradale sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. I dati più recenti riferiti alla provincia di Ferrara mostrano che nel corso del 2005 e del 2006 sono stati individuati 157 conducenti coinvolti in incidenti con alcolemia superiore al limite legale (pari al 5% degli incidenti). Si tratta di percentuali basse, legate ai casi riscontrati e misurati, che non descrivono il fenomeno. Lo conferma il crescente numero di patenti sottoposte a revisione per alcolemia superiore al limite.
- **Cesena**, infine, tramite l'indagine Passi guarda all'abitudine all'utilizzo del casco in motocicletta e delle cinture di sicurezza in automobile.

Cause di morte per fascia di età:

Come evidenzia il Profilo di **Ferrara**, fra i giovani maschi gli incidenti stradali sono fra le principali cause di morte.

Il dato trova conferma nel Profilo di **Bologna**: oltre il 52% delle cause di morte rilevate in giovani tra i 15 ed i 24 anni è rappresentato da incidenti stradali, percentuale che resta alta (più del 15%) anche per la classe di età tra i 25 ed i 44 anni. Nel profilo di **Cesena** emerge che la percentuale di decessi più elevata è stata riscontrata nelle classi di età 15-34 anni e sopra ai 65 anni; i casi mortali coinvolgono di più gli uomini rispetto alle donne (rapporto di 2 a 1).

³³ La L. 493/99 ha istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità un sistema informativo di raccolta dati sugli infortuni: il Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA, appunto).

³⁴ Il Centro Donna di Cesena, nel corso del 2007, si è qualificato come punto di coordinamento e di riferimento per la rete antiviolenza del territorio. A questo si affianca il Centro donna di Cesenatico, attivo dal 2006 e che nel

corso del 2007 ha visto la presenza di 66 utenti.

³⁵ 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. 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.

Infortunati sul lavoro

Come evidenziato nel Profilo di **Modena**, i dati rimangono ancora allarmanti, anche in termini di costi sociali, per cui si conferma l'esigenza di mantenere elevata l'attenzione e l'interesse sul fenomeno rafforzando le metodologie di intervento, incrementando la vigilanza e l'assistenza, promuovendo la diffusione della cultura della prevenzione in tutti gli ambienti di lavoro e verso tutte le figure e i soggetti coinvolti.

Il tema viene ripreso anche dai Profili di **Reggio Emilia, Ravenna, Bologna** e di **Parma**. Quest'ultimo sottolinea come in provincia di Parma la frequenza di infortuni occorsi a cittadini stranieri è in aumento, come d'altra parte in tutte le altre province della regione, attestandosi nel 2006 al 18,8% del totale degli infortuni (considerando che sono l'8% circa degli occupati).

A questo proposito, il Profilo di comunità di **Bologna** cita le evidenze di una indagine condotta in anni recenti, a livello regionale, nel settore metalmeccanico, da cui emergerebbe che il rischio di infortunio per un lavoratore extracomunitario è più che doppio rispetto a quello di un lavoratore italiano dello stesso comparto. Tra le possibili motivazioni dell'eccesso di rischio degli immigrati si possono individuare la diversa distribuzione delle mansioni a rischio, il più rapido turn over, la difficoltà linguistica, la scarsa formazione specifica, la diversa percezione del rischio³⁶.

Viene poi evidenziato nel Profilo di **Cesena** che, a fronte della flessione generale del numero degli infortuni denunciati, spiccano i dati in controtendenza dei lavoratori atipici ed immigrati stranieri extracomunitari.

4.5 I tanti volti della salute

4.5.1 Mortalità e cause di morte, abitudini alimentari, attività fisica: un puzzle complesso

In particolare per questa parte, i Profili di comunità fanno spesso riferimento a fonti ed informazioni di livello regionale per riportare dati e tendenze di determinati fenomeni. Si è pertanto scelto di proporre anche in questa sede tali letture per l'acquisizione di informazioni sulle tendenze.

Salute e stili di vita

I tassi di mortalità: come già ricordato, il primo, e più rilevante, dato che emerge dall'analisi di questi tassi è la progressiva riduzione della mortalità negli ultimi anni, tendenza che accomuna tutti i territori dell'Emilia-Romagna e che è da correlare, come sottolineato ad esempio dai Profili di Bologna e Cesena, al miglioramento delle condizioni di vita e della qualità degli interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia³⁷.

Fra le principali **cause di morte**, al primo posto, sia per gli uomini che per le donne, si trovano le malattie legate all'apparato cardiocircolatorio, seguite dai tumori e, a notevole distanza, dalle malattie respiratorie.

Le morti evitabili³⁸: le cause di morti evitabili sono suddivise in tre grandi gruppi (come ricordato nel Profilo di Cesena): 1. Per mancanza di prevenzione primaria: comprende le morti che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenirle (es. decessi da incidenti stradali o dovuti a malattie correlate con fumo ed alcol, ecc.). 2. Per mancanza di diagnosi precoce e terapia: comprende le morti che potrebbero essere evitate o ridotte grazie ad una diagnosi precoce e terapia adeguata (es. decessi da tumore della mammella, del collo dell'utero e linfoma di Hodgkin, ecc.). 3. Per mancanza di igiene ed assistenza sanitaria: comprende le morti che potrebbero essere evitate o ridotte con misure di prevenzione (es. decessi per malattie per le quali esiste un efficace vaccino) e con una buona organizzazione sanitaria (es. decessi per ipertensione, malattie ischemiche del cuore, mortalità materna, ecc.). Come specificato nel Profilo di Forlì, l'analisi della mortalità evitabile assume grande significato come indicatore di salute poiché 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 dal profilo forlivese anche con l'indicatore degli anni medi di vita potenzialmente persi³⁹ sono: i tumori alle vie respiratorie in cui si incrementa il dato negativo per le donne in associazione all'aumento dell'abitudine al fumo (così anche in regione), le patologie cardiovascolari, in cui ancora sembrano esistere margini di recupero per gli uomini ed infine l'incidentalità stradale, soprattutto nelle fasce giovani. Nel Profilo di Ferrara viene fornita una attenta disamina dei "fattori di rischio" e delle principali cause di mortalità e stima delle morti evitabili che si avrebbero eliminando quegli stessi fattori e adottando comportamenti e abitudini più sani e virtuosi. Viene specificato che in Europa 5 milioni di decessi e quasi il 60% del carico di malattia in DALYs (acronimo inglese che sta per anni di vita in salute persi per disabilità o morte prematura) sono causati da sette fattori di rischio principali (i 7 big-killer), tutti evitabili: ipertensione (13%); Tabagismo (12%); Alcol (10%); Eccesso di colesterolo (9%); Sovrappeso (8%); Scarso consumo di frutta e verdura (5%); Inattività fisica (4%). Anche il diabete è riconosciuto tra i fattori di rischio principali, nonostante sia stato escluso nella valutazione appena riportata. I fattori di rischio sono gli stessi in tutta Europa, sebbene l'ordine di classificazione possa variare da un Paese all'altro.

I tumori: il primo dato da evidenziare è che i tumori continuano a costituire la seconda causa di morte, dopo le malat-

³⁶ Si ricorda che a fianco all'indicatore prioritario relativo agli incidenti sul lavoro, lo schema regionale prevede anche un indicatore integrativo che richiede la disaggregazione del dato fra lavoratori italiani e stranieri.

³⁷ Fuori dalla tendenza generale si colloca il 2003, che registrò una estate particolarmente calda, con una ondata di calore a livello nazionale, che ha provocato un eccesso di mortalità anche a livello locale, anticipando alcune decine di decessi nella popolazione anziana.

³⁸ Si ricorda che per "morti evitabili" si intendono tutti quei decessi che potrebbero non avere avuto luogo qualora tutte le misure di prevenzione, diagnosi e cura fossero state applicate nel migliore dei modi. Più precisamente, si può quindi dire che con questo termine si definiscono i decessi (avvenuti prima del 65° anno) imputabili a cause ritenute "evitabili"; questa mortalità è essenzialmente correlata agli stili di vita, alle condizioni degli ambienti

di vita e di lavoro e all'efficacia del Servizio Sanitario (particolarmente con le politiche di prevenzione e le scelte di diagnosi e cura).

³⁹ Si tratta del secondo indicatore in merito previsto dal modello regionale. Si ricorda che gli anni di vita persi indicano il numero medio di anni di vita "persi" da coloro che muoiono, per una specifica causa di decesso, prima di raggiungere l'età coincidente con la speranza di vita alla nascita della popolazione oggetto di studio. Il calcolo viene effettuato sommando, per una certa causa e per un determinato genere, la differenza tra l'età coincidente con la speranza di vita alla nascita e l'età alla morte e dividendo poi il risultato per il numero di decessi relativi a quella causa di morte e a quel genere. Il calcolo si riferisce solo ai decessi avvenuti in età antecedente a quella prevista dalla speranza di vita alla nascita.

tie cardiovascolari, per la popolazione di tutti i territori presi in esame, nonostante, e questo è il secondo punto da sottolineare, la mortalità per tumore sia diminuita in modo significativo dalla fine degli anni Novanta. Attualmente, le morti per tumore costituiscono poco più del 30% del totale. Rimane costante una lieve prevalenza nei maschi; è invece in aumento tra le femmine e tale situazione sembra essere determinata soprattutto dal cambiamento delle abitudini al fumo nei due sessi. Da notare poi che il numero di nuovi casi di tumore è in aumento, principalmente per effetto dell'invecchiamento della popolazione; ciò non è in contraddizione con quanto detto a proposito del decremento della mortalità, in diminuzione sia per la diagnosi precoce legata agli screening sia per i progressi terapeutici ottenuti negli ultimi decenni. In altre parole, l'andamento differenziato di incidenza e mortalità per tumore (in crescita la prima, in contrazione la seconda) può essere letto in termini di aumento della sopravvivenza, che comporta che un sempre maggior numero di persone sia portatore di una neoplasia o che abbia avuto in passato una diagnosi di questa malattia essendone poi guarito: all'1/1/2003 venivano stimate in tutta la regione Emilia Romagna, limitatamente a quanti si erano ammalati negli ultimi 10 anni, circa 115.000 persone in queste condizioni (dato tratto dal Profilo di Modena).

Malattie cardiovascolari e diabete: in generale, si osserva una flessione della mortalità per malattie cardiovascolari, in particolare a vantaggio degli uomini (in specifico, poi, sono rilevati valori inferiori alla media per la popolazione maschile nel riminese), come già ricordato in generale. Mostrano valori superiori alla media i territori di Piacenza e Parma. Per quanto concerne il diabete, esso è fatto oggetto di specifica analisi esclusivamente dal Profilo di comunità di Modena, che evidenzia come si tratti di una malattia in crescita a livello regionale, oltreché locale. Modena utilizza come parametro per misurare la presenza di questa patologia l'esenzione dal ticket (fonte regionale) per diabete.

Tubercolosi e Aids: la TBC viene trattata da 7 Profili (non la trattano i Profili di Bologna, Ravenna e Forlì). Si tratta di una malattia non scomparsa ma, anzi, dopo la flessione registrata fino agli anni Ottanta, stabilizzatasi ed, in alcuni territori (ad esempio negli ultimi anni Rimini), in ripresa. A livello regionale, l'andamento della tubercolosi mostra circa 7 nuovi casi all'anno per 100.000 abitanti, in linea con la media nazionale e stabile negli ultimi anni. Va sottolineato che la regione Emilia-Romagna, pur avendo registrato nel corso degli anni un leggero calo dell'incidenza, è ancora al di sopra del limite che definisce la classificazione di paese a bassa epidemia (10 casi/100.000ab.). Inoltre, il Profilo di Parma rileva un progressivo spostamento dei casi verso età più giovani, ed in particolare su maschi stranieri. A titolo esemplificativo, si possono citare i dati della stessa provincia di Parma: la maggior parte dei casi notificati riguarda persone di sesso maschile comprese tra i 25 e i 44 anni, anche se la fascia di età con l'incremento maggiore nell'ultimo decennio è quella tra i 15 ed i 24 anni. La percentuale dei malati di TBC nati all'estero è in continua crescita ed ha toccato nel 2005 il 53%; se si esclu-

gono gli ultrasessantacinquenni la quota di stranieri raggiunge quasi il 75%.

Rispetto all'AIDS la principale tendenza da evidenziare, qui ripresa dal Profilo di Cesena, indica che dalla metà degli anni '90 in Italia, come nei Paesi occidentali, la mortalità per AIDS (così come l'incidenza, indicano i dati dell'Osservatorio di Modena) è fortemente diminuita, grazie all'introduzione delle nuove terapie antivirali. Questo aspetto, unito al convincimento che i comportamenti a rischio siano confinati ad alcune categorie sociali, ha contribuito ad abbassare l'attenzione della popolazione con un conseguente aumento dell'importanza della trasmissione eterosessuale. In Emilia-Romagna l'Aids rappresenta la 4a causa di morte nella classe 25-44 anni in entrambi i sessi. Altro dato regionale: l'Emilia-Romagna nel 2006 risultava al terzo posto in Italia rispetto ai tassi di incidenza, con 3,5 casi per 100.000/abitanti, preceduta soltanto da Liguria e Lombardia. Dal 1984 al 2005 è progressivamente aumentata l'età mediana alla diagnosi (da 23 anni a 41 per gli uomini e da 23 a 40 per le donne). Questo elemento può essere letto in correlazione sia con un'effettiva posticipazione del contagio sia con un prolungamento del periodo di sieropositività senza malattia. Altri fenomeni rilevanti – evidenziati nel Profilo di Modena – sono l'aumento percentuale delle notifiche tra gli stranieri (33% nel 2006) a causa dell'aumento di immigrati provenienti da Paesi ad alta epidemia, e la modifica delle modalità di trasmissione. Attualmente l'HIV si trasmette infatti principalmente per via sessuale, in particolar modo attraverso rapporti eterosessuali, che rappresentano quasi il 66% dei nuovi casi dell'ultimo triennio.

Abitudini alimentari, obesità e attività fisica: a livello regionale le persone in eccesso ponderale (sovrappeso o obese) costituiscono il 42% circa della popolazione, con sensibili differenze da un territorio provinciale all'altro (a Parma si arriva, ad esempio, al 51,5%, a Ferrara al 49,4%, a Modena e Cesena al 44-45%, a Rimini a circa il 39%). Del tutto minoritaria l'incidenza della popolazione sottopeso. All'aumentare dell'età la quota di soggetti obese aumenta e ancora di più aumenta la percentuale di persone sovrappeso. Ma un altro problema particolarmente grave è quello dell'insorgenza di obesità in bambini e adolescenti⁴⁰ che risultano così esposti, fin dall'età infantile, a difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta e, inoltre, disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico⁴¹.

Attività fisica: il dato essenziale riguarda la distribuzione della popolazione fra sedentari e praticanti attività fisica in maniera saltuaria o regolare e, dunque, l'aderenza a quelle che sono le raccomandazioni attualmente adottate⁴². I dati regionali, citati dal Profilo di Piacenza, indicano che meno del 30% della popolazione svolge attività fisica a livelli buoni o moderati e che quasi il 20% non svolge alcuna attività (sedentari). Inoltre, in generale, le femmine appaiono meno attive dei maschi. Rispetto a questi dati, poi, si registrano considerevoli differenze a livello provinciale: svolgono attività fisica regolare o moderata il 46% dei parmensi, il 35% dei piacentini, oltre il 30% dei bolognesi; all'opposto, si collocano sotto la media

⁴⁰ A questo proposito, il Profilo di Modena cita il Progetto regionale di Sorveglianza Nutrizionale Infanzia ed Adolescenza (SONIA), per gli anni 2003, 2005, 2007.

⁴¹ Cesena cita i dati di una indagine campionaria condotta a livello locale, che mostra come tra i bambini di 6 anni il 15% sia in sovrappeso ed il 9%

obeso, tra quelli di 9 anni rispettivamente il 19% e l'11%.

⁴² Tali norme considerano: il livello di attività fisica buono almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana, livello moderato almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni.

regionale i residenti a Ravenna (27%) e a Modena (26%). Una criticità, ripresa in vari Profili, consiste poi nel fatto che i sedentari sono più frequenti fra quelle categorie che maggiormente beneficerebbero dell'attività fisica (obesi, ipertesi, ipercolesterolemici, depressi). Nel Profilo di Ravenna viene spiegato che è stato stimato che l'attività fisica riduce del 10% la mortalità per tutte le cause e il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione ecc. Infine, nel Profilo di Parma si fa esplicito riferimento all'importanza del fatto che i medici promuovano l'attività fisica dei loro pazienti, come efficace modalità per indurre le persone a praticare effettivamente l'attività.

Fumo: il dato medio regionale – citato nel Profilo di Modena – indica una percentuale di fumatori pari al 30% della popolazione, un 24% di ex fumatori e un restante 46% di non fumatori. Anche in questo caso si evidenziano leggere differenze da un territorio all'altro. Alcune tendenze sono desumibili dalle riflessioni proposte nei Profili: in primo luogo, va ricordato che il fumo di tabacco rappresenta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il principale singolo fattore di rischio evitabile di morte precoce, malattia e handicap. Comporta gravi conseguenze sulla salute con una riduzione complessiva dell'aspettativa di vita di 10 anni rispetto ai non fumatori. A partire dal 2003, anno di entrata in vigore della Legge n. 3/2003 (cosiddetta "Legge Sirchia"), i fumatori in Emilia-Romagna si sono progressivamente ridotti, anche se a partire dal 2007 si assiste ad una leggera ripresa, a livello sia regionale che nazionale. Sono i maschi a registrare una più alta incidenza di fumatori, anche se la differenza con le donne si sta via via riducendo. Preoccupa il dato dei fumatori nelle fasce più giovani della popolazione: a Parma, ad esempio, nella fascia 18-24 circa la metà della popolazione risulta fumatrice.

Alcool: il dato medio regionale indicava per il 2005 un 20% di popolazione rientrante nella categoria dei bevitori a rischio, con un leggero miglioramento nel 2006 (18,3%). Rispetto al dato medio, non si notano particolari differenze fra i singoli Profili, dal momento che sono riportati valori percentuali compresi fra il 16,9% di Bologna e il 20% circa di Forlì e di Cesena. Il dato regionale risulta superiore alla media nazionale, ma inferiore a quello dell'Italia settentrionale. Preoccupa il dato relativo alla fascia di popolazione di 18-24, in cui quasi il 50% rientrerebbe nella categoria dei bevitori a rischio, soprattutto per il tipo "binge"⁴³. I bevitori a rischio sono assai più frequenti fra gli uomini che fra le donne.

4.5.2 Più in dettaglio...

Tumori

Tumore al polmone⁴⁴: in generale, si rileva una riduzione dell'incidenza di questa malattia, soprattutto fra gli uomini. Ciò, unito a una crescita per le donne (correlata verosimilmente ad una loro crescente abitudine al fumo), sta riducendo la distanza fra i due generi. Nonostante ciò, come evidenziano i Profili di Parma, Modena e Ferrara, continua a costituire la principale causa di morte per neoplasia fra gli uomini (ad esempio, a Modena rappresenta oltre il 28% dei decessi maschili per neoplasie, mentre la media complessiva provinciale, per uomini e donne, è del 21,7%).

Tumore alla mammella femminile: rappresenta il tipo di tumore più frequente (a Modena, ad esempio, quasi il 29% dei tumori femminili) e la principale causa di morte per tumore fra le donne emiliano-romagnole. Da segnalare un miglioramento dei tassi di sopravvivenza: a cinque anni, si stima una sopravvivenza intorno al 90%, mentre nel periodo 1990-97 ci si attestava intorno all'85% (da Profilo di Modena).

Tumore al colon-retto: fra i tipi di tumore più frequenti, con un tasso di sopravvivenza intorno al 60%; tendenza all'aumento, soprattutto fra gli uomini.

Peso e abitudini alimentari

- Alcuni Profili, ad esempio **Parma**, hanno condotto indagini volte a studiare la percezione che la popolazione ha del proprio peso e dei rischi che ne derivano. Ne emerge un quadro che denota una scarsa consapevolezza: a Parma e nel resto della regione, circa il 60% delle persone in sovrappeso intervistate è cosciente di esserlo e addirittura il 77% degli obesi in regione ritiene che la propria alimentazione sia benefica per la propria salute.

- A **Cesena** è stata condotta una indagine presso i bambini delle scuole d'infanzia per studiare al meglio le abitudini alimentari dei pre-adolescenti e calibrare al meglio eventuali interventi al fine di migliorare queste stesse abitudini; Reggio Emilia, così come Parma, dedicano poi attenzione all'abitudine al consumo di frutta e verdure - che si è visto sopra è fondamentale per prevenire l'insorgere di una serie di malattie gravi - per evidenziare che è vero che buona parte della popolazione consuma frutta e verdura (a Parma la quasi totalità degli intervistati dichiara di consumare giornalmente l'una e/o l'altra), ma è altrettanto vero che solamente una quota minoritaria (13% a livello regionale) assume le cinque porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

4.6 Profilo socio-economico

4.6.1 In estrema sintesi...⁴⁵

Lavoratori atipici, disoccupati e titolari d'impresa per genere e provenienza:

in generale, viene evidenziata la progressiva espansione del lavoro flessibile, atipico, precario, vista spesso come una criticità in termini di precarietà non solo economica, ma in senso più ampio, soprattutto per le fasce più giovani della popolazione. Tale precarietà può connotarsi significativamente rispetto al genere e all'età.

Tasso di disoccupazione: la tendenza principale che emerge è una progressiva flessione del tasso di disoccupazione durante la fase espansiva dell'economia regionale che ha caratterizzato la seconda metà degli anni Novanta e i primi anni del Duemila; va però aggiunto che a partire dal 2006 – soprattutto in alcuni territori come Rimini – si è registrato un nuovo peggioramento.

Occupati per settore di attività (terziario, industria, agricoltura): i dati presentati in dettaglio dai Profili evidenziano una notevole differenziazione a livello provinciale del peso dei settori economici di occupazione, connotando i territori come economie localizzate e mercati del lavoro che, pur mostrando tratti comuni e riconducibili ad un Profilo regionale, hanno caratteri peculiari. Infatti, se in generale si può eviden-

⁴³ Si definisce bevitore binge chi ha bevuto cioè nell'ultimo mese, almeno una volta, 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione.

⁴⁴ Anche in questo caso, tra gli indicatori integrativi, viene suggerito il calcolo del tasso di incidenza, mentre la quasi totalità dei Profili fa riferimento al tasso di mortalità del tumore al polmone. Da notare come, per il tumore al

polmone, non sia calcolato né il tasso di incidenza né quello di mortalità da Piacenza, Bologna e Forlì.

⁴⁵ È opportuno sottolineare come i dati dei Profili di comunità, aggiornati al più al 2007, non esprimono le dinamiche di crisi manifestatesi negli ultimi dodici mesi.

ziare una prevalenza del settore dei servizi in tutti i territori in termini di percentuale di addetti, si rileva una sua più marcata preponderanza a Rimini, Forlì e Cesena, Bologna; una incidenza inferiore si osserva in quei territori maggiormente legati all'attività industriale, come Reggio Emilia, Modena ed in parte Parma o all'agricoltura (Ferrara, Ravenna, Piacenza).

Tasso di occupazione (15-64 anni): costituisce uno dei più importanti indicatori per lo studio del mercato del lavoro. In generale, tutti i territori sottolineano i dati estremamente positivi delle economie provinciali (e regionale nel suo complesso, con performance decisamente sopra quelle medie nazionali): il tasso di occupazione (M+F) regionale, per il 2007, si attesta al 70,3% (raggiungendo e superando, pertanto, l'obiettivo SEO del 70%), mentre il dato nazionale per lo stesso anno è pari al 58,7%. Nel dettaglio provinciale, sono collocate sotto la media regionale Piacenza, Ferrara, Forlì e Cesena e, soprattutto, Rimini (65,9%). Nei diversi territori emergono più bassi livelli occupazionali delle donne (ad esclusione di Ravenna, che presenta un tasso di occupazione femminile decisamente al di sopra della media regionale). Anche Bologna evidenzia una elevata occupazione femminile, di oltre 18 punti più alta di quella nazionale.

Reddito medio pro-capite: volendo arrivare ad una graduatoria, in parte desumibile dal Profilo di comunità di Forlì, si nota come il reddito medio pro capite veda al primo posto in regione Bologna, seguita da Modena e da Forlì-Cesena. Risultano maggiormente sotto la media regionale Piacenza, Reggio Emilia, Ravenna e Rimini.

4.6.2 Più in dettaglio...

Lavoratori atipici, disoccupati e titolari d'impresa per genere e provenienza

- È interessante la riflessione condotta nel Profilo di **Bologna**, che sottolinea come il lavoro atipico gravi in modo maggiore sui primi anni di vita lavorativa delle donne bolognesi. Per quel che riguarda i lavoratori atipici maschi, invece, si registrerebbero tendenze di altro tipo: premesso che a differenza del gruppo femminile l'incidenza della contrattazione atipica nei maschi è più bassa e decresce all'aumentare dell'età professionale, i valori registrati dalla banca dati regionale indicano un lieve rialzarsi del numero di questi lavoratori nelle coorti con più di 55 anni. Tale tendenza potrebbe evidenziare due distinti fenomeni: una strategia adattativa per rientrare nel mondo del lavoro, una strategia per contrastare difficoltà economiche derivanti da basso reddito da pensione.
- Anche **Parma** sottolinea che la percentuale di contratti a tempo indeterminato diminuisce per le donne (26,1% a fronte del 28,1% medio provinciale). Ma viene anche evidenziato che la stabilizzazione sembra sufficientemente correlata con l'età dei lavoratori.

Avviati al lavoro (di cui stranieri) per genere ed età⁴⁶: questo indicatore è presentato esclusivamente da Parma, Piacenza e Ferrara, e denota un peso dell'occupazione straniera più elevato di quello medio nazionale, in particolare per quei territori a vocazione industriale o agricola. I Profili sottolineano il trend di crescita dell'indicatore ed anche un incremento degli occupati comunitari (dovuto principalmente

all'entrata nella Unione europea fra il 2006 e il 2007).

Occupati per settore di attività (terziario, industria, agricoltura)

- **Piacenza**: vengono rilevate ancora specializzazioni produttive in comparti con uno scarso peso a livello occupazionale (Energia, Gas ed acqua, per esempio), ma anche in settori rilevanti in termini occupazionali, quali la meccanica, i materiali per l'edilizia, i servizi alla persona, i trasporti ed il commercio.
- **Parma**: si rileva la percentuale nettamente prioritaria di impiegati nei servizi (60%), seguiti dall'industria (36,5% comprendendo l'edilizia) e poi dall'agricoltura (3,5%).
- **Reggio Emilia**: concentra l'analisi sulla disaggregazione fra lavoratori italiani e stranieri (ad esempio, questi ultimi in agricoltura sono oltre il 12% degli occupati; nel complesso, i lavoratori stranieri sono oltre il 10% degli occupati, a fronte del 7,8% registrato a livello regionale).
- **Modena**: rileva che il peso del terziario è inferiore alla media regionale perché il territorio provinciale risulta tra i più fortemente industrializzati in regione. Alcuni distretti produttivi sono infatti eccellenze nazionali o internazionali come i settori ceramico, tessile, biomedicale e metalmeccanico.
- **Bologna**: viene evidenziato che il 34,8% degli occupati trova impiego nel settore industriale, mentre il 63,4% nel terziario.
- **Rimini**: rileva la spiccata terziarizzazione dell'economia riminese, legata soprattutto alla presenza di un'industria turistica molto sviluppata. I servizi si confermano dunque il settore prevalente nella quota di occupati con il 70,5% (media regionale 60,6%), seguiti dall'industria con il 26,4% (media regionale 35,5%) ed infine dall'agricoltura che occupa il 3,1% dei lavoratori (3,9% la media regionale).

Titolari d'impresa disaggregati fra italiani e stranieri:

- **Parma**: evidenzia che il numero degli stranieri titolari d'impresa (7,2% del totale) è percentualmente elevato per quanto riguarda soprattutto le attività economiche legate a: costruzioni (16,1%); trasporti, magazzinaggio e comunicazioni (9%); alberghi e ristoranti (8%).
- **Reggio Emilia**: rileva che gli stranieri titolari d'impresa sono percentualmente rilevanti, costituendo il 13,4% del totale⁴⁷.
- **Bologna**: nel 2007 registra 3.833 cittadini extracomunitari titolari di impresa. Il 37,4% proviene dall'Africa, mentre il 32% giunge dall'Asia. Gli imprenditori con cittadinanza extracomunitaria si concentrano nella città di Bologna (62,1%).
- **Ravenna**: evidenzia come l'immigrazione straniera ed extracomunitaria manifesti una forte propensione all'imprenditorialità in forme più dinamiche di quella locale. Fra il primo trimestre 2003 e il quarto del 2006, le persone di origine extracomunitaria che fanno impresa sono cresciute del 90%, mentre gli italiani mostrano un leggero calo.

Imprese presenti sul territorio

Nel Profilo di Bologna sottolinea la netta preminenza della piccola impresa con 1-9 addetti e utilizza come fonte l'Archivio Statistico delle Imprese Attive (ASIA) dell'Istat, mentre Piacenza offre soltanto alcune tabelle nell'appendice e Ravenna

⁴⁶ Si ricorda che per avviati in un certo periodo si intendono le persone fisiche che in quel periodo abbiano registrato almeno un avviamento, cioè l'acensione di almeno un rapporto di lavoro dipendente. La fonte è il Siler, che

registra, appunto, tutti i movimenti (Avviamenti, cessazioni, proroghe, trasformazioni) relativi ai rapporti di lavoro dipendente.

⁴⁷ La media regionale è 8,7%, quella nazionale 6,6%.

si concentra sulle imprese ad alta tecnologia del proprio territorio. Gli altri Profili non affrontano questo aspetto del tessuto economico locale.

Reddito medio pro capite

- **Reggio Emilia** a sua volta presenta uno dei redditi medi pro capite fra i più bassi della regione insieme a quello di Rimini⁴⁸.
- Anche **Modena** presenta un reddito medio pro capite superiore alla media regionale. Interessante l'uso di altri indicatori, come l'ammontare medio dei depositi bancari (nel 2006, su quest'ultimo indicatore Modena si colloca al diciassettesimo posto in Italia), i consumi medi delle famiglie, ecc⁴⁹.
- **Bologna** presenta reddito imponibile e numero di contribuenti della provincia in serie storica (1999-2005): nei sei anni considerati, a fronte di una crescita complessiva della popolazione nei comuni della provincia, si osserva una progressiva diminuzione dei contribuenti con imposta netta (persone fisiche con redditi imponibili ai fini delle addizionali IRPEF; rispetto ai residenti, passano dal 68% del 1999 al 65,6% del 2005), un aumento del reddito imponibile complessivo, un aumento tendenziale del reddito procapite.
- **Ferrara** fa riferimento all'imponibile pro capite medio provinciale, che risulta leggermente inferiore a quello medio regionale. Interessante l'analisi per comuni, che mostra la maggiore "ricchezza" del capoluogo di provincia⁵⁰.
- **Ravenna** presenta invece un reddito per abitante inferiore alla media regionale, ma decisamente superiore a quella nazionale.
- Per **Forlì** e **Cesena** viene evidenziato che si tratta di un territorio ricco. Il reddito medio lordo pro-capite familiare si attesta su 20.311 Euro, in linea con la media regionale (20.007 Euro) e ben superiore a quella nazionale (16.080 Euro).

4.7 Mobilità: i principali contenuti trattati

Questa parte, pur molto importante per le implicazioni che ha rispetto al benessere complessivo di una comunità e per le strette relazioni che ha con altri comparti delle politiche di welfare, è stata trattata da soli 5 Profili e secondo modalità proprie (anche perché la Regione non aveva indicato impostazioni di massima). La scelta è di riportare una sintesi degli aspetti toccati dai singoli Profili in quanto si ritiene comunque interessante diffondere gli esiti della riflessione compiuta dai territori e anche perché può fornire uno spunto per la definizione futura di un'impostazione più puntuale da parte della Regione.

Piacenza, in una cartella, analizza dettagliatamente il tema del pendolarismo, che da una parte può essere letto (in termini di saldi fra pendolari che entrano e che escono) come indicatore del

grado di attrattività di un territorio per ragioni lavorative e formative⁵¹, ma che deve essere anche analizzato per le ricadute in termini di traffico e sulla viabilità di una città e di un territorio. Ciò che emerge dalle analisi condotte nel Profilo piacentino è un miglioramento dei saldi legati sia a ragioni di studio – letto come un miglioramento e un ampliamento dell'offerta formativa piacentina, in grado più che in passato di rispondere, in quantità e in qualità, alle esigenze degli studenti piacentini e contemporaneamente di incrementare la sua capacità di attrazione nei confronti dell'utenza potenziale esterna – che a motivi di lavoro: se è vero, infatti, che aumenta il numero di piacentini che si recano quotidianamente in altre province per ragioni di lavoro, è altrettanto vero che è più ampio l'incremento di coloro che per lo stesso motivo entrano nel territorio provinciale. Altro punto che viene evidenziato è il processo di progressiva integrazione funzionale tra il capoluogo e i comuni della sua cintura. La fonte dei dati è rappresentata dai Censimenti generali della popolazione dell'Istat.

Anche **Parma** affronta il tema del pendolarismo⁵², fornendo anche dati di dettaglio sugli spostamenti, per motivi di studio e di lavoro, tra comuni della stessa provincia, da e per altre province dell'Emilia-Romagna e da/per altre regioni italiane⁵³. Complessivamente, gli spostamenti infraprovinciali della provincia di Parma sono sensibilmente cresciuti dal 1981 al 1991, ma si sono leggermente ridotti dal 1991 al 2001; ciò è determinato dall'andamento dei flussi relativi al capoluogo, ridottisi notevolmente nel secondo periodo inter-censuario⁵⁴, mentre quelli riguardanti gli altri comuni sono aumentati, nei due periodi, a ritmo crescente. Questo andamento complessivo è determinato dalla evidente riduzione degli spostamenti all'interno dei comuni, e soprattutto del comune capoluogo (dove tali spostamenti sono diminuiti, in vent'anni, di oltre il 15%). Alla stessa maniera, gli arrivi dalle altre province a quella di Parma sono aumentati di oltre il 5,5%, ma quelli specificamente volti al capoluogo si sono ridotti quasi del 3,5%. Da evidenziare comunque l'elevato "peso" del comune capoluogo, che determina oltre il 50% degli spostamenti registrati a livello provinciale. Al di là dei flussi di dettaglio, ciò che deve essere evidenziato è che pressoché tutte le province hanno incrementato gli spostamenti generati dagli "altri comuni" (cioè da tutti i comuni escluso il capoluogo) - in questo trend, Parma segue da vicino Reggio Emilia. Inoltre, si sono in generale ridotti gli spostamenti all'interno dei singoli comuni (in misura notevole Parma). Parma inoltre è la provincia che, più delle altre, ha incrementato gli spostamenti verso gli "altri comuni". Altro dato rilevante, evidenziato dal Censimento Istat 2001, è la diminuzione dell'uso del trasporto pubblico, passato a livello nazionale dal 21,6% del 1991 al 16,4% del 2001 (a Parma si passa dal 17,1% all'11,9%, dunque su valori al di sotto di quelli medi nazionali).

⁴⁸ Fonte: Prometeia, Scenari per le economie locali.

⁴⁹ Le fonti sono varie: Prometeia, Il Sole 24 Ore su dati Abi, Bankitalia, Istat.

⁵⁰ La fonte in questo caso è il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con dati riferiti ai redditi del 2004.

⁵¹ Come spiegato nel Profilo di comunità di Rimini (che si analizza di seguito), l'indice di attrazione è calcolato come rapporto tra le quantità entrati - usciti e entrati + usciti e misura la capacità di un'area di attirare o far uscire pendolari. Tale indice assume valori compresi tra -1 e +1; quanto più si avvicina ad 1 tanto più l'area in questione è ritenuta a forte capacità attrattiva, mentre valori negativi e vicini a -1 si riferiscono ad aree in cui si verificano più uscite che ingressi, fino al limite del valore che evidenzia solo uscite.

⁵² Anche in questo caso la fonte sono i Censimenti Istat (1981, 1991, 2001). Nello stesso Profilo viene evidenziato che si tratta di una fonte dati parziale,

dal momento che contempla esclusivamente gli spostamenti per motivi lavorativi e di studio. Viene tuttavia evidenziato che l'analisi è comunque interessante dal momento che è "l'unica fonte di cui si dispone che rilevi, simultaneamente, la mobilità pendolare della popolazione; peraltro, questa tipologia di movimenti è tra quelle che più marcatamente denotano i rapporti di dipendenza/attrazione tra i comuni".

⁵³ Quanto ripreso nel Profilo è un estratto sintetico dello studio effettuato dalla Provincia di Parma – Ufficio Statistica, Evoluzione della mobilità per studio e lavoro in provincia di Parma. Verso la città reticolare, 2006.

⁵⁴ Più precisamente, nel periodo 1991-2001 gli spostamenti dagli altri comuni al capoluogo sono rimasti stabili, ma sono aumentati considerevolmente i movimenti destinati agli altri comuni della provincia.

Reggio Emilia sottolinea il superamento dei confini cittadini e provinciali, evidenziando che la provincia di Reggio Emilia si colloca geograficamente nel cuore della "città-territorio" Parma-Reggio-Modena, in una posizione assai favorevole, dal punto di vista dell'accessibilità sia per le connessioni nord-sud lungo la dorsale centrale del Paese, sia per le connessioni con i porti tirrenici, sia infine per le connessioni con il Brennero e i Paesi del centro Europa. Ciò a evidenziare come il tema della mobilità trascenda necessariamente i confini e le specificità economiche, produttive, ecc. di un territorio. Anche in questo caso, l'analisi parte dal Censimento Istat (2001), ma integrandolo con i dati delle "Indagini Origine/Destinazione (O/D)" e di interviste a famiglie e aziende realizzate ad hoc nel 2006. Viene presentato anche un indicatore aggiuntivo: il tasso di motorizzazione (n. auto ogni 1.000 abitanti)⁵⁵, che risulta pari a 611 auto /1.000 ab. nella provincia di Reggio Emilia, a 610 in Emilia-Romagna e a 580 a livello nazionale (Aci, 2004).

Un maggior ricorso all'uso dell'automobile privata – evidenziato anche dalle indagini realizzate - porta con sé una serie di criticità⁵⁶:

- elevato tasso di inquinamento atmosferico per le polveri sottili (PM10), biossido di Azoto (NO2) ed Ozono (O3), con relativi problemi di qualità dell'aria per l'area vasta;
- utilizzo individuale del mezzo privato: il 72% delle persone intervistate nell'ora di punta (7.30 – 8.30) al cordone provinciale hanno dichiarato di viaggiare in modo "single" (da cui un altro indicatore: il coefficiente medio di occupazione pari a 1,17 persone per auto);
- scarso utilizzo di mezzi a basso impatto ambientale (autovetture e furgoni);
- un livello di incidentalità tra i più elevati delle province emiliano-romagnole. Gli Indici di Ferimento (numero di feriti su 100.000 abitanti) e di Mortalità (numero di morti su 100.000 abitanti) hanno registrato valori al di sopra della media nazionale e regionale⁵⁷.

Tutto ciò a sua volta implica un governo della mobilità complesso, uno scarso utilizzo del Trasporto Pubblico Locale (TPL), sia in ambito urbano che in ambito extraurbano, nonostante la buona copertura offerta attualmente dal servizio, a causa essenzialmente della mancanza di competitività del TPL rispetto ai tempi di percorrenza del trasporto privato. Il Profilo evidenzia comunque come nell'anno 2005 si sia registrata una crescita dei passeggeri dell'8,7% per le linee urbane e del 4,3% per quelle extra-urbane.

Cesena indica una possibile, ulteriore fonte: Isfort, La domanda di mobilità degli individui. Rapporto congiunturale I semestre 2007. Da questo Rapporto emerge che sono tre le principali dinamiche che caratterizzano la mobilità sul territorio nazionale:

- un aumento della domanda di mobilità: crescono il numero medio di spostamenti (circa 3 viaggi a persona), il tempo medio giornaliero speso in mobilità (65 minuti) e il numero di Km percorsi da chi si sposta (oltre 36 Km al giorno);
- "il tempo libero" come prima motivazione per lo spostamento (33%), seguita da gestione familiare (31%), lavoro (30%) e studio (6%);
- una bassa quota di mercato del trasporto pubblico: la crescita della mobilità motorizzata è stata assorbita quasi interamente dai mezzi individuali.

Una recente indagine nazionale dell'Osservatorio AUDIMOB, sempre di Isfort (2007) ha analizzato, a livello nazionale, la percezione

dei cittadini relativa ai problemi di traffico e inquinamento delle città: oltre il 43% degli intervistati ritiene che andrebbero potenziati i trasporti pubblici con maggiore offerta e frequenza; un 41% ritiene comunque importante avere incentivi per acquisto di mezzi ecologici e un 34% chiede una maggiore disponibilità di parcheggi. Solo il 30% degli intervistati ritiene che il modo più efficace per combattere congestione e smog sia quello di realizzare nuove zone pedonali e piste ciclabili.

Un altro dato interessante è che oltre l'80% degli intervistati vorrebbe essere interpellato sulle soluzioni da adottare per risolvere i problemi del traffico nella propria città.

Nello specifico, il Profilo di Cesena offre un approfondimento di dettaglio del trasporto pubblico, ad esempio, analizzando i dati degli abbonati (41% sono studenti, mentre i lavoratori sono appena il 9%).

Anche il profilo di **Rimini** analizza in dettaglio gli spostamenti per studio e lavoro facendo riferimento al Censimento Istat 2001, ma indicando anche un'altra fonte locale: il "Rapporto sulla Mobilità per lavoro e studio nella Provincia di Rimini", del 2005, che parte naturalmente dagli stessi dati censuari Istat. Le principali evidenze indicano che la mobilità strutturale riminese è caratterizzata da un certo livello di "autocontenimento" territoriale degli spostamenti e dal centripetismo gravitazionale del comune capoluogo: il 66,3% dei movimenti avviene all'interno del comune di residenza, (nel comune di Rimini, ben l'83,5% dei movimenti è dovuto a spostamenti all'interno dello stesso territorio comunale), mentre il 48% dei flussi è diretto verso il comune di Rimini.

Anche in questo Profilo viene dedicata particolare attenzione al trasporto pubblico locale. Gli utenti del mezzo pubblico sono il 9,5% del totale, sono in netta maggioranza studenti (87%) che si spostano all'interno del comune, in prevalenza nei due comuni maggiori (Rimini e Riccione). Tra i lavoratori che usano il mezzo pubblico, le donne sono la maggioranza (52,5%) dei passeggeri.


Altro punto di particolare rilevanza evidenziato dal Profilo di Rimini è il trasporto sociale. Infatti, sebbene il territorio si caratterizzi per avere una copertura del trasporto pubblico sufficientemente capillare, ciò non implica necessariamente che detto servizio sia fruibile da tutti i cittadini indistintamente: gli anziani, i disabili, gli adulti con temporanee o permanenti limitazioni funzionali dell'autonomia potrebbero avere difficoltà di fruizione in rapporto sia alle caratteristiche del mezzo che a soggettive difficoltà di autonomia. Il principio di base è di non far muovere il cittadino con difficoltà di spostamento se non per ricevere prestazioni di relativa alta specializzazione la cui qualità è garantibile solo se l'offerta è concentrata in punti della rete attrezzati professionalmente e tecnologicamente allo scopo; di far muovere gli operatori verso i cittadini per quelle tipologie di assistenza definite come rilevanti in termini di bisogno di salute e di qualità di vita (es. assistenza domiciliare) e per le quali spesso non rendere disponibile il servizio in prossimità dell'utilizzatore determina di fatto una "non assistenza" (utilizzo della rete). Il numero di utenti trasportati nell'anno 2007 è di 313 per il Distretto di Rimini Nord e 87 per il Distretto di Rimini Sud, per un totale rispettivamente di 28.655 viaggi per Rimini Nord e 9.953 per Rimini Sud.

⁵⁵ La fonte è ACI, 2004.

⁵⁶ Criticità che possono essere ritenute valide, in generale, anche per qualsiasi altro territorio che ricorra ad uno eccessivo rispetto alle medie dei mezzi di trasporto privati.

⁵⁷ Ciò a sua volta è legato a scarsa gerarchizzazione della rete stradale pro-

vinciale e comunale che porta, ad esempio, all'utilizzo improprio di alcune strade extraurbane da parte dei mezzi pesanti e in città dei viali ai bordi del centro storico come circonvallazione urbana; presenza di un elevato numero di centri abitati attraversati da vie di scorrimento o usate a tal fine; flussi di traffico consistenti lungo alcuni assi stradali.



Cap. 5
Servizi, risorse,
domanda espressa
e soddisfatta

Cap. 5 Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta

Anche per l'esposizione di questa parte si è cercato di utilizzare una modalità che valorizzasse al meglio le elaborazioni svolte nei Profili di comunità, cercando al contempo di non appesantire eccessivamente la lettura. Pertanto, si propone la seguente organizzazione del cospicuo materiale elaborato.

Per ciascun ambito del Profilo di comunità (socio-sanitario, sanitario, socio-educativo, abitativo, formativo-lavoristico, capitale sociale) si propone una **sintesi di tendenze o comunque di criticità** che, ancorché non segnalate dalla totalità dei Profili, si ritiene possano essere utili alla riflessione comune; segue poi **la disamina dei singoli indicatori**, laddove possibile (confronta capitolo 3 sugli aspetti metodologici).

Si è scelto poi di raccogliere le tante informazioni quali-quantitative di dettaglio dei singoli Profili in un allegato al presente capitolo. Laddove un servizio (ad esempio, il consultorio familiare) o una specifica tematica (ad esempio i minori immigrati o i rifugiati) siano trattati in più ambiti, si è scelto di ricorrere a rimandi; è possibile tuttavia che alcune informazioni siano ripetute.

Il criterio generalmente seguito è stato di cercare di concettualizzare dati e tendenze presentati dai Profili (anche se non dalla totalità), lasciando in questa parte di Rapporto qualche dato ritenuto interessante per quanto riguarda la tendenza regionale (o a conferma o in controtendenza). Nell'allegato relativo ai dettagli è possibile trovare dati – commentati dai Profili – selezionati per non perdere le specificità dei Profili stessi, senza voler proporre una comparazione.

Nei casi in cui solamente pochi Profili abbiano commentato un indicatore si è scelto di mantenere tale commento in questa parte di rapporto (e non inserirlo nell'allegato dei dettagli), considerandolo comunque importante, anche se ovviamente per nulla generalizzabile.

5.1 L'universo anziani: risposte crescenti a bisogni dinamici

Ambito socio-sanitario

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro d'insieme

- L'anziano è ancora il "primo utente" dei servizi alla persona: ciò come conseguenza del peso demografico di questa fascia di popolazione (in pressoché costante aumento soprattutto nella fascia over settantacinque), ma anche del fatto che sia utente di una rete di servizi articolata e "capiente", presente con sufficienti livelli di uniformità in tutto il territorio regionale e recentemente potenziata con le misure a sostegno della non autosufficienza.
- Emerge tuttavia la preoccupazione che, nonostante la presenza di una rete significativa di servizi, non si riesca a rispondere alla crescente domanda (derivante anche dal crescente fabbisogno).
- "C'è anziano e anziano" e le problematiche sono davvero assai diversificate: non autosufficienza fisica, solitudine, precarietà economica, quali fattori di rischio che possono combinarsi in maniera varia e a vari livelli di gravità, generando così una molteplicità di situazioni cui la rete dei servizi prova a fornire risposta.
- Accanto alle persone "in carico" ai servizi, sempre più ci si interroga sulle situazioni di fragilità e precarietà che ancora non vengono intercettate. Tali situazioni di fragilità, per chi le esamina, preoccupano i territori. Tuttavia, sul versante delle risposte, sono ancora poche le analisi e le risposte strutturate e sistematiche.
- Emerge anche l'attenzione all' "anziano risorsa", il giovane anziano, "anello della rete di servizi" con un ruolo più attivo rispetto al passato.
- È sottolineata la consapevolezza che i grandi anziani di domani saranno diversi dagli attuali, più consapevoli del proprio stato di salute.
- Domiciliarità: grandi numeri, forte impegno dei servizi sociali e sanitari insieme, pluralità di interventi. Si va dall'erogazione di servizi (es. assistenza domiciliare, dimissioni protette, interventi rivolti ad anziani in condizioni di fragilità, posti di sollievo) all'erogazione di contributo (assegno di cura). E proprio l'assegno di cura appare la misura recentemente più potenziata. Emergono alcune riflessioni sulla necessità di ripensare i servizi tradizionali (assistenza domiciliare sociale, in primis).
- Residenzialità: si vedono i buoni esiti dell'implementazione del Fondo della non autosufficienza, ma permangono difficoltà del sistema (testimoniate dalle liste d'attesa).
- Squilibri territoriali: si lavora a livello di Conferenza territoriale socio-sanitaria per diminuirli, ma comunque permangono (occorre ricordare che i dati dei Profili sono prevalentemente riferiti al 2006, primo anno di implementazione del Fondo regionale della non autosufficienza).
- Ricoveri ospedalieri di anziani over 75: alto tasso di ricoveri, ma andamenti non lineari entro le province (per chi commenta il dato).

5.1.1 Analisi del fenomeno

a. Utenti in carico ai servizi sociali professionali

Da tutti i Profili emerge come l'anziano rappresenti, ancora oggi, il primo utente dei servizi sociali: un dato confermato dai raffronti sulle rilevazioni della spesa sociale e socio-sanitaria che evidenziano come per gli anziani essa rappresenti la percentuale più alta, compresa tra il 45 e il 50% (ad esempio nei Profili di Forlì, Piacenza). Se il dato regionale indica una media di utenti in carico pari al 4,56% della popolazione target (anziani con più di 64 anni), alcuni territori raggiungono valori anche più elevati (è il caso di Piacenza con un 6,62%, o di Cesena con l'8,3%). Percentuali che corrispondono, in numeri assoluti, a qualche migliaia di utenti.

Alcuni Profili propongono un'analisi dei trend della popolazione target dei servizi per anziani, della copertura attuale del fabbisogno, della stima del fabbisogno futuro in relazione alla proiezione degli andamenti demografici.

Molte province si caratterizzano, infatti, per un progressivo aumento della popolazione over 75 anni e degli ultraottantenni (anche dei centenari), mentre la fascia 65-74 anni appare stabile o in lieve diminuzione (è il caso di Modena, Bologna, Reggio Emilia e Forlì).

In alcuni Profili è evidente lo sforzo per arrivare a connotare la dimensione di non autosufficienza conclamata o potenziale: è il caso del Profilo di Modena che focalizza l'attenzione sulle situazioni di non autosufficienza, arrivando ad una stima di cittadini in tali situazioni che comprende i casi considerati più gravi fra gli utenti di una serie di misure (indennità di accompagnamento con più di 65 anni, assegni di cura, strutture); analogo ragionamento fa anche il Profilo di Ferrara rispetto ai percettori di indennità di accompagnamento.

Rispetto al bisogno potenziale, un aspetto indagato (anche in ottemperanza della delibera regionale n. 1206/08 sul Fondo per la non autosufficienza che dedica un allegato a questo aspetto), riguarda l'analisi delle fragilità. In particolare il Profilo di Ravenna propone una stima degli anziani fragili per rischio sanitario e psico-sociale per i quali si propongono interventi individuali di verifica.

Alcuni Profili dedicano attenzione alla fascia d'età 65-74 anni, considerando pertanto quella parte di popolazione che può a giusto titolo essere considerata come risorsa della comunità: in particolare i Profili di Rimini e Forlì considerano il "progressivo ringiovanimento" degli anziani e parlano di "anzianità attiva". Si auspica quindi di poter trarre da questa parte di popolazione risorse umane e professionali per azioni di volontariato, di auto-aiuto e simili in quanto trattasi di un gruppo demografico dalle buone potenzialità, anche in termini di speranza di vita 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. Insomma, come viene ribadito anche nel Profilo di comunità di Reggio Emilia "gli anziani vivono oggi in una società che dà loro un ruolo di rilevanza sociale".

b. Servizi, interventi, strutture. Interventi e servizi a sostegno della domiciliarità

Nonostante i Profili riportino la maggioranza dei dati richiesti dallo schema regionale, i raffronti sono difficili per diversi motivi: innanzitutto, perché non sempre i dati vengono commentati; in secondo luogo, l'anno di riferimento non è il medesimo (2006, 2007); in terzo luogo la scomposizione del dato per tipo di servizio non è uguale (alcuni danno il

dato complessivo sull'assistenza domiciliare, altri parlano solo di assistenza domiciliare integrata). Molto diffuso invece il raffronto con i dati medi regionali, segno di un sistema piuttosto consolidato in tutta la regione di raccolta ed elaborazione dei dati. Infine, occorre ricordare che per questo target è già prevista la predisposizione di un'ampia documentazione relativamente al Fondo regionale della non autosufficienza, alla quale infatti alcuni Profili (ad esempio Parma) rimandano per un maggiore dettaglio rispetto ai dati e alle elaborazioni prodotte.

In generale, tutti i Profili mostrano la quantità e la varietà degli interventi a sostegno della permanenza dell'anziano presso il proprio domicilio. Inoltre, ovunque viene indicato un aumento di offerta di tali interventi e una loro diversificazione.

Di seguito si propone una sintesi di quanto emerge dai Profili per tipo di intervento (e indicatori regionali).

Assistenza domiciliare:

- prevale l'attenzione (in termini di dati e commenti) all'assistenza domiciliare integrata o, come la definiscono alcuni, sanitaria; complessivamente, dalla lettura proposta nei Profili di comunità, si evidenzia una notevole variabilità della configurazione di questo servizio a livello territoriale: si tratta infatti di un intervento complesso, variamente connotato e "interpretato" dai territori in termini di destinatari (ad esempio, chi privilegia i grandi anziani) e di contenuto (tipologia delle prestazioni sociali e socio-sanitarie e sanitarie erogate). Forse anche la differente denominazione del servizio stesso può essere considerata una spia delle differenti culture professionali che entrano in gioco.
- Assistenza domiciliare comunale. Tale intervento risulta diffuso in tutti i comuni, seppure non sempre in modo omogeneo a livello di singolo distretto. Chi poi commenta dati di trend, evidenzia l'aumento dei soggetti in carico al servizio (è il caso dei Profili di Bologna per i grandi anziani e di Rimini).
- Assistenza sanitaria domiciliare. È un servizio ampiamente diffuso anche se con differenze all'interno dei vari territori. Il dato che colpisce è il peso quantitativo degli utenti rispetto alla popolazione target e, per chi lo evidenzia, il dato di trend in crescita di fruitori del servizio (Bologna +12,8% nel triennio 2003-2006).

I Profili che propongono riflessioni più generali sul servizio nel suo complesso, sottolineano la necessità di riorganizzare o ripensare il servizio stesso: il Profilo di Piacenza rileva la necessità di riorganizzazione per l'emergere di isolamento di nuclei famigliari unipersonali soprattutto nelle zone di montagna, ma non solo; quello di Reggio Emilia sottolinea l'esigenza di un ripensamento dell'offerta domiciliare in termini di maggiore flessibilità e varietà; anche nel Profilo di Bologna ci si interroga sulla capacità del servizio di rispondere ai bisogni di cura e assistenza pro-domiciliarità, cioè la vocazione primaria del servizio. A Modena, infine, si ribadisce la necessità di diversificare i livelli e le tipologie di assistenza domiciliare in accordo con le famiglie, tenendo conto della diffusione del fenomeno delle assistenti famigliari private.

Assegni di cura

- Il dato più importante sottolineato da tutti i Profili è il forte aumento di questa misura in tutti i territori. Sembra confermata la buona accoglienza di questo servizio da parte delle famiglie che riescono così a comporre il complesso puzzle assistenziale dei loro anziani sostenendone la cura.

Alcuni esempi: incremento di quasi il 25% nel 2006 (Bologna), +28% dal 2006 al 2007 (Rimini), +3,5% nel 2006 (è il caso di Forlì). Soprattutto nei Profili della Romagna, inoltre, si sottolinea che tale incremento è stato possibile grazie alle risorse del FRNA. Inoltre, Forlì e Ravenna, con riferimento al rapporto tra numero di assegni di cura erogati e popolazione con 75 anni o più, sottolineano come il loro dato di utenza si posizioni al di sopra della media regionale (rispettivamente 5,4% e 5,6% a fronte di una media del 4,2%).

- Rispetto alle scelte di potenziare tale intervento, nel Profilo di Parma si sottolinea che l'assegno è stato maggiormente prediletto in territori montani e/o a forte dispersione di popolazione sul territorio e anche nel Profilo di Bologna si evidenziano le diversità delle scelte distrettuali.

Assistenti famigliari

Nei Profili viene dedicata poca attenzione, in termini di dati e riflessioni, alle assistenti famigliari.

Riportano il dato relativo ai contributi per la regolarizzazione dell'assistente famigliare i soli Profili di Rimini e Parma: Parma riporta il dato in tabella senza commento (181 contributi nel 2006 e 334 nel 2007), mentre Rimini indica nel testo i 61 contributi erogati nel 2006.

Nel Profilo di Modena si riporta la stima delle "badanti" presenti in provincia: non meno di 6/7.000; mentre quello di Reggio Emilia indica in tabella il numero di anziani beneficiari di assegno di cura con assistente famigliare (526). In quest'ultimo Profilo viene dedicata una specifica attenzione all'analisi della trasformazione del welfare in seguito all'ingresso nel mercato del lavoro delle "badanti": in particolare si sottolinea che da un'analisi svolta dal Comune di Reggio Emilia in relazione ai nuovi bisogni delle famiglie con anziani emerge la creazione di un mercato libero, auto-organizzato ed informale che ha ridotto dal 2001 in modo stabile l'utenza dei centri diurni del 20% e quella dei servizi domiciliari del 36%. Nel Profilo si sottolinea che tale situazione sta mettendo in discussione l'attuale sistema del welfare, con operatrici spesso non qualificate, non in regola, ma con modalità di lavoro estremamente flessibili a supporto di famiglie sempre più pressate dai molteplici impegni di cura e lavoro.

Consultorio demenze

Nel Profilo di Reggio Emilia si sottolinea che il tema della demenza si presenta in costante crescita e riguarda sia il sistema domiciliare che quello residenziale: emblematico l'aumento delle prime visite effettuate rispetto all'anno precedente (+6/7%, da 1.789 prime visite nel 2006 a 1.896 nel 2007), mentre i controlli sono aumentati del 22%.

Nel Profilo di Bologna si evidenzia come gli anziani in carico ai consultori demenze sono 5.318 mentre le prestazioni erogate sono 7.436. Per quanto riguarda i tempi medi di attesa nell'anno 2006 i distretti afferenti alla Ausl di Bologna si attestano su un dato medio pari a 46,5 gg, mentre sono più elevati i tempi medi di attesa per la Ausl di Imola (75gg), con una media regionale pari a 57,3 gg.

Dimissioni protette

Vengono indicati i dati con relativo commento solo nel Profilo di Bologna nel quale si legge che sono 1.343 gli anziani in dimissioni protette, presenti in entrambe le Ausl (Bologna e Imola), anche se con significative differenze quantitative tra i distretti.

Nel Profilo di Piacenza tale intervento è indicato tra i bisogni emergenti.

Anziani fragili

Il Profilo di Parma sottolinea come i bisogni socio sanitari degli anziani non autosufficienti siano abbastanza coperti: rimane invece aperto il problema degli interventi sulla fascia fragile a rischio di non autosufficienza per la quale si sottolinea la necessità di investire nel triennio in indagini conoscitive (viene citato lo studio effettuato nel Distretto sud est) ma anche di potenziare gli interventi in modo mirato.

Nel Profilo di Forlì si riporta invece una stima degli anziani (2.600 circa) coinvolti nel 2007 in attività di sostegno alle reti sociali (azioni di contrasto all'isolamento).

Nel Profilo di Piacenza tale ambito di intervento è indicato tra i bisogni emergenti.

Numero di posti per accoglienza temporanea di sollievo

Nei Profili questo tipo di intervento raccoglie ancora poca attenzione in termini di dati disponibili, ma certamente se ne rileva il bisogno.

Il Profilo di Bologna riporta i dati relativi ai posti letto dedicati ai ricoveri temporanei presenti sul territorio provinciale al 31/12/2006: per tutta la provincia sono 73 posti di cui 63 per l'Ausl di Bologna e 10 per quella di Imola.

Un potenziamento dei posti di sollievo disponibili nelle strutture residenziali per anziani viene segnalato dal Profilo di Cesena (con riferimento al distretto del Rubicone).

Nel Profilo di Modena si esplicita la necessità di una adeguata dotazione di posti residenziali per il sollievo proprio a sostegno della domiciliarità.

Per quanto riguarda Parma viene segnalato che nei Distretti di Valli Taro Ceno e Sud Est non vi sono posti dedicati per l'accoglienza temporanea di sollievo.

c. Servizi, interventi, strutture: residenzialità e semiresidenzialità

Tre gli elementi evidenziati nella maggioranza dei Profili:

- aumento dell'offerta di posti (soprattutto residenziali),
- presenza di liste di attesa ancora significative numericamente,
- progressivo avvicinamento se non superamento dei tassi di copertura (posti letto su popolazione target, il "famoso" 3%) indicati dalla Regione.

Trasversale a questi elementi gli sforzi attuati dai vari territori per uniformare l'offerta all'interno dei territori provinciali e tra distretti.

RSA, Case protette, Case di riposo, Comunità alloggio

Piuttosto comune è l'aumento dell'offerta di residenzialità e la sua diversificazione sia qualitativa che quantitativa. Alcuni esempi. Il Profilo Modena indica +527 posti in casa protetta e +306 posti in casa di riposo dal 1997; quello di Bologna, con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e autorizzate, sottolinea un incremento dei posti convenzionati in 4 anni pari a quasi il 10%, crescita superiore al livello medio regionale.

Altri Profili riportano nel testo i dati sulla tipologia dell'offerta, a dimostrazione dell'esistenza di una rete consolidata e diversificata di servizi per l'accoglienza in risposta al modificarsi del bisogno (si veda il caso di Forlì).

Nel Profilo di Reggio Emilia si propone un'analisi anche rispetto al mutare della domanda e dell'utenza presente in struttura: si sottolinea infatti che, dopo alcuni anni di calo di domande per l'ingresso in casa protetta, legate al diffondersi del fenomeno "badantato", la richiesta si ripresenta in aumento. L'analisi pluriennale degli esiti delle valutazioni che ogni anno vengono effettuate sembra confermare come l'in-

gresso in struttura avvenga sempre di più in concomitanza con significativi peggioramenti di salute e di autonomia, tali da rendere difficile il mantenimento al domicilio.

Vari Profili evidenziano come criticità l'accesso ai servizi, in termini di liste e tempi d'attesa. Chi poi si sofferma sull'analisi delle liste evidenzia disomogeneità della problematica fra distretti (ad esempio Cesena e in parte Parma), oppure fra tipologia di residenze (ad esempio Reggio Emilia).

Tassi di copertura rispetto alla popolazione con più di 75 anni

Dati gli aumenti di posti in strutture residenziali, resi possibili anche dalla disponibilità di risorse del Fondo regionale della non autosufficienza, si registra un generale avvicinamento del tasso di copertura a quanto previsto dalla Regione. Forlì, Modena, Cesena, Reggio Emilia sottolineano tassi di copertura superiore al 3%.

In generale poi – sia per chi dichiara il raggiungimento dei tassi di copertura, sia per chi ancora ne è al di sotto – permane l'attenzione al superamento degli squilibri territoriali fra distretti.

Centri diurni

Negli ultimi anni sia Piacenza che Reggio segnalano una minore richiesta di posti in centro diurno. Per quanto riguarda Piacenza (160 posti nei diurni di cui 120 convenzionati) viene specificato che tale minore domanda si accompagna anche ad offerta di posti in diurno più bassa rispetto alla media regionale. Sul fronte dell'offerta viene segnalata un aumento di posti a Modena, a Bologna (+22,8%), a Cesena. Nel Profilo di Ravenna si precisa che nel 2006 circa lo 0,7% degli anziani con 75 anni o più ha beneficiato dei servizi di un centro diurno.

d. Anziani e ricoveri ospedalieri⁵⁸

Parma: si riconferma l'alto tasso, peraltro atteso, di ricoveri per ultrasettantacinquenni con la forte fidelizzazione al Presidio ospedaliero locale; si evidenziano anche alcuni fattori che inducono ad approfondire temi legati all'appropriatezza dei ricoveri.

Reggio Emilia: costituiscono cause frequenti di ricovero la frattura di femore o anca e l'ictus negli anziani ≥ 65 anni, mentre in generale aumenta il ricorso al ricovero per tutte le altre cause negli ≥ 75 anni; per la frattura del femore si evidenzia un trend in leggero decremento negli ultimi tre anni, mentre per quanto attiene l'ictus si evidenzia un modesto decremento rispetto ai due anni precedenti.

Modena: a riprova di un trend di salute delle persone anziane sostanzialmente positivo, si segnala che il tasso di ricovero per le persone con più di 75 anni non è aumentato in modo proporzionale all'incremento della popolazione e, anzi, è diminuito considerevolmente se si considera la serie storica ed il tasso per 1.000 abitanti.

Anziani e casa⁵⁹

Ravenna: il costo per la casa a carico degli anziani è uno degli aspetti più "presidiati" dai servizi sociali; nel 2005 a Ravenna i nuclei familiari con capo famiglia anziano che hanno beneficiato di un contributo del Fondo Sociale per l'Affitto (FSA) sono stati 556 (pari al 16,6% di contributi totali, dato inferiore alla media regionale); mediamente l'ammontare del contributo è stato di 1.040 Euro. Il contributo è stato erogato a favore di anziani soli (70%) e di coppie di anziani (25%); di

anziani con redditi inferiori ai 15mila (78%) o senza reddito (5%). Nello stesso anno a Ravenna sono stati assegnati 1.789 alloggi di edilizia residenziale pubblica ad anziani (pari al 52,8% del totale - dato superiore alla media regionale), con redditi ISE inferiori a 15mila € (64%) o nulli (3%). Le politiche abitative pubbliche verso la popolazione anziana intervengono efficacemente sui redditi più bassi e privilegiano l'assegnazione diretta degli alloggi.

Ferrara: il Distretto Centro-Nord, e in particolare la città di Ferrara, si caratterizza per la rilevante presenza di anziani, verosimilmente in gran parte soli, che sono il 35,6% del totale degli utenti fruitori di alloggi Erp.

Servizi anziani: soggetti gestori e figure professionali⁶⁰

Forlì: i servizi per anziani, su un volume di spesa annuale territoriale di oltre 28 milioni di euro, vedono il ricorso alla gestione da parte di soggetti del Terzo settore pari al 45% della spesa. Le ex-IPAB, costituendo ASP, del 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. Il sistema integrato di servizi ed interventi sociali e socio-sanitari del territorio forlivese può contare oggi sull'apporto di oltre 1.700 operatori distribuiti tra pubblico (Servizi sociali dei Comuni e ASP) e privato sociale (cooperative sociali e associazioni di volontariato) di cui 1.100 operano in area anziani (200 in area disabili, 400 in area famiglia e minori). Le professionalità maggiormente rappresentate sono gli addetti all'assistenza (AdB e 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 di attività assistenziali e assistenti sociali che svolgono servizio sociale professionale presso i comuni.

⁵⁸ Indicatore aggiunto

⁵⁹ Indicatore aggiunto

⁶⁰ Indicatore aggiunto

5.2 Servizi, interventi e strutture a sostegno di famiglie, bambini, adolescenti

Ambito socio-sanitario

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro d'insieme

- Aumentano le problematiche relative ai minori e alle loro famiglie: è confermata la tendenza all'aumento delle prese in carico dei minori, così come l'aumento delle prese in carico della famiglia (disagi famigliari, incapacità genitoriali, problemi economici).
- Si rileva la polarizzazione dei casi più complessi nelle città capoluogo.
- Si modificano le strutture famigliari e, conseguentemente, le loro necessità: cambia il volto delle famiglie.
- L'affido famigliare: un istituto che si va consolidando in diversi territori.
- Rete dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale: si è fatta tanta strada, ma ancora permangono segnali di difficoltà a rispondere in modo compiuto ad una crescente domanda.
- Adozione: aumentano le domande, cambia la fisionomia degli adottati. Si richiama la necessità di potenziare l'accompagnamento delle famiglie prima, durante, ma anche dopo l'avvenuta adozione.
- I Consulitori: si rileva l'aumentata fruizione da parte delle donne straniere.
- Si rileva un preoccupato richiamo alla scarsa dotazione di personale che, in taluni casi, costringe a compiere scelte di priorità rispetto agli interventi da attuare.
- Alcune sollecitazioni ricorrenti: garanzia di accesso integrato al sistema dei servizi infanzia, donna, nascita, famiglia; potenziamento della mediazione famigliare: garanzia del supporto alla funzione genitoriale educativa

5.2.1 Analisi del fenomeno

Le indicazioni fra parentesi rispetto al numero di Profili di comunità che hanno trattato il dato hanno l'obiettivo di evidenziare il "peso" in termini di numerosità e dunque di significatività e rappresentanza territoriale dell'affermazione proposta.

a. Minori e famiglie in carico: alcune ricorrenze e sotto-lineature

La totalità dei Profili di comunità che trattano il dato della presa in carico dei minori evidenzia un aumento dei soggetti in carico ai servizi (8/10 Profili) o, comunque, un aggravarsi delle problematiche che i servizi devono affrontare per far fronte ad una domanda che, anche laddove il trend non è evidenziato in crescita, viene presentata come sempre più complessa⁶¹. A titolo esemplificativo del peso che vanno assumendo le problematiche dei minori entro gli enti locali, si cita il dato riportato dal Profilo di Piacenza: sono 4.504 gli anziani in carico e ben 3.957 i minori in carico ai servizi (pari al 9,8% della popolazione residente. Dati al 2006). Due Profili (Piacenza e Modena) rilevano la concentrazione delle prese in carico nelle città capoluogo (ad esempio il Profilo di Modena rileva che il capoluogo ha in carico circa 1/3 degli assistiti, il che corrisponde, a fronte di una media provinciale del 6,7%, al 9,8% di minori in carico nel Comune). Il Profilo di Bologna evidenzia il peso percentuale dei minori in carico rispetto al totale dei minori in

carico a livello regionale (10.777 minori su 40386 seguiti in Emilia-Romagna, pari al 26,7%). Chi poi si sofferma ad analizzare le problematiche dei minori in carico (Profilo di Modena, Reggio Emilia, Ravenna) rileva che la problematica prevalente riguarda in realtà il nucleo famigliare per cui si deve intervenire, prevalentemente, per sostegno di tipo economico-abitativo (nel Profilo di Reggio Emilia, a tal proposito, si sottolinea che questi problemi riguardano nuclei prevalentemente monoreddito con 2/3 figli a carico o madri sole con figli) e nei compiti educativo-genitoriali. Il Profilo di Ravenna che, in generale, riporta e commenta pochi dati, cita gli oltre 4.800 minori dei quali 1 su 3 in carico per gravi conflittualità, problemi relazionali e sociosanitari. Analogamente, il Profilo di Modena evidenzia che il 78% dei minori assistiti, pari a 4.348 minori, è in carico esclusivamente per problematiche famigliari. Alcuni Profili (Modena e Forlì) poi si soffermano sull'evidenziazione dell'aumento delle conflittualità famigliari o comunque di una loro maggiore diffusione (è il caso di Rimini).

Le famiglie in difficoltà sono molto spesso immigrate. Chi si sofferma sull'analisi delle problematiche mette anche in evidenza come esse richiedano sempre più risposte individualizzate, diverse per peso e carico assistenziale, tutte comunque sempre più complicate da riconoscere e, di conseguenza, da trattare.

In alcuni Profili la famiglia è al centro della riflessione come soggetto da continuare a sostenere proprio per la conseguenza che ha una sua disfunzionalità su bambini e ragazzi: famiglia rifugio o prigione, (come evocativamente le connota il profilo ravennate), famiglia in trasformazione, di cui cambia il volto, portatrice di nuove fragilità (come sottolinea quello di Modena), luogo estremo nel quale si possono anche consumare violenze e abusi (come viene sottolineato dai profili di Ferrara e di Parma); come soggetto la cui fragilità aumenta laddove ai problemi economici, abitativi, si aggiunge la mancanza di una rete di supporto (è la sottolineatura data dal Profilo di Reggio Emilia). Molti Profili citano il dato della forte incidenza delle famiglie immigrate fra le famiglie in carico, a testimonianza della rilevanza del fenomeno migrazione sulla fascia del disagio sociale e della difficoltà genitoriale che incidono in maggiore misura sui migranti (come rileva esplicitamente ancora il Reggio Emilia).

Alcuni Profili, come detto, si soffermano sul cambiamento del volto delle famiglie: emblematico il caso di Rimini che cita espressamente i dati dell'Osservatorio provinciale sulla famiglia e sottolinea come il cambiamento sia rapido e continuo e quanto questo solleciti i servizi alla ricerca di modalità sempre nuove ed efficaci per instaurare una relazione di aiuto significativa. Va rilevato poi che, anche in sede di Profilo di comunità, alcuni scelgono di evidenziare la necessità di rispondere in modo integrato ad un bisogno complesso e mutevole, attraverso un sempre maggiore collegamento fra tutti i servizi – sociali, sanitari, educativi, ivi compresa la Scuola – coalizzati per efficientare risposte adeguate (è questa l'impostazione delle riflessioni conclusive redatte nei Profili di comunità di Modena, Reggio Emilia, Bologna, Ravenna).

Il dato della Neuropsichiatria⁶² infantile viene ripreso in questa parte solamente da alcuni Profili (Parma e Modena), evidenziando soprattutto l'interconnessione delle problematiche.

⁶¹ Rispetto al tema dell'aumento del numero di minori in carico, nonché del complessificarsi delle problematiche cfr. Crescere in Emilia-Romagna, Re-

gione Emilia-Romagna, 2008.

Parma poi evidenzia che l'80% dei casi seguiti dalla Neuropsichiatria infantile è seguito anche dal sociale e solamente il 20% ha caratteristiche prettamente sanitarie. Il Profilo di Modena evidenzia quasi un 6% (sulla popolazione target 0-17) di minori in carico al servizio di Neuropsichiatria infantile, con un incremento costante in tutti i distretti della Provincia nel triennio 2004-2006.

Il dato dei minori disabili viene trattato in questa parte dalla maggioranza dei Profili (tutti, tranne Parma⁶³ e Forlì): si tratta in quasi tutti i casi di una citazione del dato delle prese in carico, di cui raramente si cita il trend. Ad esempio, il Profilo Modena cita il dato dei minori certificati ex legge 104, pari al 23% della casistica clinica.

Infine, il dato dei minori stranieri non accompagnati, trattato nei Profili di Piacenza, Parma, Modena, Bologna, Cesena, viene presentato in ogni caso come una problema complesso dato l'intrecciarsi di diverse forme di disagio, ma sono diverse le sottolineature che il commento propone: nel Profilo di Bologna si sottolinea come questo problema abbia avuto un vero e proprio boom nel 2005 e abbia gravato sostanzialmente sul capoluogo; anche nel Profilo di Cesena viene evidenziato il trend di crescita di queste prese in carico, gravanti di più sul distretto comprendente il capoluogo; Modena, evidenzia come ormai questa problematica, nella sua drammaticità e complessità, sia acquisita per questi territori che sono meta di arrivo di questi minori già da diversi anni. Il Profilo di Piacenza sottolinea come le prese in carico siano equamente distribuite fra i distretti; Parma, in controtendenza sottolinea la diminuzione delle prese in carico dal 2007 rispetto al 2006.

b. Centri per le famiglie

I dati relativi ai Centri per le famiglie sono stati commentati dalla quasi totalità dei Profili (ad eccezione di Ferrara e Rimini, che riporta il dato solo nell'allegato statistico) e quasi sempre vengono proposti i dati sugli accessi suddivisi per tipologia di attività.

Complessivamente, si può dire che a vent'anni dalla loro istituzione, vengono presentati come un servizio che, sebbene ancora non diffuso capillarmente sul territorio, risponde – almeno nei commenti unanimi rilevati – alle esigenze delle famiglie sia nella loro quotidianità "educativa", sia per quanto riguarda le esigenze di socializzazione, integrazione, potenziamento di reti comunitarie. Al di là dei Profili che espressamente evidenziano la loro funzione di Centri polifunzionali e punti di riferimento acclarati, funzione accresciutasi e resa sempre più visibile nel tempo, anche la semplice disamina delle attività svolte conferma questa poliedricità. A titolo esemplificativo e senza intenti di confrontabilità data la diversa vocazione dei Centri per le famiglie a livello regionale, nonché l'annualità a cui si riferiscono, si propongono i dati di accesso proposti in alcuni Profili: ad esempio, Bologna segnala 3.345 accessi registrati nell'area informazione nei 3 Centri della provincia nel 2007; Modena dichiara che i 4 Centri⁶⁴ hanno fornito informazioni a 3.665 famiglie nel 2006. Unico servizio scarsamente rappresentato nei dati dei Profili è la mediazione familiare. Chi lo tratta, è il caso del Profilo di Modena, ne sottolinea l'importanza in quanto strumento di sostegno alle funzioni di una genitorialità complessa e pertanto, da sostenere e implementare e segnala altresì il nu-

mero di casi seguiti nel 2006: 151, pari al 4,1% degli interventi erogati dai Centri per le famiglie (al 31/12/2006). Bologna, cita invece il numero complessivo di interventi, pari a 151 casi al 2007.

c. Consulenti familiari⁶⁵

Per quanto riguarda i consulenti familiari, i Profili di Modena, Reggio Emilia, Bologna, trattano esplicitamente questo dato nell'ambito socio-sanitario, area responsabilità genitoriali. Chi si sofferma sull'analisi del dato (Bologna, Reggio Emilia, Cesena) sottolinea la forte presenza di donne immigrate come segnale della positiva capacità attrattiva di queste strutture come buon risultato delle politiche di garanzia dell'accessibilità ai servizi (in particolare, Bologna), o del loro forte dinamismo capace di essere strumento di integrazione da implementare, rafforzare e riconoscere come tale (in particolare Reggio Emilia), o come risultato positivo di politiche di mediazione culturale (in particolare Modena). Cesena (che però tratta questo servizio nell'Ambito sanitario), tuttavia, sottolinea anche come in realtà negli ultimi 10 anni (dal 1996 al 2007) di attività accanto ad una utenza di donne immigrate certamente importante, sia cresciuta anche e contemporaneamente l'utenza italiana, sottolineando come si allontani così il rischio di caratterizzare il Consultorio familiare quale servizio solo per persone indigenti e/o extracomunitarie, accreditandolo invece come servizio di alta qualità e spazio di reale integrazione fra gestanti di nazionalità diverse che condividono insieme una esperienza di vita e di assistenza ostetrica di qualità. In particolare poi evidenzia il dato di aumento di utenza negli ultimi 5 anni, pari a + 13,5% di utenti, dato che dimostra un avvicinamento ai dati di utilizzo dei Consulenti familiari del resto della Regione.

d. Servizi, interventi e strutture per l'Area responsabilità genitoriali

I Profili non trattano con il medesimo livello di analiticità la complessa gamma di interventi che seguono il provvedimento di allontanamento del minore dal nucleo familiare e la sua collocazione nelle varie tipologie previste dall'Istituto dell'affido (familiare, etero-familiare, al servizio sociale minori) o dai vari inserimenti in comunità oggi previsti a livello regionale. Né c'è omogeneità nell'evidenziare o meno i trend per gli stessi servizi/interventi, né, tanto meno, per il medesimo arco temporale.

In generale, i dati citati del ricorso ai vari istituti preposti per bambini e ragazzi fuori dal nucleo originario vengono presentati con più di un obiettivo:

- per sottolineare la presenza di una rete diversificata di servizi che richiede competenze sempre maggiori da parte degli operatori, in primis di lettura della domanda, ma soprattutto di integrazione fra servizi e istituzioni diverse;
- per sottolineare la complessità delle problematiche che riguardano bambini e ragazzi in estrema difficoltà;
- per evidenziare la buona applicazione di una normativa – quella regionale – che vuole implementare una risposta capace di intercettare esigenze tanto diverse (prime fra tutti, quelle di bambini e ragazzi di diversa età, nazionalità, per i quali è importante dare risposte adeguate);
- per evidenziare carenze del sistema complessivo, soprattutto in termini di dotazione di posti e di risorse umane;

⁶² Cfr. anche Ambito sanitario in questo capitolo.

⁶³ Cfr. anche Ambito socio-assistenziale, par. 5 "Disabili: nuove sfide per i servizi" in questo stesso capitolo.

⁶⁴ I Centri presenti nella Provincia di Modena sono in realtà 5, ma uno di que-

sti, il Centro per le famiglie di Mirandola, non è inserito nella rete regionale dei GIFT.

⁶⁵ Cfr. anche immigrazione, ambito sanitario in questo capitolo e capitolo 6.

- per evidenziare il cambiamento continuo della domanda (è il caso di quei Profili che si soffermano sull'analisi dell'età dei bimbi fuori dal nucleo familiare di origine, la provenienza, ecc.);
- in casi più limitati, per evidenziare trend differenziati di utilizzo dei servizi/interventi.

Ciascun Profilo sottolinea uno o più delle dimensioni sopra citate: di seguito, a titolo esemplificativo, si presentano alcune delle complesse analisi proposte nei Profili, senza alcuna pretesa di esaustività, ma per dare l'idea della complessità della materia trattata.

In generale, il dato di trend dei minori allontanati dal nucleo familiare di origine – trattato da un numero minoritario di Profili – viene presentato in crescita, anche se con sottolineature diverse da contesto a contesto: ad esempio, il Profilo di Modena esplicita un trend in continua crescita, quello di Parma denuncia un complessivo trend di crescita che comunque si è attenuato nell'ultimo anno (dal 2006 al 2007), quello di Reggio Emilia evidenzia una presenza di allontanamenti in linea con il dato regionale. Infine, Rimini che evidenzia l'aumento esponenziale dei minori seguiti dal solo servizio tutela (passati dal 4 al 7%).

I dati più presenti riguardano il ricorso all'affido (in alcuni Profili sono esaminate anche le diverse tipologie di affido, nonché le caratteristiche degli affidati) e all'inserimento in comunità. La disomogeneità nel trattamento di tali dati unita alla complessità della materia rende un po' azzardato trarre alcune linee comuni dai diversi commenti presentati.

Sembra emergere una tendenza al consolidamento dell'affido familiare (esplicitato però da un numero esiguo di Profili) e in più di un caso questo aspetto positivo viene connesso alla capacità della comunità locale – e al suo interno della famiglia stessa – di farsi corresponsabile di crescenti situazioni di disagio di soggetti deboli, nonché di un buon esito del lavoro di sensibilizzazione operato in questi anni dalle istituzioni pubbliche: tale tendenza o viene esplicitamente dichiarata oppure la si può evincere dai dati proposti.

Alcuni Profili approfondiscono il tema dell'età dei bambini in affido etero familiare: nel Profilo di Parma si evidenzia che si tratta prevalentemente di minori fra i 6-10 anni e fra i 14-17 anni, il che suggerisce la necessità di rafforzare il collegamento con l'istituzione scolastica (primaria e secondaria di primo grado) per articolare monitoraggi integrati dei percorsi di affido (dati al 31/12/2007). Nel Profilo di Bologna, invece, si sottolinea che tutte le fasce di età sono ugualmente rappresentate dai dati in esame.

Alcuni Profili evidenziano poi il raggiungimento di alcuni obiettivi previsti dalla normativa regionale (è il caso di Parma che dichiara raggiunto l'obiettivo di non presenza di bimbi fra 0-6 anni nelle comunità), oppure sottolineano alcuni aspetti positivi nell'utilizzo dei vari strumenti preposti: è il caso di Piacenza che evidenzia come la media degli affidi familiari sia più alta di quella regionale e in generale, un consolidamento dell'affido familiare, o Bologna che rileva l'aumento delle famiglie affidatarie cresciute di oltre il doppio in 12 anni di attività di sensibilizzazione (e più precisamente dai 99 affidi del 1995 ai 292 del 2007) o Reggio Emilia che evidenzia il dato del ricorso all'affido di tre volte superiore al dato medio regionale.

Rispetto all'affido al Servizio sociale territoriale diverse sono le tendenze evidenziate da chi esplicita questo dato: il Profilo

di Modena evidenzia un trend di aumento, diversamente, Cesena, una stabilità.

Per gli inserimenti in comunità vale quanto sopra detto per l'affido: diversificato è il ricorso da parte dei vari territori e ciò non stupisce, derivando questo dato da una serie di complesse ragioni riguardanti sia l'offerta (storia e cultura degli operatori, disponibilità concreta di strutture, pratica operativa) sia, ovviamente la domanda. Può essere interessante la sottolineatura fatta dal Profilo di Bologna (e che, con buona probabilità, riguarderà altre città, soprattutto capoluogo) riguardante il bacino di utenza intra ed extra provincia delle comunità: ben il 40% dei minori sono inviati fuori provincia, mentre sono il 25% i minori provenienti da fuori provincia di Bologna.

Con riferimento al trend del numero di minori inseriti in una delle comunità di accoglienza, i Profili che esplicitano il dato (Bologna, Modena, Ferrara, Forlì, Cesena), pur con diversi livelli di approfondimento delle analisi o sottolineature fatte, evidenziano una tendenza alla crescita del numero di inserimenti effettuati.

Infine le adozioni, suddivise per tipologia (nazionale, internazionale), sono trattate in quasi tutti i Profili (fanno eccezione Ravenna; Ferrara vi fa un rapidissimo accenno) anche se, come già detto per gli interventi trattati precedentemente, declinandolo con gradi di approfondimento sensibilmente diversi. Non si riesce ad evidenziare un'unica tendenza: fra chi rileva il trend alcuni (profili di Cesena e Forlì) evidenziano un andamento costante per entrambi i tipi di adozione, altri (Rimini) rilevano invece un aumento. Reggio Emilia e Bologna esplicitano il complessificarsi delle problematiche che questo tipo di intervento porta con sé e le difficoltà che i servizi devono affrontare per far fronte in modo adeguato alle delicate esigenze che l'attivazione di questo istituto comporta. Il profilo di Reggio cita il dato delle adozioni associandolo alla capacità del territorio di essere accogliente e agli alti livelli di sviluppo di capitale sociale; Bologna si sofferma di più sulle criticità organizzative/istituzionali dichiarando di avere un numero di famiglie in attesa di iniziare un percorso adottivo (ogni anno circa un centinaio) superiore alla media regionale e rileva la difficoltà di rispondere ad una domanda la cui presa in carico richiede un estremo lavoro da parte dei servizi, nonostante il rafforzamento del servizio stesso negli ultimi anni. Ancora Bologna e Parma approfondiscono la fisionomia degli adottati, rilevando più o meno esplicitamente, un cambiamento di tale fisionomia (età e provenienza in particolare sono le dimensioni analizzate). Nel Profilo di Parma si riportano i dati sui fallimenti adottivi (in media 4 all'anno e, più precisamente, a fronte di 131 adozioni complessive dal 2004 al 2007, vengono registrati 15 fallimenti adottivi) che si configurano come allontanamenti dei minori adottati dalle famiglie adottive: nella maggior parte dei casi tali allontanamenti avvengono in età adolescenziale, il che comporta che la famiglia dopo molti anni di lontananza dal Servizio sociale minori riallaccia necessariamente una relazione. Altrettanto interessante pare il commento del Profilo di Bologna che sottolinea la presenza di modelli diversi di intervento a livello territoriali dei percorsi di sostegno post-adozione.

5.3 Immigrazione: problemi di “normalità”

L'insieme di dati demografici, scolastici, sociali, lavorativi, formativi, sanitari sembrano finalizzati a dimostrare come la popolazione immigrata sia ormai divenuta una componente stabile delle nostre società. Le elaborazioni prodotte tendono, conseguentemente, a evidenziare le criticità per la tenuta dei sistemi di welfare locali.

Si ricorda inoltre che i dati fanno riferimento alla popolazione adulta, ma anche ai minori immigrati e alle donne (questi ultimi non richiesti dallo schema regionale).

Ambito socio-sanitario

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro d'insieme

- Rapido e continuo aumento della popolazione straniera, soprattutto delle fasce più giovani ma, trattandosi di una immigrazione ormai stabile, anche della fascia adulta. A ulteriore riprova di ciò, il dato dei ricongiungimenti familiari ovunque in crescita.
- Forte aumento dei minori stranieri, nati in Italia o ricongiunti, le cui problematiche sono in parte diverse da quelle dei loro genitori. La scuola è considerata un ambito strategico per la loro accoglienza e per costruire percorsi di inclusione.
- Lavoro e casa si confermano questioni cruciali. Il lavoro spesso è precario e pericoloso, oppure, nel caso delle donne, relegato solo ad alcune attività; al contempo sono da rilevare anche le molte attività imprenditoriali gestite da stranieri. Lavoro e casa sono fattori importanti anche per la salute degli immigrati: spesso situazioni abitative insalubri e lavori pericolosi, infatti, sono causa di infortuni o malattie.
- Salute: tutti i Profili evidenziano che le persone immigrate tendono a manifestare problemi di salute dopo qualche tempo dall'arrivo in Italia (emblematicamente un Profilo dichiara che “gli immigrati partono sani ma poi si ammalano qui da noi”). Interessanti i dati sull'accesso ai servizi ospedalieri (maggiore uso del pronto soccorso per gli uomini rispetto alla popolazione italiana, gravidanze più ospedalizzate per vari problemi meno comuni tra le italiane). Le malattie infettive sono assai limitate (e ciò contrasta con l'opinione diffusa secondo la quale i migranti sono persone che portano in Italia malattie pericolose e infettive).
- Gravidanza: importante l'aumento dell'uso dei consultori da parte delle donne straniere, ma mediamente il numero di visite fatte è inferiore a quello delle donne italiane. In aumento le IVG tra le straniere, con differenze notevoli rispetto al Paese di provenienza.
- Le risposte dei servizi: chi tratta il dato, evidenzia un aumento dell'offerta residenziale, ma comunque contenuto o non sufficiente per la domanda. Si sottolinea anche un'attenzione a curare l'accesso degli immigrati (anche in termini di informazione e orientamento e strumenti quali modulistica tradotta, presenza di mediatori linguistico culturali).

5.3.1 Analisi del fenomeno ⁶⁶

a. Utenti in carico ai servizi sociali professionali

b. Interventi, strutture di accoglienza e trasferimenti economici

Sono 5 i Profili che riportano dati/informazioni rispetto alle strutture di accoglienza (Bologna, Parma, Modena, Piacenza, Cesena), agli interventi di integrazione sociale (Bologna, Cesena), agli sportelli (Bologna, Cesena, Modena); rispetto agli interventi rivolti a rifugiati e richiedenti asilo sono rintracciabili

dati nei Profili di Bologna, Parma, Modena, Cesena. Nessuno riporta analisi o commenti sui trasferimenti economici (presumibilmente per problemi di attendibilità dei dati)⁶⁷.

Le strutture di accoglienza sono progressivamente aumentate dal 2003, in particolare quelle per nuclei familiari: crescono le strutture di piccole dimensioni capaci di accogliere, più che singoli, interi nuclei con conseguente riduzione della loro ricettività. Si tratta di un trend del sistema locale di welfare simile in tutta la regione. Ove riportato il dato, il tasso di occupazione di tali strutture risulta molto alto (è il caso del Profilo di Bologna). Con riferimento ai rifugiati/ricipienti asilo la principale criticità evidenziata riguarda la normativa nazionale attualmente in vigore in materia, la quale richiede una lunga attività di istruttoria per la concessione dell'asilo politico, tanto che dalla data di presentazione della domanda all'eventuale rilascio della concessione possono trascorrere diversi mesi. Durante questo periodo i richiedenti possono risiedere nel territorio dello stato italiano, ma non possono svolgere attività lavorative prima dei sei mesi dalla data di presentazione della domanda (aspetto rilevato dal Profilo di Modena). Sia il Profilo di Modena che quello di Parma sottolineano che i posti a disposizione del sistema di protezione non sono adeguati rispetto alle reali esigenze di accoglienza. Ancora Modena, infine, sottolinea come nel territorio modenese l'attività di accoglienza e ospitalità dei profughi sia stata effettuata prevalentemente dal Comune capoluogo e come il costante e continuo arrivo di profughi richieda il progressivo coinvolgimento degli altri comuni della provincia, in un'ottica di accoglienza diffusa sul territorio e di articolazione sinergica degli interventi. Infine, è evidente l'attenzione e l'impegno dei Comuni nella realizzazione e gestione degli sportelli informativi e, più di recente, dell'attivazione dei nodi antidiscriminazione.

5.4 Esclusione sociale e povertà

Ambito socio-sanitario

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro d'insieme

- Le “vecchie povertà” continuano ad essere difficilmente rintracciabili in termini di dimensionamento e caratteristiche del fenomeno. Cresce l'attenzione alle “nuove povertà”, in quanto sembrano crescere le situazioni di precarietà e vulnerabilità.
- L'analisi dei dati dei campi sosta e transito fa emergere come sia difficile parlare di nomadismo in Emilia Romagna per le popolazioni Rom e Sinte. Gli spostamenti sono un fenomeno abbastanza limitato.
- Il sovraffollamento degli Istituti Penitenziari e la percentuale rilevante di detenuti stranieri sono dati segnalati con preoccupazione da ogni territorio. Si pensa soprattutto al potenziamento di servizi di accoglienza e di mediazione culturale e sanitaria.

5.4.1 Analisi del fenomeno

a. Utenti in carico ai servizi sociali professionali

In generale si rileva una situazione di difficoltà a trattare il dato sugli adulti in carico ai servizi sociali professionali.

Rispetto alla presa in carico, le province sede di città la cui popolazione è significativa registrano un alto carico da parte

⁶⁶ Per alcuni indicatori tra quelli richiesti si propone una sintesi concettuale (cfr. Riquadro sopra riportato) non essendo possibile un'analisi quantitativa,

dati i problemi di rilevazione dei sistemi informativi in essere.
⁶⁷ Cfr. anche capitolo 4, par. 1.2, Profilo demografico del territorio.

dei servizi sociali professionali (con 1.000-1.500 utenti) e, nel caso del Distretto di Bologna, si registra come il Comune capoluogo "assorba" quasi la metà di tutti gli utenti in carico in provincia.

b. Soggetti in condizioni di marginalità potenzialmente portatori di bisogni

Rispetto al dato dei campi sosta e transito, attualmente le politiche di intervento ed accoglienza stanno orientandosi verso lo sviluppo di micro aree di permanenza e sosta che accolgono un numero minore e controllato di persone, afferenti quasi totalmente ad un unico nucleo familiare allargato. Le aree cosiddette irregolari sono utilizzate prevalentemente come spazi di transito temporaneo e quindi non è possibile avviare percorsi consolidati di intervento socio-educativo e sanitario, a differenza di quanto avviene per quelle adibite specificatamente a tale scopo. Inoltre le famiglie nomadi manifestano sempre più il bisogno di stanzialità con esigenze nuove rispetto al passato: o attraverso micro-aree che realizzano anche acquistando aree private o attraverso la collocazione in abitazioni di edilizia privata o pubblica.

I senza fissa dimora sono prevalenti nelle città capoluogo di provincia. A questo proposito occorre presidiare il modo con cui vengono quantificate le persone che non hanno dimora, dal momento che il sistema di rilevazione non è omogeneo. Eclatante il caso del raffronto tra chi trae dati da sistemi informativi sul disagio sociale e chi riporta quelli dei rapporti sulle povertà curati da Caritas: nel primo caso si fa riferimento ad un sistema di raccolta dati basato sull'accesso istituzionale e/o formalizzato (ad esempio, presa in carico da parte del servizio sociale), nel secondo si fa riferimento all'attività annuale dei Centri di ascolto Caritas.

A proposito della popolazione detenuta, il sovraffollamento è l'elemento costante indicato dai Profili: in alcuni casi si aggiunge il dato del rapporto detenuto/capienza Istituto penale, per rimarcare l'oramai scontato valore nettamente superiore al 100%, oppure viene introdotta la variazione percentuale rispetto al 2000, anche questa positiva e di discreta entità.

Inoltre, continua ad essere molto alto il numero degli ingressi annuali ed è alto anche il turn over dei detenuti. Tale situazione impone un'attenzione particolare alle procedure di ingresso per attenuare l'impatto dei cosiddetti "nuovi giunti" ed agevolare l'acquisizione delle informazioni necessarie ad essi per orientarsi in carcere fin dai primi giorni. Alla necessità di istituire negli istituti penitenziari 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 e sanitari, si aggiunge quella di potenziare ulteriormente il servizio di mediazione, non solo culturale, ma anche sanitaria. A questo proposito i Profili sottolineano il dato della popolazione immigrata, in continuo aumento, con punte che toccano il 70% di presenze e la difficoltà nella gestione di interventi di reinserimento di persone detenute immigrate che, peraltro, presentano spesso anche problematiche connesse all'uso di sostanze.

c. servizi, interventi, strutture e trasferimenti in denaro per l'area contrasto alla povertà e all'esclusione

Innanzitutto occorre evidenziare che il dato relativo agli interventi e ai servizi di prima necessità (ad esempio, mensa, servizi di igiene personale, ecc.) non è sempre riportato dai Profili, a denotare anche la mancanza di un sistema di mappatura degli

interventi e servizi di prima necessità nella regione.

Diverso è il caso delle strutture distribuite principalmente nei distretti sede di capoluogo che, per rispondere efficacemente ai bisogni, risultano essere differenziate per accesso e tipo di offerta: si va dai Centri diurni ai Centri di bassa soglia, Centri residenziali di prima e seconda accoglienza agli Appartamenti sociali.

I trasferimenti in denaro (contributi economici) sono utilizzati principalmente per interventi a sostegno delle spese per l'alloggio e per integrare il reddito familiare.

5.5 Disabili: nuove sfide per i servizi

Ambito socio-sanitario

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro d'insieme

- Permangono criticità nel rilevamento sistematico ed organico della domanda, espressa e non espressa. Questo viene rilevato come un problema per i servizi.
- Data questa premessa, si può sottolineare che alcuni Profili rilevano un aumento dei disabili in carico e, soprattutto, una diversificazione delle problematiche dei disabili.
- La multifattorialità della disabilità, unita all'aumento di domanda, ha tratti così marcati da indurre i servizi ad interrogarsi sulla sostenibilità di una risposta efficace.
- L'offerta di strutture residenziali "tiene". La famiglia soprattutto, ma anche i servizi domiciliari, riescono a rispondere ai bisogni dei disabili. È per questo che occorre perseguire e rafforzare ulteriormente gli interventi di domiciliarietà in area disabili.
- Rispetto ai minori viene rilevato piuttosto diffusamente l'aumento del numero di disabili nelle scuole di ogni ordine e grado. Si segnala altresì che occorre potenziare e continuare a perseguire l'integrazione scolastica dei minori disabili.
- Specifiche problematiche – ad esempio, le disabilità acquisite, i minori disabili gravissimi, gli inserimenti in strutture di disabili con famiglie "giovani" – di cui non sempre esistono fonti immediatamente fruibili, vengono percepiti dagli operatori come in crescita, da cui la necessità di sistematizzazione degli interventi e delle politiche.

5.5.1 Analisi del fenomeno

Come già evidenziato per il target anziani, anche per i disabili è assai difficile procedere con letture trasversali intrecciando e raffrontando dati e analisi riportate nei diversi documenti. Infatti, nonostante i Profili riportino dati rispetto a tutte le tipologie di interventi (domiciliari, strutture, trasferimenti economici) difficilmente è rintracciabile il medesimo dato, fornito e commentato con modalità simili: ad esempio prevalgono i dati di stock rispetto ai trend, vengono utilizzate annualità diverse, molti dati sono riportati solo in tabella e non commentati, ecc. Presumibilmente, tale difficoltà è da ricondurre a motivazioni di sistema: come specifica infatti il Profilo di Reggio Emilia, il numero e la qualità degli interventi a favore delle persone disabili e delle loro famiglie sono in capo a soggetti istituzionali differenti (Ausl, Comuni, INPS, Scuola), per cui la loro ricostruzione risulta complessa ed articolata anche per l'assenza di un sistema univoco e condiviso di definizione delle differenti tipologie di disabilità e di lettura dei bisogni ad esse correlati.

a. Utenti in carico ai servizi sociali professionali

Con riferimento alla popolazione disabile, i Profili concen-

trano l'attenzione su tre aspetti:

- l'analisi dell'utenza, in alcuni casi suddivisa tra minori e adulti,
- la stima del numero di persone disabili presenti del territorio,
- il numero di alunni disabili nei vari ordini di scuola.

Rispetto al primo elemento, peraltro richiesto dallo schema regionale, i Profili di comunità che riportano i dati in serie storica evidenziano un aumento del numero di soggetti disabili in carico ai servizi sociali: è il caso di Bologna che indica un aumento del 42% (corrispondente a 968 utenti in più) dal 1999 al 2006. Anche il Profilo di Reggio Emilia afferma che, pur in assenza di un sistema di raccordo di tutte le informazioni in capo ai diversi Enti e di modalità condivise di valutazione dei bisogni, il dato complessivo è presumibilmente in aumento, sulla base della crescita costante del numero di accertamenti. Anche nel profilo di Cesena viene indicato dai un aumento dei casi negli ultimi anni. Sempre Reggio Emilia e Cesena non rilevano invece aumenti di minori disabili in carico⁶⁸.

Sono presentate anche analisi relative alla stima del numero complessivo di persone disabili residenti nei territori provinciali, il tutto attraverso l'incrocio di più fonti informative. In due casi, Modena e Ferrara, questo aspetto è molto dettagliato. Nel caso di Modena per giungere ad una stima del numero di disabili vengono confrontati tre tipi di dati: le certificazioni scolastiche, le dichiarazioni di invalidità al netto di quelle riguardanti persone con più di 65 anni, gli assegni di accompagnamento. Si arriva così ad un 2% circa di popolazione che sembra essere il dato più aderente alla realtà.

Nel Profilo di Ferrara si riporta, oltre che la stima delle persone disabili di 6 anni e più, anche un'analisi della popolazione per tipo di disabilità, genere ed età. Si tratta di dati raccolti dall'Ufficio statistico del Comune di Ferrara attraverso l'effettuazione, nel 2005, di un'indagine locale che ricalca l'Indagine multiscopo dell'Istat. Risulta che i ferraresi con disabilità in tutte le funzioni ADL (Activities of Daily Living), secondo le valutazioni soggettive fornite in sede di intervista dai rispondenti, sono il 3,8% della popolazione sopra i 6 anni. Poiché l'ammontare della popolazione ferrarese di 6 anni e più è pari (31/12/2005) a 127.255 persone, nel profilo si stima che il numero di persone con difficoltà in tutte le funzioni ADL è pari circa a 4.800. Ulteriori e approfondite analisi vengono fornite per le tipologie di disabilità (lavorativa, motoria, psico-sensoriale) e livelli di gravità (per maggiori informazioni si veda il dettaglio riportato più in basso).

Infine, i Profili di Reggio Emilia e Parma trattano in questa sede anche il tema degli alunni disabili presenti nelle scuole. Da evidenziare una peculiarità del Profilo di Parma che propone un approfondimento sugli interventi di alternanza scuola/lavoro, interventi che sono aumentati al pari dell'aumento degli alunni disabili e dei quali, si dice, sarà importante avviare un monitoraggio degli esiti.

b. Interventi, servizi e trasferimenti economici

L'attenzione alla domiciliarità è uno dei temi ricorrenti nella maggioranza dei Profili: un obiettivo che viene perseguito attraverso l'attivazione di servizi ad hoc (assistenza domiciliare) e l'erogazione di contributi economici (soprattutto assegni di cura). La scelta di commentare insieme questi due tipi di interventi si ritrova in vari Profili, ma sono soprattutto quelli di Forlì e Cesena ad esplicitare tale scelta.

La domiciliarità

Con riferimento agli interventi di assistenza domiciliare in più Profili emerge la necessità di un loro potenziamento nonché di una loro diversificazione. Ad esempio, nel Profilo di Reggio Emilia si sottolinea che l'offerta di servizi per i disabili adulti è prevalentemente articolata nelle strutture residenziali e semi-residenziali, mentre sono meno rappresentate forme alternative di sostegno alla domiciliarità; in particolare, sempre Reggio sottolinea che le azioni a sostegno della permanenza a domicilio e del lavoro di cura delle famiglie, fra cui i servizi domiciliari e gli emolumenti di carattere economico, non hanno segnalato significativi aumenti; in alcuni casi si evidenzia anzi una diminuzione. Modena sottolinea la necessità di valorizzare, riqualificare e rilanciare l'assistenza al domicilio per drenare le richieste di ricovero in residenza, garantendo ad esempio i ricoveri di sollievo.

Altri Profili evidenziano il potenziamento già in corso di questo tipo di interventi. Interessante Cesena che ha scelto di sostenere la permanenza presso il domicilio delle persone disabili soprattutto attraverso l'assegno di cura: si legge infatti nel documento che il numero di utenti seguiti con il servizio domiciliare risulta molto basso in quanto l'attività domiciliare si realizza principalmente tramite l'assegno di cura, erogato al disabile stesso o ad suo familiare, che provvede a gestire direttamente il servizio tramite un'assistenza esterna. Accanto al contributo economico sempre Cesena ribadisce il costante incremento dell'assistenza domiciliare in linea con la strategia di favorire l'assistenza al domicilio e il sostegno al lavoro di cura delle famiglie. Anche il Profilo di Bologna evidenzia l'investimento su questo tema, tanto da parlare di domiciliarità come di una politica attuata sul territorio seppure con diversità tra i distretti: quasi la metà degli interventi (47,6%) afferisce all'area della domiciliarità.

Interventi per l'adattamento dell'ambiente domestico

Nessun Profilo riporta un commento o un'analisi specifica su questo aspetto (pur, come già detto, alcuni riportando il dato). Solo il Profilo di Reggio Emilia sottolinea che il Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico si configura come uno dei maggiormente attivi a livello regionale, anche per la peculiarità della coincidenza della sede con il Centro Regionale di Informazione sulle Barriere Architettoniche.

Interventi per l'inserimento lavorativo⁶⁹

Un ampio dettaglio su questo intervento viene presentata dal Profilo di Reggio Emilia: i 1.086 interventi di inserimento lavorativo (in tre anni di attività dei Nuclei territoriali) si sono caratterizzati in misura prevalente in tirocini formativi ed assunzioni, cui seguono, ad una certa distanza, borse lavoro/stage e percorsi di formazione professionale. Per quanto riguarda il Collocamento mirato di persone disabili, nel 2007, si sono stipulate fra Provincia e datori di lavoro 241 convenzioni, ed altre 76 si sono aggiunte nel 2008; la previsione complessiva di assunzioni in applicazione di dette convenzioni è di 726 persone. Per i disabili con scarse prospettive di inserimento nel mondo del lavoro in carico ai servizi sociali sono presenti in tutti i distretti una molteplicità di progetti socio-terapeutico-riabilitativi all'interno di cooperative sociali, Enti pubblici, aziende private, che offrono ai soggetti coinvolti opportunità di socializzazione e di acquisizione di competenze. Bologna sottolinea invece l'aumento del numero di borse lavoro.

Minori disabili⁷⁰

Per quanto riguarda gli interventi rivolti a minori disabili,

⁶⁸ Cfr. anche ambito socio educativo in questo stesso capitolo.

⁶⁹ Cfr. anche ambito formativo e lavoristico.

solo il Profilo di Reggio Emilia analizza il dato in questa parte: negli altri casi, i dati disponibili vengono commentati e presentati nei capitoli relativi a minori e famiglie. Nel caso di Reggio si sottolineano due criticità: la prima riguarda la frammentazione e complessiva carenza di servizi a ciclo diurno a supporto del lavoro di cura delle famiglie; la seconda la mancanza di un'adeguata offerta di proposte e opportunità per gli adolescenti disabili. Ciò viene letto alla luce delle caratteristiche dell'attuale sistema dei servizi, tradizionalmente diviso fra servizi per l'infanzia e servizi per l'età adulta e che pertanto fatica ad essere orientato secondo un'ottica di "progetto di vita".

c. Strutture

Un dato sottolineato da tutti i Profili è la presenza nei territori provinciali di un'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali ampia e diversificata: si va dai Centri socio-riabilitativi residenziali, ai Gruppi appartamento, ai Centri diurni, ai Centri socio occupazionali. Rispetto alla domanda di queste tipologie di servizi, diversamente dal target anziani ove emergeva una diffusa richiesta di accoglienza e lunghe liste di attesa, per la popolazione disabile non emerge un problema di liste di attesa e di domande non accolte. Quasi tutti i Profili sottolineano, come appunto si diceva, l'ampiezza e la varietà dell'offerta in essere, anche superiore alla media regionale (nei casi, ad esempio, di Piacenza e Cesena). Emergono invece preoccupazioni rispetto all'incremento di richieste di residenzialità dovute a differenti motivazioni: invecchiamento della popolazione disabile (è il caso indicato da Bologna), arrivo di persone provenienti da altre zone d'Italia attratte dalla qualità dei servizi (è il caso della provincia di Modena, nella quale si teme la saturazione dell'offerta in essere, programmata nella metà degli anni Novanta, per l'arrivo di famiglie soprattutto dal sud Italia e, più di recente, di famiglie immigrate dei paesi dell'Est o extracomunitarie). Solo in quest'ultimo Profilo si specifica la necessità di completare l'offerta residenziale nei distretti ancora sprovvisti e di diversificare la risposta residenziale attraverso l'attivazione di strutture quali i Gruppi appartamento per gli utenti disabili bisognosi di una minore intensità assistenziale.

d. Disabilità acquisite⁷¹

Modena: particolare attenzione va posta alla disabilità acquisita grave. Da una situazione poco percepita quantitativamente, si segnala che nell'arco di due anni (2006-2007) si sono censiti 107 casi di cui: 29 in residenze; 48 al domicilio; 30 in strutture sanitarie con in corso un progetto di dimissione protetta o verso il domicilio o verso strutture residenziali.

Reggio Emilia: nel biennio 2006-2007 si è andata strutturando la rete integrata dei servizi rivolti a questa fascia

di utenza, privilegiando ove possibile soluzioni finalizzate al mantenimento a domicilio. Sono stati attivati i seguenti servizi: assistenza domiciliare, assegno di cura (23 €), residenzialità. Le persone assistite a domicilio hanno prevalentemente un'età inferiore ai 50 anni (53,5%) e presentano patologie miste, mentre le persone assistite in residenza hanno un'età superiore, ma comunque inferiore ai 60 anni (73,5% dei casi) e presentano generalmente lesioni cerebrali. La rete dei servizi a disposizione si è andata adeguando a bisogni molto diversificati ed in veloce evoluzione, prevedendo nella fase attuale nuclei di 6 posti presso Case Protette e RSA di alcuni comuni nella provincia. Si rilevano casi di disabili stranieri per i quali in considerazione della fragilità delle reti familiari risulta particolarmente complessa la progettazione di soluzioni domiciliari.

e. Spesa sociale e sanitaria⁷²

Forlì: Il territorio forlivese si caratterizza per una spesa sociale e socio-sanitaria per servizi ed interventi a favore dei disabili tra le più alte a livello regionale, con una media di spesa pro-capite per abitante di 15-64 anni pari a 55 € contro una media regionale di 46 euro. Il trend della spesa nell'ultimo quadriennio ha registrato un incremento del 34%. L'area disabili, su una spesa annuale territoriale che sfiora i 10 milioni di €, vede la gestione da parte di soggetti del Terzo settore per quasi il 90% delle attività.

Rimini: la gran parte della spesa sociale dei comuni è destinata a famiglie e minori (46,4), anziani (19,7%) e persone con disabilità (29,2%): su queste tre aree di utenza si concentra gran parte delle risorse impegnate. Per l'area disabilità le principali voci di spesa sono riconducibili all'insieme degli interventi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili e dell'assistenza domiciliare.

⁷⁰ Cfr anche ambito socio-sanitario, paragrafo 2.1. in questo stesso capitolo.

⁷¹ Indicatore aggiunto.

⁷² Indicatore aggiunto

5.6 L' "universo sanità", fra cura e prevenzione

Ambito sanitario

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro d'insieme

- **Consultori familiari:** buona la fruizione del servizio, nonostante oggettive difficoltà, legate al numero e alla complessità delle prestazioni richieste e alla difficoltà a reperire le risorse umane necessarie. Attenzione alle fasce più a rischio, le adolescenti e le donne immigrate
- **Interruzione volontaria di gravidanza:** l'accesso ad una prestazione sanitaria, in particolare all'interruzione volontaria di gravidanza può essere la spia per intercettare una forma di disagio più trasversale, di tipo sociale più ampio: è su questo che si sta lavorando per ridurre in altri modi il fenomeno, in tendenziale lieve aumento (anche se con differenze provinciali).
- **Screening per la prevenzione dei tumori:** a fronte di percentuali di adesione positive per i programmi di screening, permane il problema del minore accesso da parte della popolazione di origine straniera.
- **Positivi i dati sulla copertura per le vaccinazioni** contro alcune malattie e per la vaccinazione antinfluenzale per residenti di età maggiore di 65 anni
- **Giovani:** laddove si dà conto dell'attività dei consultori, ne emergono analisi articolate soprattutto della domanda espressa cui il servizio cerca di dare risposta. In particolare, si parla di "droga" e di "sessualità".
- **Salute mentale:** emerge un generale trend di crescita degli utenti in carico e, tra i casi seguiti, aumentano le prese in carico di persone di origine straniera, in grande maggioranza di genere femminile. L'offerta residenziale psichiatrica è considerata adeguata, anche grazie allo sforzo di realizzare una razionalizzazione dei posti disponibili e di differenziare l'offerta.
- **Tossicodipendenza e Alcoldipendenza:** influiscono età, genere, nazionalità e ciò richiede ai servizi sempre maggiori e aggiornate competenze. I tossicodipendenti in carico hanno un andamento abbastanza stabile nel tempo o in lieve e costante aumento; per gli alcolodipendenti si osservano tassi di incidenza e prevalenza in leggera crescita negli ultimi anni. In rapporto agli uomini, vi sono molte più donne alcolodipendenti che tossicodipendenti.

5.6.1 Analisi del fenomeno

a. Modalità parto

I dati sulle modalità di parto sono poco trattati, anche se quelli relativi al parto cesareo sono oggetto di attenzione in diversi Profili: in generale continua ad aumentare il numero di parti cesarei sul totale dei parti. Questo dato può essere letto a partire dalla presenza numericamente rilevante di madri in età avanzata e dei parti plurimi.

b. Numero utenti consultori familiari su popolazione target e distribuzione % dell'attività dei consultori familiari

Aumentano gli accessi al consultorio delle donne durante la gravidanza che fruiscono di visite, consulenze, esami di accertamento diagnostico e corsi prenatali. Nei casi in cui non si registra un aumento, si rileva comunque una situazione positiva rispetto alla fruizione del servizio, nonostante oggettive difficoltà, legate al numero e alla complessità delle prestazioni richieste (ad esempio, il sempre crescente afflusso di pazienti

provenienti da paesi esteri) e alla difficoltà a reperire le risorse umane necessarie. Si prevede poi un aumento dei nati da immigrate e, conseguentemente, della complessità dei bisogni che ne possono derivare per queste donne e per le coppie.

In alcuni contesti si registrano differenze tra distretti: ciò è probabilmente da imputare alle diverse abitudini locali, alla differente composizione della popolazione femminile e alle diverse sensibilità socio-culturali.

Molta attenzione è data alle fasce più a rischio, quale quella adolescenziale, per le quali si sottolinea che occorre promuovere interventi anche di tipo preventivo, e le donne immigrate, la cui assistenza, in particolar modo in gravidanza, rappresenta uno dei maggiori impegni per i consultori. A questo proposito, il Profilo di Bologna valuta la forte presenza di donne immigrate come un buon risultato delle politiche di garanzia dell'accessibilità ai servizi.

Positiva caratteristica del Comprensorio cesenate è la già citata contemporanea crescita anche dell'utenza italiana⁷³.

Tra le prestazioni più frequenti si trovano l'assistenza alla gravidanza, le visite specialistiche ginecologiche, ecografie, le visite relative a tumori femminili, corsi preparazione parto e assistenza al puerperio. Si segnalano, nell'ambito dei servizi erogati dai Consultori, le informazioni riportate da Cesena (iniziativa di screening della depressione puerperale), Rimini (dati sul numero di prescrizioni per la contraccezione d'emergenza, di cui a ragazze con un'età compresa fra i 14 e 21 anni) e Modena (si sottolinea il miglioramento dei servizi di consultorio anche per le coppie con problemi di fertilità).

c. Interruzione volontaria di gravidanza

L'accesso ad una prestazione sanitaria, in particolare all'interruzione volontaria di gravidanza, può essere la spia per intercettare una forma di disagio più trasversale, di tipo sociale più ampio: è su questo che si sta lavorando per ridurre in altri modi il fenomeno, tendenzialmente in lieve aumento (anche se con differenze provinciali). A questo proposito si segnala, nel Profilo di Rimini, che le donne che a seguito dei colloqui con le ostetriche e con le assistenti sociali del consultorio hanno rinunciato ad interrompere la gravidanza sono aumentate nel corso degli ultimi 3 anni: accanto alle prestazioni previste vengono associati interventi quali contributi economici e inserimenti in strutture residenziali.

Il Profilo di Modena sottolinea una situazione rilevata anche in altri Profili, ovvero che le donne che si presentano per l'lgv evidenziano la presenza di situazioni multiproblematiche (o legate a etnie di appartenenza oppure più genericamente a carenze economiche, socio-relazionali, ecc.); da cui la necessità di intervenire con più mediazione linguistico-culturale e percorsi a carattere socio-assistenziale.

d. Adesione nell'anno allo screening per la prevenzione dei tumori (collo dell'utero, mammella e colon-retto)

Si riscontrano percentuali di adesione positive per i programmi di screening, anche se permane il problema del minore accesso da parte della popolazione di origine straniera. Occorre notare che, se complessivamente la mortalità per tumore è in diminuzione, i tassi di incidenza, intesa come numero di nuovi casi per patologia, in particolare per tumore al seno, all'utero, sono in aumento: in sostanza si muore di meno, ma ci si ammala di più e ciò si spiega anche come un esito della diffusione dei programmi di screening.

Si segnala infine che per lo screening dei tumori del collo

⁷³ Cfr. Ambito socio-sanitario, par. 2 "Servizi, interventi, strutture a sostegno

di famiglie, bambini, adolescenti" in questo stesso capitolo.

dell'utero il dato sull'adesione delle donne invitate è inferiore alla copertura stimata in quanto un elevato numero di donne effettua il pap-test privatamente.

e. Tasso di copertura percentuale per le vaccinazioni contro alcune malattie

Il dato sulla copertura percentuale per le vaccinazioni contro alcune malattie viene riferito sostanzialmente alla copertura vaccinale dell'infanzia. A questo proposito, dall'analisi dei Profili, si evince come, nella maggior parte dei territori regionali, da tempo si registrano tassi tra i più elevati d'Italia.

Nei casi in cui si registrano dati in linea con il dato medio regionale oppure buoni livelli di copertura, ma di qualche unità percentuale inferiori alla media regionale, i Profili evidenziano la presenza del "fenomeno" dei piccoli "obiettori su tutte le vaccinazioni obbligatorie" (in diminuzione a Cesena) sottolineando, come accade per Rimini, la presenza attiva di organizzazioni volte a tutelare i genitori che non vogliono vaccinare i propri figli (nel caso del Profilo di Rimini, ad esempio, si cita la federazione del COMILVA - Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà delle Vaccinazioni).

f. Tasso di copertura percentuale per vaccinazione anti-influenzale per residenti di età maggiore di 65 anni

I Profili registrano buoni livelli di copertura e viene sovente riportato un progressivo incremento del numero assoluto di vaccinati nella popolazione totale. In tutti i casi comunque si riportano livelli di copertura molto vicini a quelli indicati come minimi per ottenere benefici adeguati (75%).

g. Numero casi seguiti dai Centri di salute mentale e tasso casi seguiti dai Csm/10.000 ab.

Dall'analisi dei Profili emerge un generale trend di crescita degli utenti in carico e, come sottolinea il Profilo di Ferrara, "la precauzione espressa sul dato, probabilmente sottostimato, riguarda il fatto che (...) esistono ancora casi non noti per volontà delle famiglie."

Solo alcuni Profili riportano la percentuale dei casi seguiti dai Centri di Salute Mentale sul totale della popolazione: Bologna e Rimini indicano un valore di poco superiore al 2%.

Tra i casi seguiti, aumentano le prese in carico di persone di origine straniera, in grande maggioranza di genere femminile. Le diagnosi più frequenti sono: disturbi nevrotici e psicosi maniaco-depressive.

La "femminilizzazione del servizio" (più alta richiesta nella popolazione di sesso femminile) potrebbe essere imputata alla maggior frequenza in questa componente della popolazione di disturbi riguardanti la sfera affettiva e/o l'ansia, una minor presenza di preconcetti culturali, una maggior facilità ad estrarre i propri disagi e necessità. Ad ogni modo, le donne sono, in generale, a maggior rischio di soffrire per disturbi mentali non psicotici con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcol. Un'altra diagnosi commentata nell'ambito dei Profili riguarda i minori stranieri, affetti da gravi patologie neuropsichiatriche.

h. Numero posti per malati psichiatrici in strutture residenziali e semiresidenziali

L'offerta residenziale psichiatrica, la dotazione complessiva di posti per interventi residenziali, viene considerata numericamente significativa o adeguata, mantenendosi, in linea generale, stabile nel tempo, caratteristica quest'ultima evidenziata in particolare dai Profili di Cesena, Piacenza e Reggio Emilia.

Emerge anche lo sforzo di realizzare un più efficace e controllato utilizzo dei posti disponibili. Oltre alla disponibilità di letti per trattamenti di diversa natura (intensivi e protratti, letti

per trattamenti socio-riabilitativi), alcuni Profili richiamano le disponibilità di altre soluzioni, quali appartamenti e comunità alloggio, strutture residenziali a bassa intensità assistenziale, soluzioni residenziali temporanee per persone con disturbi psichici e privi di domicilio, anche se in questi ultimi due casi esistono delle criticità, come rilevato nel Profilo di Modena.

i. Numero suicidi (a livello distrettuale, provinciale e regionale) e tasso di suicidi (a livello provinciale e regionale)

Nella Regione che presenta uno dei tassi di suicidio più elevati d'Italia (12 per 100.000 abitanti), il numero di suicidi tende progressivamente a crescere con l'età ed il rapporto uomini-donne è circa 3:1, come rilevato nel Profilo di Cesena. Inoltre, come sottolinea il Profilo di Bologna, i suicidi si collocano al secondo posto tra le morti per causa violenta, sostanzialmente stabili nel tempo.

l. Numero minori seguiti dai centri di neuropsichiatria infantile e tasso minori seguiti dai centri di neuropsichiatria infantile / 10.000 popolazione target (0-18)

Si possono riportare alcune considerazioni in merito al commento ai dati svolti da alcuni Profili sui minori seguiti dai centri di neuropsichiatria infantile: quasi il 40% degli utenti in carico rientra nella fascia d'età della scuola primaria (6-10 anni) e sono prevalentemente maschi (Parma); l'accesso ai servizi sociali è determinato dal disagio del minore all'interno della propria famiglia, dall'incapacità dei genitori di assicurare cure adeguate a seguito della presenza di varie criticità, come disturbi psichiatrici, conflitti tra coniugi, assenza di reti parentali di sostegno (Cesena).

m. Numero casi in carico ai Ser.T. per sesso ed età

In relazione alle attività dei Ser.T., gli indicatori di incidenza (nuovi casi di residenti all'anno in rapporto alla popolazione target) e di prevalenza (percentuale di utenti residenti in rapporto alla popolazione target), relativa ai tossicodipendenti in carico, evidenziano un andamento abbastanza stabile nel tempo o in lieve e costante aumento.

Tra i tossicodipendenti permane la prevalenza di utenti in carico utilizzatori di droghe pesanti, così come permane il fenomeno del poliabuso.

Inoltre, si conferma la differenziazione di genere che caratterizza il fenomeno della tossicodipendenza come prevalentemente maschile e si registra, in generale, un aumento dell'età media delle persone in trattamento, da leggersi come spia della natura cronica della tossicodipendenza e/o del protrarsi dei percorsi di cura.

Va rilevato anche il dato relativo ai nuovi utenti di chi ha meno di 20 anni, sottolineato in alcuni casi (ad esempio dal Profilo di Modena). A questo proposito, il Profilo di Ravenna offre un affondo specifico sui giovani: le problematiche di questa particolare utenza sono legate prevalentemente al consumo di eroina e cocaina. Inoltre si evidenzia che i motivi per cui un giovane non accede al Ser.T. possono essere di tipo sanitario: ovvero, la decisione di rivolgersi ad un servizio per un trattamento, solitamente, matura quando le condizioni di salute e sociali sono piuttosto compromesse e sostanze quali eroina e cocaina procurano sicuramente più problemi nel breve periodo che altre.

A ciò si aggiungono motivazioni di tipo sociale: gran parte dei ragazzi che sente di avere delle difficoltà e che avrebbe bisogno di supporto su queste tematiche è demotivata a rivolgersi ai Ser.T. a causa dell'immaginario che tuttora stigmatizza chi frequenta il servizio.

Infine, nell'ambito delle attività e dei servizi erogati dai Sert, viene sottolineato come occorra potenziare gli interventi rivolti alla popolazione immigrata, numericamente ancora marginale, ma che presenta risvolti operativi importanti nel contesto dei servizi socio-sanitari attivi nel campo del consumo/abuso di sostanze.

n. Incidenza e prevalenza tossicodipendenti e alcolodipendenti in carico sulla popolazione target (15-64)

Si è detto come, in relazione alle attività dei Ser.T., gli indicatori di incidenza e di prevalenza relativa ai tossicodipendenti in carico evidenzino un andamento abbastanza stabile nel tempo o in lieve e costante aumento; per gli alcolodipendenti si osservano tassi di incidenza e prevalenza in leggera crescita negli ultimi anni.

Gli alcolisti sono mediamente più anziani rispetto ai tossicodipendenti, probabilmente in relazione al fatto che l'insorgere di una consapevolezza rispetto al bere problematico è un percorso più lento rispetto ad altri fenomeni d'abuso.

Alcuni territori evidenziano inoltre che la percentuale di donne è molto più alta nel settore alcologia rispetto al settore tossicodipendenze.

Infine, il dato di Bologna: il tendenziale aumento il numero di tossicodipendenti con abuso concomitante di alcool.

o. Mortalità degli utenti Ser.T per causa

Un dato positivo, considerando il decennio dal 1995 al 2006, riguarda la mortalità delle persone che si rivolgono ai Ser.T: si riduce sia quella per infezione da HIV, sia quella per overdose (che però continua ad essere, anche se con proporzioni diverse dal passato, la prima causa di morte tra gli utenti Ser.T). Tra le altre cause di decesso, il Profilo di Bologna ricorda: cirrosi, malattie dell'apparato respiratorio e malattie del sistema circolatorio, neoplasie (tumori maligni del polmone), incidenti stradali, suicidi e omicidi.

p. Numero casi in carico ai Centri alcologici per età e sesso (trend)

I Centri Alcologici sono strutture specialistiche deputate al trattamento delle problematiche alcolcorrelate e non sono diffusi e/o trattati in modo particolare all'interno dei Profili. Solo nel Profilo di Rimini viene offerta un'ampia disamina, innanzitutto ricordando come solo nel tempo il rapporto tra i nuovi utenti in carico e popolazione residente sia progressivamente incrementato (più che triplicato in dieci anni). Viene poi offerta una descrizione della tipologia di utenti, dei Profili di uso (a cui corrispondono diverse tipologie di alcolodipendente) ed una analisi che conferma quanto sopra rilevato: il dato sull'utenza che abusa di sostanze alcoliche mostra, anche in questo ambito (come tra i tossicodipendenti), la netta prevalenza dei maschi; il rapporto maschi/femmine fra gli alcolisti è caratterizzato, tuttavia, da una maggior componente femminile, il che equivale a dire che in rapporto agli uomini, vi sono molte più donne alcolodipendenti che tossicodipendenti.

q. Numero casi trattati dai Centri antifumo

Si tratta di un servizio specialistico deputato al trattamento delle problematiche connesse al fumo e solo il Profilo di Cesena riporta i casi trattati nel periodo 2005-2007.

r. Numero Spazi giovani consultori e utenti per sesso ed età

Vengono indicate informazioni e fornite osservazioni da diversi Profili, con differenti gradi di dettaglio e contenuti (Parma, Reggio Emilia, Modena, Ravenna, Forlì, Cesena). In particolare, il Profilo di Cesena fornisce una presentazione

dettagliata dell'articolata offerta del cesenate, e altrettanto il Profilo di Modena.

Gli spazi giovani del cesenate sono servizi flessibili e senza necessità di prenotazione ove è garantita una accoglienza professionale e operatori dedicati dell'area ostetrico-ginecologica, sociale, psicologica e, caratteristica del Comprensorio Cesenate, anche di medicina dell'adolescente. Inoltre si segnalano il Centro di Consultazione e Terapia del Ser.T. dell'Azienda Sanitaria di Cesena, rivolto ad adolescenti e giovani adulti (15-26 anni) con problematiche psicologiche e comportamentali di uso e dipendenza da sostanze stupefacenti (in tre sedi distrettuali) e il Centro di Ascolto nuove droghe, (in tre sedi territoriali), che svolge una prima fase di consultazione e valutazione rivolta agli adolescenti, ai giovani adulti e ai familiari.

Il Profilo di Modena, nella sezione Famiglie e Minori, presenta il dato di un servizio per certi aspetti assimilabile a quello appena presentato: i Centri di ascolto per l'adolescenza (Azienda USL) presenti nei distretti di Carpi, Mirandola, Modena, Sassuolo, Vignola e Castelfranco. Tali centri offrono un servizio con specifiche competenze psicologiche per affrontare i problemi connessi alla fase evolutiva adolescenziale a giovani, loro famiglie, gruppi formali ed informali giovanili, educatori ed operatori. Si pongono come risorsa per le attività dei Centri di Informazione e Consulenza attivi nei diversi istituti scolastici. A livello provinciale si registra un aumento degli accessi ai Centri Adolescenza per problematiche o disturbi del comportamento alimentare: dal 12% di accessi sul totale degli utenti nel 2004 al 16% accessi sul totale degli utenti nel 2006. Il capoluogo, avendo a disposizione una dietologa all'interno dello Spazio Giovani e svolgendo un'attività consolidata di prevenzione nelle scuole superiori, ha una richiesta di intervento sia consulenziale che terapeutico più elevata del resto della provincia (30% di ragazze dai 14 ai 19 anni). Nei Centri Adolescenza della provincia relativamente alla domanda su problematiche inerenti all'uso di sostanze il dato rimane costante nei tre anni e si attesta sul 4%.

Aumenta il numero di utenti giovani immigrate e la problematica più sentita resta, in generale, la contraccettazione. A questo proposito si rileva una situazione di grande vulnerabilità contraccettiva, che si ricava dall'uso della contraccettazione di emergenza. Il Profilo di Forlì sottolinea che un ulteriore elemento di vulnerabilità sia rappresentato dalla scarsa conoscenza delle strutture pubbliche da parte della popolazione target.

s. Spesa farmaceutica per età, sesso e principali categorie di farmaci

Rispetto a questo indicatore, che in realtà si compone di diversi indicatori (spesa netta procapite, spesa pesata per età, spesa convenzionata, spesa per assistito, ecc.) i Profili hanno scelto di commentare dati in modo molto differente, soffermandosi più su uno o un altro aspetto. Tendenzialmente hanno evidenziato di volta in volta la specifica posizione rispetto alla media regionale, oppure le performance raggiunte nella razionalizzazione della medesima spesa, oppure la ripartizione della spesa per tipologia di farmaco. Se ne desume, in via del tutto generale, una grossa attenzione delle Aziende Ausl rispetto a questo dato. Si possono forse proporre le riflessioni di un Profilo di comunità (Cesena), in quanto rappresentative dell'attenzione e della direzione del monitoraggio dell'aspetto della spesa farmaceutica, in vista soprattutto di un controllo delle risorse ad essa deputata. Nel

Profilo si propone una necessaria razionalizzazione delle risorse attraverso alcune azioni: favorire l'acquisto di farmaci generici, proseguire in un'azione volta al perseguimento della appropriatezza prescrittiva con i medici prescrittori in un'ottica di continuità ospedale-territorio, coinvolgendo medici di medicina generale e specialisti ospedalieri, sensibilizzare i cittadini ad un uso oculato dei farmaci con campagne di educazione sanitaria.

t. Numero dimissioni ospedaliere da reparti psichiatrici/10.000 abitanti

I dati non sono riportati che da pochi Profili: in quello di Reggio Emilia e di Rimini si rileva come i tassi di ricovero siano i più bassi della Regione Emilia-Romagna e si mantengano costanti, a fronte della complessità delle situazioni cliniche e delle urgenze territoriali.

Infine, l'eccesso di ricoveri registrato nel Profilo di Cesena rispetto alla media regionale viene interpretato a partire dal fatto che sul territorio cesenate non vi è disponibilità di strutture e servizi idonei al trattamento in forme alternative al ricovero ospedaliero, ad esempio residenze per trattamenti intensivi e protratti, day hospital.

u. Numero di Trattamenti sanitari obbligatori (Regione, AUSL, Distretto)

La proporzione sul totale dei ricoveri nelle strutture deputate appare ad andamento altalenante nel tempo, ma sostanzialmente in linea con il dato medio regionale (16,6%) sia a Cesena che Piacenza e costante a Reggio Emilia. Solo il Profilo di Parma riporta un incremento: qui i trattamenti sanitari obbligatori sono il 21,8% sul totale dei dimessi.

Da segnalare, in generale, l'aumento, nel corso degli ultimi anni, dell'incidenza di pazienti con doppia diagnosi ed i ricoveri per abuso di sostanze psicotrope.

Il Profilo di Reggio Emilia sottolinea il dato sulla degenza media, circa 10 giorni, a conferma del ruolo del ricovero inteso come tappa, urgente e provvisoria, all'interno di un percorso più articolato. A questo riguardo, nel Profilo di Rimini viene evidenziato che la presenza nel territorio di utenti in transito, o per fenomeni turistici, o per forme migratorie rispetto al lavoro estivo, rende i dati di ricovero piuttosto instabili (e probabilmente sovra-stimati) soprattutto per quanto riguarda i TSO: per questa tipologia di pazienti è più difficile mettere in atto trattamenti di cura alternativi al ricovero.

5.7 Educare, crescere, istruirsi in Emilia-Romagna

Ambito socio-educativo

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro d'insieme

- Nidi d'infanzia e servizi integrativi e innovativi: è assodata l'esistenza di un sistema di servizi educativi per la prima infanzia, a 8 anni dalla legge 1/2000 specifica di settore.
- Il sistema dei servizi per la prima infanzia è dinamico: sia per quanto riguarda la capacità di rafforzare l'offerta, soprattutto in termini di posti nido, ma non solo (anche per quanto riguarda i servizi integrativi e innovativi), sia per quanto riguarda la capacità di diversificare l'offerta stessa in termini di flessibilità (generalmente richiesta dalle famiglie), di innovazione entro i servizi, di qualità dei modelli pedagogici. In questo dinamismo, di sostanziale importanza il ricorso e la partnership con il privato sociale per l'implementazione dell'offerta, pur entro una dimensione di "sistema".
- Il sistema è parzialmente sufficiente, almeno stando ai trend di domanda degli ultimi anni, e soprattutto per quanto riguarda i nidi d'infanzia (come testimoniato dalle liste d'attesa). Occorre sottolineare che il dato medio regionale dei tassi di copertura – come noto il più alto a livello nazionale – cela differenze a livello provinciale, distrettuale e comunale.
- Scuola d'infanzia: un servizio presente, quasi "scontato", di carattere "universalistico", pur senza esserlo formalmente: ma anche per questo servizio, primi segnali di un "affaticamento".
- Gli studenti stranieri a scuola, e in una scuola che sta cambiando: la loro presenza è generalmente in crescita e da tanto tempo. Tale presenza rappresenta una sfida, vista come potenziale risorsa, ma anche come potenziale criticità, se non adeguatamente affrontata.
- Come si sta a scuola? Molto spesso ci si sta "più del dovuto" (come testimoniato dai dati sull'insuccesso scolastico).

5.7.1 Analisi del fenomeno

a. Servizi, interventi e strutture per l'Area infanzia e adolescenza: i nidi d'infanzia e servizi integrativi ed innovativi

Servizi per la prima infanzia (0-3)

L'ampia maggioranza dei Profili tratta il dato dei nidi d'infanzia. Solamente un Profilo non considera il dato (Ferrara) e uno accenna genericamente ai servizi per la prima infanzia complessivamente intesi (Ravenna).

Se si considerano invece i Profili che propongono dati e/o commenti, emergono in ogni caso differenziazioni nel modo di trattarlo, come già in precedenza evidenziato: c'è chi si limita a sottolineare alcuni aspetti o informazioni (Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Cesena, Forlì), chi va oltre proponendo commenti e riflessioni (Parma, Bologna, Rimini).

In generale, tuttavia, le osservazioni proposte si possono riaccorpate come segue:

- dati ed osservazioni relativi al sistema di offerta e sue dinamiche: viene rilevato che il sistema di servizi ha cercato di reagire ad una domanda in crescita e vengono sottolineati i buoni esiti in ordine al potenziamento dell'offerta. È il caso di Bologna che nel sottolineare le alte percentuali di copertura del servizio e i già raggiunti livelli di Lisbona evidenzia l'accelerazione nell'aumento dell'offerta in particolare tra il 2003 e il 2005 (di oltre il 10%); ma anche di Modena che sottolinea

come siano stati stanziati finanziamenti per l'implementazione del servizio nido nelle comunità montane, Forlì e Cesena che presentano i nuovi servizi implementati (a titolo esemplificativo il Profilo di Forlì rileva l'incremento di posti nido dall'anno scolastico 2003/2004 all'anno 2008/2009 pari al +41,02%) e di Rimini che pure evidenzia nel commento luci e ombre rispetto al raggiungimento dell'obiettivo di Libona (33%), nonostante il significativo aumento dell'offerta degli ultimi anni e già programmati per il futuro.

- Dati ed osservazioni relativi al rapporto domanda/offerta: viene rilevato e commentato il posizionamento del territorio rispetto alla domanda non soddisfatta (liste d'attesa, in specifico); i Profili di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Bologna e Rimini trattano il dato delle liste d'attesa, comunque presenti, (anche se nessuno dà il dato in trend), non sempre commentandolo approfonditamente. Fra chi propone riflessioni ulteriori: i Profili di Parma, Piacenza e Rimini scompongono il dato della lista d'attesa per distretto. I primi due evidenziano il maggior peso di questo dato critico nel comune capoluogo, il terzo evidenzia una differenziazione dei tassi di copertura fra i singoli comuni rispetto al dato medio provinciale. Nel Profilo di Bologna viene letto il dato delle liste d'attesa in una dimensione assai articolata ponendolo in connessione con l'effettiva possibilità di un ulteriore potenziamento dell'offerta, già "esplosa" negli ultimi anni. A ciò si connette forse la necessità di individuare soluzioni alternative – o di vedere come i servizi innovativi o integrativi già diffusi in provincia possano costituire una valida alternativa di supporto alla domanda di nido, o di rivedere i criteri di accesso. Il tutto, salvaguardando la qualità dei servizi stessi e del progetto pedagogico che vi dà corpo. Nel Profilo di Parma, ancora, si finisce per sollecitare un maggiore investimento finalizzato al riequilibrio territoriale del settore. È ancora Parma, insieme a Bologna, a porre l'accento sulla necessità di coinvolgere in politiche integrate anche altri settori, quale, in primis, il mercato del lavoro ancora poco flessibile e aperto a politiche conciliative. Sempre a garanzia della qualità del sistema viene citato in due casi (Bologna e Rimini) il coordinamento pedagogico provinciale.

- Dati e osservazioni sul rapporto Pubblico-privato: in taluni casi viene proposto il dato sulla gestione senza ulteriori commenti. Bologna si sofferma sull'evidenziazione della partnership con il Privato sociale che ha consentito di implementare l'offerta rispettando tuttavia una cooperazione costruttiva che vede i servizi pubblici dati in appalto al Privato sociale essere considerati a pieno titolo entro il sistema dei servizi educativi per la prima infanzia; anche Cesena sottolinea la capacità del sistema misto di rispondere all'esigenza di potenziamento dei posti.

Infine, presentano il dato dell'offerta di servizi integrativi e innovativi i Profili di Bologna, Rimini, Parma, Piacenza e Cesena (quest'ultimo, per i soli integrativi), in termini descrittivi. In particolare, Bologna legge questo tipo di offerta in relazione alle esigenze effettive delle famiglie, sottolineando come sia residuale la parte di bambini iscritti a questi servizi (circa il 10%); il profilo di Piacenza, d'altro canto, accenna al fatto che questi servizi, seppure con numeri ancora poco significativi, si stanno diffondendo.

b. Servizi, interventi e strutture per l'Area infanzia e adolescenza: scuola d'infanzia, primaria, secondaria di I e II grado

I dati complessivamente considerati rispetto a questa parte

sono davvero difficilmente confrontabili perché i Profili hanno individuato indicatori e attuato livelli di analisi molto differenti. In generale, si può forse dire che alcuni Profili hanno più sottolineato l'aspetto dell'offerta e del suo potenziamento (in particolare, dove è stata trattata, per quanto riguarda la scuola dell'infanzia); altri si sono soffermati maggiormente sull'analisi complessiva della popolazione studentesca (andamento iscrizioni, presenza di disabili certificati o di immigrati), qualche Profilo ha anche posto l'accento maggiormente sulla parte prescrittiva suggerendo piste di lavoro o priorità. Infine, alcuni Profili hanno approfondito i dati su successo/insuccesso formativo.

Scuola d'infanzia

La Scuola d'infanzia è un argomento generalmente non molto approfondito dai singoli Profili: la maggioranza dei Profili si è attenuta infatti ad una descrizione sommaria dell'offerta. Talvolta questo ordine di scuola è stato inserito nella riflessione comprendente i servizi per la prima infanzia.

Solamente in tre casi si approfondisce l'analisi (nei Profili di Bologna, di Rimini e di Cesena). Chi si sofferma sulla analisi della scuola dell'infanzia sottolinea la caratterizzazione di servizio "quasi" o "totalmente" (il caso di Rimini e Cesena) universalistico (presentando i tassi di copertura) che ha visto un significativo potenziamento negli ultimi anni e un aumento dell'utenza (il Profilo di Rimini segnala un aumento del 14% - +1.000 alunni - dall'anno scolastico 2000/2001 all'anno scolastico 2008/2009 e quello di Bologna un aumento del 7,2% dall'anno scolastico 2003/2004 all'anno scolastico 2006/2007).

Gli studenti stranieri

Diversi Profili trattano il dato degli studenti stranieri o analizzando l'andamento della presenza nei vari ordini e gradi di scuola, oppure considerando complessivamente. In generale, tutti rilevano un aumento di tale presenza negli ultimi anni (c'è chi puntualizza il trend, chi rimane su una valutazione più generica).

Il Profilo di Ravenna dichiara un significativo incremento, a partire dal 2003, di bimbi stranieri nei cicli inferiori (scuola dell'infanzia e primaria) per l'aumento dei ricongiungimenti familiari e delle nascite in seguito alla stabilizzazione dei nuclei familiari.

I Profili di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Bologna, Cesena, Rimini approfondiscono maggiormente l'analisi indicando i dati di tali presenze, suddivise per distretto e differenziando per ordini di scuola. Il Profilo di Bologna, ad esempio, rileva che dall'anno scolastico 2003/2004 al 2006/2007, la crescita degli studenti stranieri nella scuola primaria è stata molto forte assestandosi al +58%, (la stessa che si registra per la regione). Il Profilo di Parma rileva la crescita di tale presenza dalla scuola dell'infanzia fino alle secondarie di primo grado, presenza che poi diminuisce nelle secondarie di II grado. Più in specifico, rileva che la percentuale di presenze oscilla, a seconda dell'ordine di scuola, dal 9,5% per le scuole dell'infanzia al 13,2% delle primarie, al 12,6% delle secondarie di primo grado, per scendere al 8,25% nelle secondarie di secondo grado (a fronte di una popolazione residente di pari età del 10,5%). Il Profilo di Piacenza evidenzia come il peso degli iscritti stranieri risulti crescente dalle scuole di infanzia

fino alle primarie (15,8%) per poi ridursi nelle secondarie di secondo grado (9,5%); si rileva infine che, in prospettiva, anche nelle superiori l'onda delle coorti d'età porterà a sostenuti inserimenti scolastici nei prossimi anni. Il Profilo di Rimini evidenzia la costante crescita degli alunni con cittadinanza non italiana in tutti gli ordini di scuola, ed evidenzia il dato in particolare per la scuola secondaria di I grado, dove nell'anno scolastico 2007/08 rappresentano (al netto dei Sanmarinesi) l'8,7% del totale degli iscritti. Il Profilo di Cesena invece, che non fa un confronto fra ordini di scuole, rileva il dato del significativo aumento di studenti stranieri soprattutto nelle scuole superiori di Cesena.

Infine, Reggio Emilia: questo territorio, come noto, ha un elevato dato di presenza di studenti stranieri nelle scuole di ogni ordine e grado (nell'anno scolastico 2007-08 la media regionale è del 11,7% mentre a Reggio Emilia gli alunni stranieri sono il 14,6% del totale). Il profilo reggiano si sofferma sul tema dell'integrazione degli studenti stranieri, benché la loro presenza sia diffusa in tutte le scuole viene rilevato come siano soprattutto quelle del primo ciclo ad avere il più importante impatto con i bambini stranieri (in particolare, nei Distretti di Reggio Emilia, Correggio, Guastalla può accadere che un alunno su tre sia straniero). Inoltre, si sottolinea come, a fronte di dati così significativi di studenti stranieri, la scuola reagisca positivamente con azioni, interventi, progetti che tuttavia necessiterebbero di maggiore sistematicità per evitare che la scuola, potenziale luogo di integrazione, si trasformi in luogo di conflittualità e disagio.

Gli studenti certificati

Nella disamina delle caratteristiche della popolazione studentesca prevale la scelta di riportare sinteticamente alcuni dati essenziali, ad esempio, sugli alunni certificati.

In generale, si può dire che si rileva un aumento della presenza di alunni certificati (ex legge 104/94) o, se non un aumento, laddove non si considera il trend, una presenza significativa, ad esempio a Modena (nell'anno scolastico 2005-2006 i disabili certificati nelle scuole di ogni grado di istruzione sono stati 1.538 pari al 1,9% del totale degli studenti) e a Reggio Emilia (che propone il dato disarticolato per presenza di disabili certificati per ogni tipo di scuola statale, anno scolastico 2007-08: il 2,5% nella scuola primaria, il 3,3% nella scuola secondaria di primo grado e il 2,5% nella scuola secondaria di secondo grado). La presenza dei disabili nelle scuole secondarie di secondo grado viene associata ad una proficua applicazione degli accordi provinciali per l'integrazione scolastica). Il profilo di Parma evidenzia il trend positivo della presenza di alunni certificati disabili (proponendo gli alunni certificati iscritti dall'anno scolastico 2003-2004 all'anno scolastico 2007/2008) ed, effettuando un confronto interscolastico, pone in evidenza il maggior numero di iscritti nelle scuole primarie.

Le scelte degli studenti...

Un ulteriore aspetto considerato è la distribuzione degli alunni nelle scuole secondarie di II grado e l'evidenziazione anche delle scelte compiute da studenti di nazionalità italiana e non, nonché le implicazioni che tale distribuzione ha nel sistema dell'offerta e nei potenziali sbocchi occupazionali.

Il Profilo di Parma, dopo aver considerato tutti gli iscritti al sistema scolastico dall'infanzia alla secondaria, si sofferma sull'analisi della presenza – in crescita significativa – di studenti immigrati nelle scuole professionalizzanti (dato che appare in evoluzione) e delle conseguenze che potrà portare rispetto alle aspettative di sbocco occupazionale di questi studenti, una volta terminato il percorso formativo. Quello di Modena invece propone riflessioni (esiti di analisi periodiche sugli sbocchi occupazionali e sui percorsi formativi degli studenti modenesi a quattro anni dal diploma, condotte dall'Amministrazione provinciale) sull'influenza dello status culturale della famiglia nella scelta dei percorsi scolastici; in estrema sintesi, a status culturale elevato corrisponde più probabilmente la scelta di un "percorso liceale", a status medio basso (in cui sono ricompresi gran parte degli studenti stranieri) la scelta di un 'percorso professionale'.

...le risposte del sistema

Sul versante dell'offerta, ancora nel Profilo di Modena si ribadisce come in provincia ci sia stata una operazione di verticalizzazione (finalizzate cioè alla diffusione capillare dell'Istituto comprensivo, con sezioni di scuola dell'infanzia, classi di scuola primaria e secondaria di primo grado), nei fatti

numericamente esigua, anche in ragione della rilevanza delle sessioni di programmazione della rete scolastica della fine degli anni novanta.

Per quanto concerne il segmento secondario superiore, sempre nel Profilo di Modena si sottolinea come le azioni programmatiche negli ultimi anni, in calendario sulla base delle scadenze disposte dalla normativa regionale, hanno teso a consolidare la presenza nei distretti di percorsi di studio dell'area tecnico-professionale, a fronte di una tendenza nazionale, di breve periodo, alla diffusa licealizzazione. Tali atti programmatori hanno fatto sì che la distribuzione per tipologia di indirizzo della popolazione scolastica superiore nel territorio modenese non abbia risentito delle oscillazioni che hanno contraddistinto la demografia di istituti professionali, tecnici e licei su scala nazionale.

Il Profilo di Reggio Emilia, invece, evidenzia la necessità di costruzione di nuovi edifici scolastici soprattutto in alcuni comuni della provincia; evidenzia altresì la disarmonicità dell'offerta di istituti di vario tipo che potrebbe essere disorientante per studenti e famiglie e l'importanza, pertanto, dell'attività di orientamento scolastico. Ancora Reggio Emilia propone riflessioni anche sulla diffusione del tempo pieno: nella scuola primaria e secondaria di primo grado si registra un aumento di tale richiesta da parte delle famiglie e, nonostante la risposta solo parziale in termini di risorse ministeriali, questo si sta espandendo con un incremento sempre maggiore: nel 2006-07 è stato del 5,8%, nel 2007-08 dell'8,7%.

...le "carriere" scolastiche

Un ultimo tema approfondito da alcuni Profili (Piacenza, Reggio Emilia, Bologna, Ferrara) riguarda le carriere scolastiche, il successo/insuccesso formativo connotati anche come indicatori dello "stato di salute" della scuola.

Nel Profilo di Piacenza, dopo un'attenta analisi del tasso di dispersione scolastica nell'ambito della scuola secondaria di II grado (scomposto anche per singole classi del ciclo scolastico), comunque ritenuto "conte-

nuto", si danno i dati su successo/insuccesso confrontandoli con quelli regionali e nazionali. Si evidenziano dati complessivamente migliori sia rispetto alla Regione che alla dimensione nazionale. Tuttavia, si afferma che una media dell'11,4% di non ammissioni nella scuola secondaria superiore, unita ad una area molto estesa di debiti formativi, deve comunque stimolare attente riflessioni.

Nel Profilo di Reggio Emilia per le scuole secondarie di secondo grado, si rileva con preoccupazione il dato di bocciature e ripetenze, soprattutto nel biennio (ed in particolare negli Istituti professionali); viene inoltre rilevato il dato preoccupante dei debiti formativi (per la scuola secondaria di II grado), secondo valore più alto in Regione (42,1% dei promossi, a.s. 2005-2006). Entrambi i dati vengono messi in relazione all'elevata presenza di studenti stranieri in queste scuole di cui si approfondisce l'esame con appositi indicatori. Il Profilo di Bologna espone i dati relativi a successo ed insuccesso formativo, soffermandosi sulle scuole secondarie di II grado (al termine dell'a.s. 2006-2007): gli studenti promossi sono il 57%; il restante 43% si distribuisce fra alunni promossi con debiti (quasi 28%), bocciati (12%), ritirati (2%), trasferiti (1%).

L'analisi, dopo avere anche evidenziato come il successo formativo sia positivamente correlato al genere femminile, si sofferma sulla disamina incrociata dei dati per dedurre che nell'arco dei cinque anni di istruzione secondaria quasi uno studente su tre ha un percorso irregolare, fenomeno che colpisce in maniera differente gli iscritti in relazione al tipo di istituto frequentato; in particolare, le carriere scolastiche degli iscritti negli istituti professionali presentano le maggiori difficoltà. Il rapporto tra successo formativo, regolarità dei percorsi scolastici e dispersione scolastica è molto stretto; vi sono fasi di transizione che si verificano durante i percorsi formativi che pongono i soggetti coinvolti in condizioni di fragilità, esito di processi di orientamento e di integrazione scolastica non riusciti, fino al rischio di dispersione scolastica. Si sottolinea come sia questo il caso di ragazzi che nel corso dell'anno scolastico si trasferiscono da un istituto all'altro o si ritirano da scuola (i dati dal 2004 al 2007 mostrano tuttavia una diminuzione del valore percentuale di tali studenti).

Il Profilo di Ferrara che, come si ricorderà, dedica un intero dominio ad analisi complesse su livelli di istruzione e successo scolastico, si sofferma sull'analisi di alcuni indicatori, dandone sempre una lettura di genere. In sede conclusiva, il Profilo riporta i seguenti dati (dal Censimento 2001): in particolare, rileva che l'analfabetismo colpisce le generazioni più anziane e soprattutto le donne delle aree più svantaggiate economicamente (Sud-Est). Inoltre, si sottolinea che il mancato conseguimento del diploma della scuola dell'obbligo rappresenta un importante indicatore (dal Censimento 2001) del livello di istruzione della popolazione tra i 15 e i 52 anni di età. Il dato medio provinciale (9,45%) è superiore alla media regionale (7,92%) e in tutti i comuni della provincia si registra come il genere femminile sia stato sistematicamente discriminato nella conclusione dell'iter scolastico (i dati testimoniano come il tasso riferito ai maschi registri un valore di 8,70%, a fronte di un 10,22% per le femmine, con un differenziale che si accresce nelle aree più svantaggiate). Infine, si sottolinea come l'indicatore più significativo per rappresentare l'abbandono scolastico, è "l'indice di partecipazione al sistema scolastico": tale indicatore descrive una riduzione al crescere delle classi superiori, fino ad arrivare al quinto anno a cui accedono 77 ragazzi su 100 che si erano inizialmente iscritti al primo

anno. Il rimanente 23% è uscito dal sistema senza diploma. Si rileva come il dato, seppure in linea con quello regionale e leggermente più elevato di quello nazionale, non è certamente positivo. Infine, si sottolinea che l'uscita dalla scuola è precoce: in seconda superiore (cioè all'età di 15 anni), già il 6% dei ragazzi in età scolastica non va più a scuola.

Forlì, infine, evidenzia sinteticamente il dato degli studenti che raggiungono il diploma (pari al 77% circa dei diciottenni), evidenziando come esso sia superiore di alcuni punti al dato medio nazionale.

5.8 Casa e politiche abitative

Ambito abitativo

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro d'insieme

- Il territorio regionale si caratterizza per una elevata presenza di famiglie che ha la proprietà della casa (il che corrisponde, in molti casi, ad un ingente ricorso al credito per l'acquisto e all'indebitamento), ma anche per la difficoltà di accesso all'abitazione per i nuclei familiari che non sono in condizione di acquistare un alloggio o che pagano canoni d'affitto troppo elevati, a volte determinati dalla stagionalità del luogo oppure da una domanda di casa in locazione da parte di alcune categorie, quali studenti e lavoratori in transito.
- A proposito di casa in locazione, le richieste ai Comuni da parte di cittadini in difficoltà di contributi per l'affitto sono alte, mentre la risposta dei servizi viene giudicata soddisfacente in pochi territori. Alcuni Profili riportano l'attività di promozione di politiche degli affitti a canone concordato, anche attraverso le Agenzie per l'Affitto.
- La domanda di "casa" è trasversale alla popolazione, ma è diffuso che alcuni target maggiormente fragili tendono ad assorbire significativamente un'offerta di per sé non sufficiente: fra questi famiglie numerose (e quindi, più spesso, immigrate), famiglie unipersonali (e quindi, più spesso anziani).
- Gli Enti locali e la Regione sostengono il Fondo sociale per l'affitto, ma aumenta comunque il numero di richieste e di aventi diritto, con evidenti conseguenze sul grado di soddisfazione della domanda.
- Le domande ammesse per il Fondo sociale per l'affitto crescono di anno in anno (ma il dato su cui riflettere è rappresentato dalla domanda non soddisfatta).
- La presenza di alloggi ERP sfitti pare testimoniare la necessità di investimenti nell'edilizia pubblica che non riesce ad aumentare un'offerta qualificata.
- Non solo aumenta la richiesta di sostegno dei cittadini rispetto all'abitazione, ma aumentano anche le situazioni-spie di un potenziale disagio per chi la casa ce l'ha: famiglie di giovani coppie, anziani, immigrati. L'incidenza dei canoni di locazione sui budget delle famiglie risulta particolarmente elevato. Nell'ambito degli sfratti esecutivi, le procedure di sfratto per morosità sopravanzano, per numero, le procedure di sfratto per finita locazione.

5.8.1 Analisi del fenomeno

a. Percentuale di domanda soddisfatta e domanda in-vasa di Fondo sociale per l'affitto e di alloggi di Edilizia residenziale pubblica

Sulla domanda di Fondo sociale per l'affitto si può segnalare come i territori esprimano in modo unanime una preoccupazione rispetto al netto aumento del numero di domande.

A ciò si fa fronte attraverso un contributo sempre maggiore da parte della Regione Emilia-Romagna e dei Comuni al fine di mantenere pressoché invariato il fondo complessivo da destinare alle domande ammesse al finanziamento. Di conseguenza, un ammontare di risorse pressoché costante è stato diviso per un numero sempre maggiore di beneficiari, con il risultato che il contributo erogato alle famiglie risulta sovente in calo.

Il patrimonio di edilizia residenziale pubblica e le modalità di assegnazione sono aspetti assai curati da alcuni Profili. Innanzitutto, viene ribadita la necessità di maggiori finanziamenti in questo settore: la scarsa disponibilità di alloggi residenziali di proprietà dei Comuni rispetto alla domanda sconta anche l'oramai più che decennale mancato finanziamento nazionale degli investimenti in tal senso, nonostante alcuni alloggi non assegnati siano annualmente interessati da interventi di ripristino e ristrutturazione.

Tra i Profili viene posta molta attenzione al tema della presenza negli alloggi di Edilizia residenziale pubblica di anziani, famiglie con minori, stranieri non comunitari.

Il Profilo di Piacenza, come quello di Bologna, pongono in particolare evidenza i dati su famiglie con minori e immigrati: a Piacenza la componente di nuclei stranieri è pari all'8% e un quinto delle famiglie che accedono agli alloggi ERP è rappresentato da nuclei con presenza di minori; Bologna sottolinea che il 17,4% delle famiglie negli alloggi ERP ha almeno un minore al proprio interno e che l'incidenza di assegnatari stranieri in alloggi ERP è in linea con l'incidenza di stranieri sui residenti complessivi (7% nel 2006). A proposito di questa popolazione target, viene evidenziato come, sia la distribuzione che l'incidenza di stranieri siano quasi doppie tra gli utenti rispetto agli assegnatari, ad indicare come le famiglie straniere siano molto più numerose al loro interno e la loro dimensione quasi il doppio di quelle italiane. Sempre sull'immigrazione, il Profilo di Ferrara segnala come aumentino i richiedenti stranieri e, anche in questa sede, viene ricordato che spesso il bisogno abitativo è legato alla presenza di una famiglia numerosa (più frequentemente, famiglia immigrata). Questo tema viene riportato anche nel Profilo di Cesena (dove la percentuale delle richieste provenienti da cittadini stranieri supera il 50%). Il Profilo di Ravenna dedica commenti all'edilizia residenziale pubblica in sezioni specifiche, trattando separatamente l'offerta agli anziani e agli immigrati. Per quanto concerne gli anziani, il dato evidenziato è che oltre la metà degli alloggi di edilizia residenziale pubblica viene assegnata ad anziani (lo stesso dato è evidenziato anche nel Profilo di Rimini). Il dato provinciale sull'incidenza degli stranieri mostra invece come la percentuale del 9,2% di alloggi a stranieri sia di poco superiore all'incidenza della popolazione straniera sul totale della popolazione (8,2%), numero che smentisce quello identificabile come un "sentire comune": "le case popolari vengono date solo agli stranieri o che gli stranieri sono favoriti rispetto agli altri".

I Profili di Ferrara e di Bologna presentano anche una serie di riflessioni in merito alla presenza nella famiglia di persone invalide, non autosufficienti o con forte diminuzione della capacità lavorativa, variabili rilevanti, oltre alla età e alla composizione del nucleo familiare, per determinare il bisogno abitativo. A Ferrara il 15,9% del totale dei richiedenti presenta queste problematiche. Bologna sottolinea che il 17,4%

delle famiglie negli alloggi ERP ha almeno un componente con disabilità al proprio interno.

Interessanti poi le osservazioni rispetto alle differenze che riguardano alcuni territori a livello distrettuale (in particolare si ricordano quelle condotte da Modena, Forlì e Ferrara). Ad esempio, la risposta al fabbisogno abitativo espresso dal territorio forlivese deve tenere in considerazione la diversità degli ambiti territoriali (ad esempio il diverso livello di sviluppo economico, la differente presenza di insediamenti produttivi industriali o artigianali, il diverso andamento demografico della popolazione) e le diverse esigenze abitative tra i nuclei residenti. A questo proposito è emblematico il caso riportato dal Profilo di Ferrara: il Distretto Ovest è fortemente caratterizzato dalla presenza di minorenni e stranieri; all'opposto, il Distretto Centro-Nord, e in particolare la città di Ferrara, si caratterizza per la rilevante presenza di anziani, in gran parte soli; una situazione intermedia si registra nel Distretto Sud-Est, dove sono preponderanti le classi "medie" di età (in particolare la classe 50-64 anni). Infine, si segnala che il Profilo di Ferrara porta in evidenza aspetti relativi alla domanda e al genere di chi accede all'ERP: a Ferrara le richiedenti donne sono in aumento.

b. Numero sfratti esecutivi

L'indicatore integrativo sugli sfratti esecutivi viene commentato nei Profili di Bologna e Modena. Dalle osservazioni e dati riportati emerge come tra gli sfratti esecutivi le procedure per morosità risultino in crescita, segno di un evidente divario tra la capacità di spesa delle categorie più deboli e le condizioni del mercato immobiliare.

5.9 Qualche cenno al sostegno al lavoro

Ambito formativo e lavoristico

L'unico indicatore richiesto con riferimento a questo ambito riguarda gli utenti in percorsi di inserimento socio-occupazionale (borse lavoro, ecc.), con specifico riferimento ai Centri socio-occupazionali per gli utenti disabili, alle cooperative sociali di tipo B.

Il dato viene presentato dai Profili di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Bologna, Ferrara, Forlì, Rimini.

I dati presentati mostrano nel complesso il bacino di utenza di questi servizi/iniziativa, con analisi declinate generalmente in termini di numero di utenti coinvolti nei percorsi. Da ciò si può evincere, ad esempio, che a Bologna, nel 2006, quasi il 15% degli utenti in carico fruisce di borse lavoro; alla stessa maniera, Piacenza fa riferimento al valore assoluto, indicando 110 beneficiari di inserimento lavorativo (dati riferiti all'anno 2006). Anche Rimini presenta il dettaglio delle persone disabili inserite nei Centri socio-occupazionali: nel 2007 sono state 63, di cui 44 nel Distretto di Rimini Nord e 19 per il Distretto Sud. Per Forlì si evidenzia un trend di crescita, con 72 disabili inseriti in questi percorsi nel 2007, dunque il 3% in più di quelli registrati l'anno precedente. Parma sposta il focus dell'analisi considerando i disabili inseriti all'interno di un percorso scolastico ed evidenziando i 75 percorsi attivi di alternanza scuola lavoro per alunni disabili, nella maggior parte dei casi attivati negli istituti tecnici (57%), seguiti dagli istituti professionali (28%)⁷⁴. I dati elaborati da Ferrara esplorano solo una parte del problema in quanto forniscono informazioni esclusivamente con riferimento agli utenti con disagio psichiatrico.

⁷⁴ tema della disabilità, cfr. paragrafo 5 nel presente capitolo.

5.10 Cultura e tempo libero

Non esistendo un riferimento in termini di dati e/o indicatori da produrre sui servizi e sulla domanda nel campo della cultura e del tempo libero, si riportano alcune considerazioni emerse dall'analisi che i Profili hanno svolto evidenziando gli elementi individuati e le tendenze di massima.

Ambito culturale e ricreativo

Servizi, risorse, domanda espressa e soddisfatta: il quadro di insieme

- Chi tratta il tema della cultura e tempo libero come ambito a sé stante presenta il ricco sistema di offerta di servizi bibliotecari, teatrali e museali o di esercizi cinematografici.
- Chi considera i temi in modo trasversale, dedica particolare attenzione all'offerta e alla fruizione di servizi culturali rivolti ai giovani (intercettati tramite la scuola, ma anche nei luoghi informali di aggregazione -dalla strada ai centri giovanili-).
- Gli indicatori di offerta (dotazione di cinema, attività ricreative e culturali, palestre, librerie, offerta di iniziative teatrali e musicali, ecc.) e quelli di domanda (spesa pro capite in spettacoli teatrali, musicali, cinematografici e in intrattenimenti vari) confermano una buona risposta della popolazione alle opportunità offerte sui territori.
- Pochi Profili scelgono di trattare in questa sede il tema dello sport fornendo un profilo delle opportunità nel territorio.
- Da più parti si segnala come l'offerta di eventi, di servizi per la cultura e il tempo libero sia organizzata da un elevatissimo numero di soggetti non catalogati e probabilmente impossibili da catalogare proprio per la loro diversificazione e dispersione, per la velocità di cambiamento degli stessi soggetti (dagli enti locali, alle pro-loco, alle associazioni culturali ed artistiche).

5.10.1 Analisi del fenomeno

Si ricorda che per l'ambito culturale e ricreativo non è stato previsto dal modello regionale un set di indicatori o dati da produrre sui servizi e sulla domanda. Il riferimento regionale propone di fornire una descrizione sintetica del territorio dal punto di vista dei bisogni e della rete di servizi e risorse di tipo culturale e ricreativo (ad es. biblioteche, cinema, teatri, musei, palestre e impianti sportivi, parchi e giardini, panchine, luoghi di incontro pubblici, ecc.). Il fatto di non suggerire per questo ambito indicatori o fonti dati ha permesso ad ogni realtà territoriale di predisporre la presentazione dell'ambito a seconda della propria "vocazione" al tema. Sono pertanto cinque i Profili che dedicano uno specifico spazio a questo ambito, trattandolo in modo più o meno ampio, approfondendo alcuni aspetti o riportando gli esiti di ricerche tematiche svolte sul territorio. In altri tre casi si è scelto di trattare il tema in diverse parti del Profilo, mentre sono solo 2 i Profili nei quali non si rintracciano queste tematiche.

Dall'analisi svolta si possono quindi individuare due modi di analizzare i servizi, le risorse, la domanda di cultura e tempo libero: si tratta il tema della cultura e tempo libero come ambito a sé stante oppure lo si considera in modo trasversale, in riferimento a target specifici, al capitale sociale, alle relazioni di prossimità.

Profili che trattano il tema come ambito a sé stante:

Il Profilo di Modena si sofferma sul ricco sistema di offerta delle 93 biblioteche dislocate sul territorio, la maggioranza

comunali, sui prestiti ed utenti attivi dei sistemi e servizi bibliotecari. A questo proposito si ricorda l'attività di promozione della lettura per l'utenza svantaggiata, utenti anziani a scolarità debole e famiglie di immigrati.

Il Profilo di Parma colloca la presentazione dell'ambito nella sezione relativa ai fattori di impatto sulla salute e il benessere. Parma, come Cesena, presenta poi il tema dell'offerta ai giovani.

Il Profilo di Piacenza riporta l'offerta di servizi bibliotecari, teatrali e museali, così come quello di Reggio Emilia, che si sofferma ampiamente nel valorizzare, oltre all'attività culturale presente in provincia (i teatri e lo spettacolo, i servizi bibliotecari, gli eventi, quali i festival e le fiere locali, le sale mostra, i musei), anche i luoghi di pregio storico-architettonico e le vestigia, nonché l'editoria locale. Inoltre, viene dedicata una sezione specifica allo sport, tema non considerato così approfonditamente in altre sedi, con un paragrafo specifico sui disabili iscritti alle società sportive.

Infine, anche il Profilo di Rimini riporta considerazioni positive sullo stato dell'offerta in questo settore, considerata composita e diffusa e, parallelamente, sulla fruizione da parte dei cittadini, rilevata in aumento.

La politica culturale perseguita a livello provinciale si traduce in attività di coordinamento e realizzazione di iniziative che prevedono il coinvolgimento di più soggetti, rafforzando le relazioni fra loro e con le istituzioni. Anche in questo caso si sceglie di riportare in questa sede un Profilo delle opportunità di fare sport nel territorio (società sportive, associazioni e gruppi sportivi).

Profili che trattano il tema in modo trasversale

Tra i Profili che trattano il tema in modo trasversale, quello di Cesena si sofferma sul tema dell'offerta al mondo giovanile relativamente a diverse forme artistiche quali il teatro, le arti visive, la musica e la danza: si possono citare, oltre a Biblioteca dei ragazzi, la Scuola in teatro, l'Arena spettacolo, la Scuola Città in musica, Villa Silvia Rock Camp ed il concorso per "giovani videomakers". Inoltre presenta due progetti di animazione: il primo realizza attività di animazione di strada, modalità per coinvolgere e rendere protagonisti i giovani (circa 600) rinforzando i fattori protettivi e le risorse presenti nei gruppi di aggregazione spontanei, il secondo progetto coinvolge in maniera partecipata circa 150 ragazzi con la realizzazione di eventi musicali in teatro o in piazze pubbliche, con circa 2.000 spettatori all'anno.

Il Profilo di Forlì evidenzia temi afferenti alla cultura e tempo libero in due parti del documento. Nel primo caso riporta risultati di rilevazioni e indagini nazionali: (ad esempio, il territorio di Forlì-Cesena si colloca al 5° posto per intrattenimento, al 28° posto per acquisti in libreria, e al 9° posto per presenze di cinema), nel secondo riprende i temi del tempo libero trattando delle relazioni di prossimità (qui viene evidenziata l'importanza dello spazio di utilizzo comunitario).

Infine, nel Profilo di Ravenna, laddove si parla di capitale sociale, vengono riportati gli esiti di una ricerca empirica che evidenzia come in questo territorio vi sia una ricca offerta culturale, da potenziare comunque attraverso la scuola e tutte le altre attività di formazione e diffusione culturale, per promuovere integrazione, tolleranza, capacità di leggere il presente e progettare il futuro.

⁷⁵ Unioncamere Emilia-Romagna, Rapporto 2006 sull'economia regionale, 2006.

5.11 Reti sociali e solidaristiche

Capitale sociale

Il tema del capitale sociale, previsto dallo schema regionale, è trattato con un apposito paragrafo/capitolo/sezione da otto Profili su dieci (non lo fanno Ferrara e Forlì), in alcuni casi presentando dati che originano da specifiche indagini condotte sul territorio; in altri prendendo a riferimento ricerche realizzate da altri soggetti, come ad esempio quelle di Unioncamere Emilia-Romagna⁷⁵.

Se si considera questa differenziazione delle scelte adottate dai singoli territori, unita al fatto che la Regione non forniva né univoche definizioni operative degli indicatori e né le fonti, ci si rende facilmente conto di come sia complesso anche con riferimento a questo ambito giungere ad una lettura d'insieme delle principali evidenze dei dieci Profili di comunità.

Ciò che deve certamente essere sottolineato – e che tutti i Profili, indipendentemente dai dati utilizzati e presentati, mirano ad evidenziare – è la considerevole dotazione di capitale sociale caratterizzante il proprio territorio, come emerge anche dalla sopraccitata indagine di Unioncamere (ad esempio citando, appunto, i dati sull'associazionismo, sul volontariato, sulla forte presenza di cooperative sociali, o risultati di survey su fiducia, valori, ecc.).

Effettivamente tutte le ricerche condotte in questi anni sul tema posizionano sempre le province dell'Emilia-Romagna nella prima parte della "graduatoria" delle realtà territoriali maggiormente ricche di questa risorsa.

La partecipazione elettorale alle elezioni amministrative è un indicatore che non viene presentato da nessuno dei dieci Profili. Solo un Profilo (Piacenza) indica la posizione che la provincia occupa nella graduatoria nazionale in ter-

mini di votanti alle elezioni politiche (32esima) e ai referendum (59esima)⁷⁶.

Associazionismo e OdV

Come già evidenziato, per gli indicatori di questo ambito, lo schema proposto dalla Regione Emilia-Romagna non forniva alcuna definizione operativa. Di conseguenza, entrando nel dettaglio di quanto presentato dai singoli Profili di comunità, si trovano dati assai disparati. Volendo individuare alcune informazioni di sintesi che possano fornire una macro-tendenza o una quantificazione del fenomeno, si può ricordare che Cesena segnala che sul proprio territorio operano 700 associazioni, corrispondenti ad 1 ogni 272 residenti, così come Forlì ne conta oltre 800. Piacenza, utilizzando anche in questo caso le "graduatorie" delle province italiane, segnala la trentottesima posizione occupata in Italia rispetto a questo indicatore.

Raccolta differenziata rifiuti

La raccolta differenziata dei rifiuti è un dato trattato nei Profili di Piacenza, Parma, Bologna, Ravenna, Cesena, Rimini. Ciò che nel complesso si può evincere è un giudizio positivo sul buon livello di raccolta differenziata ottenuto a livello locale (si va dal 42% segnalato da Ravenna, a circa il 30-32% di Bologna e Cesena, fino al 25% di Rimini), anche se non sempre sono raggiunti i livelli previsti dalla normativa vigente (35%) e dagli obiettivi che si erano ex ante prefissati le stesse Amministrazioni locali. Il profilo di Piacenza segnala un'elevata percentuale di raccolta differenziata, ma senza riportare dati.

Sangue

Lo schema regionale guarda anche al sangue, in termini di "raccolta e consumo". L'indicatore non è stato fornito da alcun Profilo.

⁷⁵ E' da ricordare che il dato sulla partecipazione ai referendum non può essere pienamente assunto a indicatore di senso civico, dal momento che

negli ultimi anni l'astensione al referendum è stata indicata e usata da alcuni partiti politici come una delle possibili opzioni politiche.

The background features a series of white, curved lines that create a sense of depth and movement. These lines are arranged in a way that suggests a three-dimensional space, with some lines appearing to recede into the distance while others curve towards the viewer. The overall effect is a dynamic and modern aesthetic.

Cap. 6
**Le indicazioni per
la programmazione**

Cap. 6 Le indicazioni per la programmazione

6.1 I Profili di comunità come strumento olistico di programmazione. Una scommessa vinta?

Nel presente capitolo si sono volute evidenziare (per gli ambiti che lo hanno consentito) alcune indicazioni per la programmazione proposte nei Profili stessi.

L'analisi di questi contenuti dei Profili, non sempre riportati nell'apposita parte terza, è di particolare interesse anche per "testare" e verificare l'efficacia dello strumento "Profilo di comunità" rispetto ad uno dei suoi obiettivi più innovativi: cioè di evidenziare specifiche problematiche cui dare risposte nella programmazione a partire dall'analisi complessiva dello "stato di benessere" della comunità, evidenziando pertanto i bisogni trasversali a tutti i cittadini (ad esempio, salute, sicurezza, cultura e tempo libero, benessere, istruzione, ecc.), ma anche i bisogni espressi da cittadini in particolare condizione di disagio conclamato o, ancora, i bisogni potenziali. Il tutto in relazione alle risposte messe in campo dai sistemi di welfare locale. Come si legge, infatti, nelle note metodologiche predisposte dalla Regione per la formulazione del Profilo: "esso è uno strumento essenziale per mettere in evidenza le peculiarità di un territorio, dal punto di vista sia del "volto" che tale territorio mostra nel complesso (in riferimento alla struttura demografica, alla salute della popolazione, agli stili di vita, alla condizione socio-economica, all'assetto del mercato del lavoro e della struttura produttiva, ai rapporti di genere), sia delle problematiche da affrontare e, infine, delle risorse disponibili e/o attivabili".

L'aspetto innovativo del Profilo di comunità rispetto al Profilo di salute (da cui prende origine), come anche sottolineato dagli attori coinvolti nel focus group⁷⁷, risiede proprio nel fatto che lo sguardo sulla comunità è da intendersi "a tutto tondo" e gli esiti di questa analisi sulla comunità devono necessariamente portare a individuare linee di indirizzo per tutti i cittadini della comunità stessa (chi esprime un bisogno potenziale, chi conclamato, ecc.). Ancora, nelle note metodologiche sopra citate, si ribadisce infatti che esso "costituisce una lettura ragionata e partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione e, come tale, è uno strumento di supporto nella individuazione delle criticità e delle priorità da considerare all'interno della programmazione e delle politiche territoriali sociali, socio-sanitarie e sanitarie [...] non contiene scelte di programmazione, ma a partire dall'analisi di dati quantitativi e qualitativi mira ad identificare i punti rilevanti che la programmazione sociale e socio-sanitaria deve affrontare, i bisogni e le tendenze dello sviluppo demografico, sociale, economico, ambientale, ecc. di un dato territorio".

Rispetto al raggiungimento di tali obiettivi – già certamente complessi e "ambiziosi" - occorre da subito evidenziare alcuni limiti ed ostacoli: il primo è contingente e ha a che fare con un dato di contesto. I dati da cui parte l'analisi sono riconducibili prevalentemente agli anni 2006 e 2007 ma, come noto, è nel corso del 2008 che gli effetti della crisi economica mondiale cominciano a prodursi anche nella nostra regione. Pertanto, pur senza che questo elemento invalidi le analisi effettuate, occorre tenerne conto per ripartire con opportuni e mirati aggiornamenti, soprattutto rispetto all'offerta di alcuni servizi che certamente avranno avuto – soprattutto nella seconda parte del 2008 – una pressione maggiore da parte

di una fascia di popolazione toccata dalla crisi. L'altro limite, come si è già avuto modo di sottolineare, riguarda invece il fatto che su alcune aree particolarmente importanti per sondare il benessere complessivo della popolazione (ci si riferisce all'ambito socio-economico e a quello formativo-lavoristico) i Profili non sono riusciti ad esprimere analisi complete ed esaustive (per ragioni ovviamente non imputabili a cattiva volontà, ma dovute a problemi oggettivi di accesso a rilevazioni aggiornate e puntuali dei dati).

Nei profili si rintracciano indicazioni e sollecitazioni diverse: alcuni danno molto spazio ai **risultati raggiunti** in seguito al rafforzamento dei servizi già avvenuto; altri sottolineano maggiormente **le necessità del sistema** dei servizi, ponendo l'accento su quelli da potenziare, pena l'impossibilità di soddisfare adeguatamente una domanda in aumento e sempre più complessa. Talvolta tale accento si trasforma in veri e propri allarmi, tali da far parlare di "affanni del sistema"; alcuni, infine, si soffermano in particolare sulle fragilità delle persone che ancora non si sono trasformate in specifiche domande di intervento (emblematiche in tal senso le riflessioni sulla trasformazione della famiglia).

Nelle pagine che seguono vengono proposte, suddivise secondo la classificazione per ambiti e target, le riflessioni dei Profili che si possono considerare più generali e trasversali rispetto a quanto già esposto nei capitoli precedenti in relazione al commento dei singoli indicatori.

Nell'ultimo paragrafo, infine, si propone una sintesi delle elaborazioni svolte dai Profili nelle parti conclusive del testo, considerabili - proprio come lo schema regionale richiedeva - come un'analisi delle principali tendenze e criticità.

Quanto di seguito evidenziato non ha alcuna pretesa di esaustività, anche perché i contenuti elaborati dai Profili sono davvero ricchi di osservazioni e spunti utili alla riflessione comune. Si è voluto tuttavia offrire una esemplificazione di come i Profili hanno "interpretato" la nuova opportunità offerta: cioè di leggere bisogni, tendenze, criticità della comunità in una logica non solo settoriale.

6.2 Indicazioni per la programmazione: gli anziani

L'area anziani e, più in generale, l'area della non autosufficienza, come ribadito più volte, risentono positivamente dell'implementazione di misure straordinarie ed anche ingenti, oltretutto applicate ad un sistema di servizi a rete già consolidato, sperimentato nella Regione (Fondo regionale e Fondo nazionale per la non autosufficienza). E si sa che, nonostante il fondo regionale non sia evidentemente indirizzato alla popolazione anziana per la sua totalità, quest'ultima per ovvie ragioni ne assorbe una parte decisamente maggioritaria. Non va dimenticato che le analisi proposte nei Profili si riferiscono ad un periodo di prima applicazione del Fondo (al primo e in taluni casi al secondo anno), il che lascia supporre che gli effetti positivi dell'implementazione non possano che aumentare.

Molteplici e trasversali sono pertanto le osservazioni che evidenziano i **"risultati raggiunti dal sistema"** grazie appunto ad una prima implementazione del Fondo, come si è avuto modo di sottolineare nella parte relativa all'analisi dei commenti dei Profili per questo target (Cfr capitolo 5)

⁷⁷ Confronta capitolo 1 sulla metodologia del percorso di ricerca svolto.

Le "necessità del sistema"

Alcuni Profili, tuttavia, non mancano di rilevare bisogni e criticità che ancora permangono. È del Profilo di Ravenna un'analisi critica che, ponendo l'accento, anche con coraggiosa capacità di analisi, sull'efficacia del poderoso sistema di servizi per anziani, con dati puntuali, si interroga sulla reale capacità

dell'attuale sistema di welfare di rispondere ai bisogni della popolazione anziana: si precisa infatti che i servizi danno risposta al 7% degli anziani con più di 74 anni, pertanto ciò significa raggiungere solo una parte degli anziani bisognosi (ci si basa sul fatto che in regione la percentuale di non autosufficienza è del 16%), significa inoltre che i servizi si sono specializzati nell'intervenire su specifici bisogni e intercettano solo una parte degli utenti che hanno problemi di autonomia, probabilmente quelli più gravi e compromessi. Il resto dei problemi di salute e delle limitazioni nelle abilità della vita quotidiana vengono quindi gestiti e "risolti" privatamente in famiglia, con l'eventuale supporto del medico di medicina generale (MMG) e di "badanti". A supporto di tali riflessioni viene citato uno studio condotto su tutta la regione (studio Argento, 2003) nel quale emergeva che il personale socio-sanitario interviene in meno del 5% dei casi; altri soggetti ad intervenire sono le badanti (17%) e i famigliari (60%). Sempre Ravenna introduce una ulteriore criticità connessa all'aumento della fragilità del sistema famiglia: bambini e anziani restano a carico di nuclei famigliari sempre più ristretti e in evidenti difficoltà nel conciliare tempi di vita-lavoro-assistenza-cura e nella loro capacità di fornire supporto economico, psicologico ed educativo.

Nel Profilo di Modena si ribadisce la necessità di considerare tutto l'ambito di cura ed assistenza alle persone anziane con disabilità in modo unitario e con reciproche influenze tra i settori interessati. Nel Profilo si riprendono le principali criticità esistenti che diventano anche possibili piste di lavoro: garantire aspetti di autonomia economica, di opportunità di una vita attiva e sana (stili di vita, attività motoria, stimoli intellettuali adeguati, socializzazione) anche attraverso l'incremento di forme di assistenza a bassa soglia, al fine di mantenere un crescente benessere degli anziani; sostenere la salute delle persone anziane attraverso il Case Management delle situazioni più a rischio come il diabete, i disturbi cognitivi, lo scompenso cardiaco, la terminalità; mantenere un livello di copertura del 3% dei servizi residenziali, prevedendo un aumento di posti convenzionati (40/50 posti all'anno).

Anche il Profilo di Bologna ribadisce la necessità di rafforzare la continuità di cura e assistenza, di valutare l'appropriatezza dell'intervento, di realizzare una reale integrazione socio-sanitaria attraverso la connessione fra ospedale, medico di base e servizi territoriali.

In conclusione, come ribadito dagli operatori sociali e sanitari di Piacenza (coinvolti con alcune interviste/focus sull'individuazione dei principali bisogni emergenti) l'offerta dei servizi per anziani è particolarmente ampia, gli sforzi fatti in questa area, anche in termini di risorse economiche investite, sono notevoli, tuttavia data la crescita della domanda, l'offerta di interventi per anziani rimane una priorità. Aggiunge Cesena che gli sforzi devono essere indirizzati al governo integrato del sistema dei servizi.

Nonostante i risultati raggiunti, i Profili ribadiscono la necessità di continuare a monitorare il cambiamento della do-

manda, come si è visto (cfr. capitolo 5), soprattutto in relazione alle nuove fragilità: gli anziani sono tanti, le problematiche di cui sono portatori mutano con una certa rapidità e continueranno a mutare, e tali aspetti interesseranno ancora in modo pesante i policy makers. Alcune osservazioni proposte paiono particolarmente stimolanti e vi si rimanda: monitorare la domanda non espressa, la fragilità legata alla solitudine e ai rischi di non autosufficienza, la consapevolezza che gli "anziani di domani" saranno profondamente diversi da quelli di oggi, probabilmente più consapevoli dei loro problemi di salute, ecc. Tutti aspetti che esortano a far fruttare al meglio le tante conoscenze già maturate, ma anche a ripensare la rete attuale dei servizi - che forse oggi non rispondono più come in passato al bisogno (si ricorda le considerazioni proposte da alcuni Profili sulla necessità di rivedere il servizio di assistenza domiciliare sociale), applicando in modo sempre più appropriato le nuove norme regionali in materia (DGR 509/07, DGR 1206/07, ecc.).

6.3 Indicazioni per la programmazione: famiglie e minori

Nei Profili di comunità, il "soggetto famiglia" è spesso al centro della riflessione in diversi ambiti (anziani, disabili, ecc.). Laddove si pensi alla famiglia come luogo di genitorialità, quindi alla famiglia con figli minori, essa diviene uno dei soggetti di interesse delle politiche, in quanto parte costitutiva della comunità stessa e pertanto oggetto e soggetto di interventi integrati sia per il sostegno alla quotidianità, sia nelle situazioni di disagio conclamato.

Certamente, e lo dimostrano i dati - laddove riportati - relativi alla spesa sociale degli Enti locali, l'area delle politiche famigliari ha assunto un nuovo peso negli ultimi decenni entro le politiche di welfare complessivamente intese: ma, in generale, si può dire che gli sforzi maggiori dei Comuni sono stati rivolti a rafforzare la rete dei servizi educativi di cui si parla in uno dei paragrafi successivi (in particolare quelli per la primissima infanzia: in più di un Profilo si rileva come la spesa per i nidi d'infanzia sia fra le più significative dei bilanci comunali). Permane la sensazione che invece nell'area del disagio conclamato di minori e famiglie gli sforzi dei servizi pubblici vadano ulteriormente sostenuti ed ottimizzati. Sono segnalati problemi come le madri sole, la problematicità degli adolescenti e l'abbandono scolastico, i minori stranieri, la fragilità di famiglie che sostengono con difficoltà il loro ruolo educativo, i problemi derivanti dalle separazioni conflittuali, ecc.: nuovi bisogni che non sempre si traducono in domanda di servizi già previsti e rispetto ai quali spesso c'è difficoltà ad individuare risposte efficaci.

È il caso del profilo di Piacenza che esplicita la necessità di più posti in centro diurno socio-educativo e di quello di Modena che richiama un potenziamento della mediazione famigliare. Più in generale, questa "nuova pressione" richiederebbe però un forte investimento in risorse umane adeguatamente formate.

Un sistema in affanno

I Profili propongono osservazioni particolarmente critiche connesse alle grosse difficoltà del sistema nel rispondere ad una domanda che cresce in drammaticità. Emblematica la denuncia del Profilo di Ferrara circa l'assoluta inadeguatezza dell'organico degli operatori coinvolti negli inter-

venti per minori e famiglie in difficoltà. Nel Profilo si aggiunge una disamina della dotazione di personale del servizio minori, introducendo anche alcuni indicatori specifici e dimostrando come tali indicatori, negli anni, evidenzino una progressiva contrazione delle risorse umane. Tale contrazione è poi posta – nella sua drammaticità – in relazione alla necessità di scelte prioritarie negli interventi.

Sul tema della fatica degli operatori e della necessità di sostegno richiesto, anche il Profilo di Bologna denuncia ad esempio la difficoltà degli operatori del servizio adozione (che pure è stato potenziato in termini di organico) e richiama la necessità di avere strumenti adeguati ottenibili attraverso supervisione e formazione continua.

Le "necessità del sistema"

Rispetto alle necessità del sistema i Profili propongono suggerimenti e piste di lavoro circostanziate e precise. Molte sollecitazioni vanno nella direzione della garanzia di supporto alla funzione genitoriale ed educativa (espliciti in tal senso i Profili di Modena, Reggio Emilia, Bologna, Ravenna); della garanzia di accesso integrato ai servizi infanzia, donne, nascita, famiglia (con particolare sottolineatura a Modena); del maggiore sostegno di cui necessitano le famiglie affidatarie ed adottive anche al termine del percorso pur conclusosi positivamente (è il caso esplicitato, ad esempio, nei Profili di Modena, Bologna, Parma, Ferrara).

In generale si può condividere la "tagliante" analisi del profilo di Ravenna che sottolinea la necessità di dare risposte "non più cristallizzate, sebbene cristallizzate in un modello di eccellenza", che però oggi rischiano di riprodurre modelli consolidati di risposta con il rischio di trascurare i nuovi bisogni emergenti, pur avendo funzionato nel passato. Le nuove emergenze richiedono infatti un "nuovo sforzo creativo".

Nonostante le sopra citate difficoltà, molte delle osservazioni proposte tendono ad evidenziare gli sforzi fatti per migliorare la rete dei servizi, per renderla più integrata e congruente ai bisogni espressi: ed anche di come questa rete di servizi comunque articolata e sofisticata abbia indotto il meccanismo virtuoso di aumento della domanda (fenomeno tipico in più di un comparto delle politiche di welfare locali sanitarie, socio-sanitarie, socio-educative entro un sistema di "welfare realizzato"). A tal proposito, nel capitolo conclusivo, il Profilo di Cesena cita i Consulenti famigliari come servizi che negli anni sono sempre più diventati "sensori" del livello di disagio psichico e sociale presente nella popolazione, ivi comprese le problematiche di disagio familiare grave che ha portato al conseguente aumento dei minori in affido. L'analisi Swot condotta dal Profilo di Piacenza conferma che i servizi e gli interventi per minori e famiglia, così come, in generale, la competenza degli operatori socio-sanitari sono punti di forza dell'offerta socio-sanitaria.

I "risultati raggiunti dal sistema"

L'attenzione alle fragilità delle famiglie e a come esse esprimano un malessere trasversale e crescente emerge come problema in più di un Profilo. A titolo esemplificativo, le riflessioni proposte dal Profilo di Ravenna possono essere proposte come generalizzabili.

Il cambiamento della domanda

L'attenzione alle fragilità delle famiglie e a come esse esprimano un malessere trasversale e crescente emerge come problema in più di un Profilo. A titolo esemplificativo, le riflessioni proposte dal Profilo di Ravenna possono essere proposte come generalizzabili.

È il contesto comunitario che, pur mantenendo ancora solide alcune positive caratteristiche, rileva delle nuove criticità cui difficilmente è pensabile che i servizi debbano fare fronte: fra le questioni su cui porre attenzione, secondo il Profilo di Ravenna, una riguarda le nuove vulnerabilità sociali: viene percepito un aumento di situazioni problematiche di varia natura che destabilizzano il benessere della comunità e che coinvolgono inaspettatamente persone che "fino a ieri stavano bene", fra cui molto spesso, famiglie e, conseguentemente, bambini e ragazzi che in esse vivono.

6.4 Indicazioni per la programmazione: l'immigrazione

Come già ribadito (cfr. capitolo 5), nei Profili emerge un'attenzione a dimostrare come l'immigrazione non sia più un'emergenza, ma costituisca ormai una componente stabile della popolazione. A prova di questo, ci si sofferma sull'aumento di ricongiungimenti famigliari (di donne e bambini), di case in proprietà, sulle tante attività imprenditoriali gestite da persone immigrate, tutti aspetti che necessitano, insieme ad interventi uguali a quelli per i cittadini italiani, anche di interventi mirati (connessi con le diversità culturali, con le esigenze tipiche dei migranti legate alla normativa di settore per l'ingresso, i ricongiungimenti, ecc.) per tutti gli immigrati che già vivono nelle comunità locali e che hanno scelto di stabilizzarsi.

Per queste ragioni è difficile riportare le indicazioni proposte dai Profili in classificazioni rigide: quanto sollecitato riguarda principalmente la necessità di mettere in campo risposte sempre più adeguate da parte del sistema dei servizi, che sono a loro volta efficaci se inserite in una collettività accogliente e capace di sempre migliore integrazione interculturale.

Le "necessità del sistema"...

Alcuni profili pongono l'accento sulla necessità di considerare la questione delle giovani generazioni. Sono infatti numerosi i bambini e i ragazzi presenti nelle scuole dell'infanzia e dell'obbligo e molti di essi affrontano insuccessi scolastici più accentuati rispetto agli studenti italiani. Un altro aspetto

è quello dei conflitti generazionali, in primis con i genitori, che possono diventare anche conflitti sociali per le incomprensioni che essi creano all'interno della comunità e quindi ostacoli per una reale inclusione sociale. Tutti questi sono aspetti da monitorare con grande attenzione e rispetto ai quali i servizi devono attrezzarsi o potenziare la capacità di sapere cogliere e gestire determinate situazioni.

Altra questione da monitorare riguarda l'emancipazione femminile attraverso un apprendimento della lingua adeguato e l'inserimento nel mondo del lavoro. A tal proposito si evidenzia come le opportunità lavorative siano ristrette solo ad alcune attività e come vi siano situazioni di forte isolamento di molte donne. Con riferimento alle assistenti famigliari si parla della necessità di contrastare il lavoro irregolare.

Una forte (in termini numerici) e stabile presenza di immigrati significa anche una maggiore richiesta di servizi (sanitari, educativi, assistenziali, ecc.). Inoltre, alcuni profili individuano anche la tendenza, anche se debole per ora, all'aumento di persone anziane immigrate: da qui la forte preoccupazione circa la sostenibilità dei sistemi di welfare locali.

Alcuni Profili si spingono anche ad indicare specifici interventi da potenziare (ad esempio Bologna per quanto riguarda la mediazione linguistico-culturale) e, in generale, richiamano

di frequente la necessità di sostenere le competenze linguistiche delle persone immigrate.

Ancora non risolte le questioni relative alla casa e al lavoro.

Gli "affanni" del sistema"

Per quanto riguarda il lavoro si aggiunge il problema della disoccupazione anche tra gli immigrati (che avevano già avuto accesso al lavoro), che vivono in modo più drammatico e pressante il disagio economico per l'isolamento e la mancanza di reti familiari.

Accanto a questi aspetti non vanno dimenticate problematiche afferibili a specifici target della popolazione immigrata: si tratta dei minori non accompagnati, che richiedono sempre un considerevole impegno dei servizi nel costruire percorsi adeguati, e dei rifugiati/richiedenti asilo, la cui assistenza è resa difficoltosa dalla legislazione nazionale, per cui gli enti locali tamponano una situazione che, dal punto di vista formale, non consente di praticare effettivamente l'accoglienza per motivi umanitari.

Una questione "di tutti"...

Più in generale, alcuni Profili trattano il tema dei rapporti tra cittadini italiani e immigrati evidenziando le difficoltà delle comunità locali a convivere con questa nuova popolazione, definita come "il nuovo volto giovane delle città" (Bologna, Ravenna). A tal proposito Reggio Emilia evidenzia l'emergere di un possibile "aumento della insofferenza e del rancore degli italiani più poveri per l'aumento della competizione con gli immigrati per i servizi sociali". Interessante anche un'indagine effettuata a Ravenna ove si legge che "più della metà dei cittadini della provincia di Ravenna ritiene che gli immigrati accedano ai servizi elencati più facilmente": da qui deriva una percezione di non tutela con conseguente rivendicazione di priorità nell'accesso ai servizi da parte dei residenti italiani (in particolare emerge l'opinione che gli stranieri ottengano più facilmente i servizi sanitari, il posto nei nidi d'infanzia, la casa popolare). Conclude il Profilo di Reggio Emilia, provincia in prima linea per presenza di popolazione immigrata, che "nei prossimi anni sui temi dell'immigrazione e del rapporto coi cittadini stranieri il sistema dei servizi necessiterà non tanto di investimenti in strutture o nuovi servizi, quanto in costruzione di relazioni e di reti stabili con i nuovi cittadini, in modo da prefigurare, in un quadro di valori e principi fondamentali condivisi, una nuova identità sociale in cui tutti si possano riconoscere".

Per quanto riguarda il lavoro si aggiunge il problema della disoccupazione anche tra gli immigrati (che avevano già avuto accesso al lavoro), che vivono in modo più drammatico e pressante il disagio economico per l'isolamento e la mancanza di reti familiari.

6.5 Indicazioni per la programmazione: esclusione sociale e povertà

Nei Profili non sono rintracciabili linee di politiche locali strutturate e condivise a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale. L'individuazione di tali politiche è certamente ostacolata dalla limitata disponibilità di dati omogenei e attendibili, di fonti integrate, "istituzionali" e non e, soprattutto, di indicatori generali validi e condivisi per la misurazione della povertà.

Su questo tema la Regione Emilia-Romagna sta lavorando da diversi anni sollecitando la questione e cercando di trovare correttivi al sistema di rilevazione dati⁷⁸. E non va poi

dimenticato il prezioso lavoro svolto in riferimento al nomenclatore dei servizi. Tuttavia, almeno da quanto trapela dall'analisi dei Profili, ancora non sembrano superati i problemi sopra descritti.

Nei Profili il concetto di esclusione sociale è stato perciò trattato collegandosi a specifici gruppi di popolazione che, per stili di vita – nomadi - o per esperienze individuali – carcerazione – sono in una situazione di disagio. È stato più difficile trattare le cosiddette "nuove povertà" pur per chi ha tentato quantomeno di affrontare il fenomeno.

6.6 Indicazioni per la programmazione: i disabili

Il cambiamento della domanda

I Profili evidenziano come la disabilità si manifesti con caratteristiche molto diverse: dalla disabilità acquisita, alle problematiche dovute all'invecchiamento dei disabili, dalle pluripatologie, alle situazioni di disabilità gravissima di minori. In alcuni casi è segnalato l'aumento del fenomeno

dell'autismo, riportandolo al dibattuto tema della definizione e classificazione delle situazioni di disabilità.

Per rispondere a tale mutato quadro della popolazione disabile, molti Profili sottolineano l'ampia offerta di servizi per questo target, servizi, soprattutto residenziali e semiresidenziali, spesso di eccellenza. Emerge inoltre l'impegno e lo sforzo dei servizi per dare risposte adeguate, attraverso l'attivazione di strutture capaci di soddisfare i diversi bisogni assistenziali e di cura, di percorsi di inserimento lavorativo sempre più in rete con i vari soggetti del territorio, di interventi per consentire autonomia nella vita quotidiana.

Viene citato a tale proposito anche il Fondo regionale per la non autosufficienza che potrebbe consentire un rafforzamento degli interventi di cui ogni territorio ha più necessità. In alcuni Profili viene esplicitata la necessità di un potenziamento dell'offerta residenziale e nella maggior parte dei casi, emerge la necessità di uniformare maggiormente la risposta dei servizi: vi sono infatti distretti che entro una stessa provincia privilegiano gli interventi domiciliari, altri l'accoglienza in strutture.

I "risultati raggiunti" dal sistema"

Le "necessità del sistema"...

Altra attenzione sempre presente e sottolineata nei Profili riguarda la famiglia della persona disabile: la famiglia è sia destinataria di azioni di sostegno nelle sue funzioni di cura, sia soggetto attivo e importante nella realizzazione degli interventi. Molta parte delle azioni realizzate a favore dei disabili sono infatti sostenute dall'associazionismo familiare (nelle sue varie forme giuridiche: cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato), soggetto che diventa quindi partner indispensabile del pubblico nella realizzazione delle politiche.

Tali politiche sono attuabili e sostenibili proprio anche attraverso il coinvolgimento fattivo delle famiglie e della comunità tutta: si pensi, a titolo di mero esempio, all'importanza del coinvolgimento dell'associazionismo

⁷⁸ Confronta capitolo 1 sulla metodologia del percorso di ricerca svolto.

sportivo per la realizzazione di attività per il tempo libero dei disabili (minori e adulti).

Il complessificarsi delle problematiche sopra citate, la necessità di integrazione socio-lavorativa e scolastica portano ancora in primo piano l'esigenza di pensare risposte altamente specializzate e diversificate e, di necessità, integrate (con l'Ausl, con la Scuola, con la comunità locale, con il mondo imprenditoriale, ecc). E tuttavia emerge anche la difficoltà dei servizi ad orientarsi verso un'ottica di progetto di vita: la tradizionale suddivisione tra servizi per l'infanzia, per l'età adulta, per gli anziani, rischia di lasciare scoperte le fasi di passaggio quali l'adolescenza, l'ingresso nella maggiore età, l'ingresso nell'età anziana.

Da segnalare infine una preoccupazione riportata da più Profili, soprattutto laddove si dà voce agli operatori e riguardante le disabilità acquisite: si tratta di un fenomeno percepito come in crescita (laddove si riesce a misurarlo lo risulta anche di fatto, non solo percettivamente) e rispetto al quale gli operatori e i servizi si scoprono meno attrezzati.

6.7 I Profili come strumenti per la programmazione: l'ambito sanitario

Le
"necessità
del sistema"...

Servizi consolidati quali i Consultori familiari stanno vivendo le stesse dinamiche di servizi altrettanto consolidati, quali il Sert e i servizi per la salute mentale: la complessità delle prestazioni richieste, a partire anche dalla presenza di utenti immigrate portatrici di nuovi bisogni, si associa alla difficoltà a reperire le risorse umane necessarie. Nei Consultori familiari cresce l'assistenza alla gravidanza a scapito di quella alla menopausa, alla contraccezione e all'assistenza psicologica, aree di intervento che si dice dovrebbero essere rafforzate. L'attenzione a questo servizio e alla sua evoluzione è, come si è visto, costante in quasi tutti i Profili: ne è una prova anche il ricorrere in più parti del Profilo dell'analisi di questo servizio (come si è visto, se ne parla nell'ambito socio-sanitario sia per il target minori e famiglie, sia per l'immigrazione, se ne parla nell'ambito sanitario, si riprende il tema nelle parti conclusive).

Rispetto al sistema dei servizi per la Salute mentale sono necessari maggiori sforzi per l'implementazione dell'integrazione organizzativa e professionale tra i settori del Dipartimento di salute mentale, per promuovere la salute mentale e contrastare le dipendenze patologiche, secondo una concezione allargata di benessere psicologico, relazionale e sociale. Insomma, è auspicata una maggiore integrazione sanitaria e sociale a tutti i livelli – interistituzionale, istituzionale, gestionale, professionale – e in tutti i settori. Si suggerisce anche che occorrerebbe migliorare la risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica.

Va ricordato anche il tema dei nuovi utenti Sert che hanno meno di 20/25 anni: le problematiche di questa particolare tipologia di utenza sono legate prevalentemente al consumo di eroina e cocaina e le risposte non possono che essere mirate. Nell'ambito dei servizi del Sert è necessario inoltre potenziare l'impegno in interventi rivolti alla fascia degli immigrati.

Merita citare a titolo esemplificativo quanto riportato nella parte finale del Profilo di Reggio Emilia, dove si esplicita che dato l'aumento rilevante sul piano epidemiologico di deter-

minati quadri clinici dovuti all'insorgenza di nuove forme di problematiche psicosociali e disagio psichico, occorre individuare strategie ed offrire percorsi differenziati in particolare in alcuni ambiti di intervento: le famiglie multiproblematiche e le "nuove povertà", i disturbi dell'apprendimento, l'assistenza ai gravi cerebrolesi, le condizioni di disagio dell'età adolescenziale e giovanile, i disturbi del comportamento alimentare, le condizioni di "doppia diagnosi", il consumo di cocaina e di stimolanti.

Accanto a questi aspetti che si riferiscono ovviamente a "pezzi" di servizi sanitari e, principalmente, a quelli che richiedono una forte integrazione socio-sanitaria, in alcuni Profili si rintracciano anche analisi ed evidenziazioni di tendenze che riguardano l'organizzazione del sistema di servizi prettamente sanitari, particolarmente importante per la qualità della vita.

È il caso del Profilo di Reggio Emilia che nella parte conclusiva si sofferma, con analisi anche molto articolate, su reti ospedaliere, cure primarie, sanità pubblica, percorsi di cura per pazienti con patologie croniche, oncologiche, rete delle cure palliative, area specialistica ambulatoriale, e il già citato ambito della salute mentale e dipendenze patologiche. In questa sede è opportuno sottolineare come il punto di partenza dell'articolata analisi sia il riconoscimento dell'appropriatezza dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria a livello clinico ed organizzativo e parimenti il riconoscimento del recupero di una stabile efficienza nella allocazione delle risorse. A tali aspetti positivi si associa, però, la necessità di mantenere questi risultati attraverso un ulteriore investimento sui servizi sanitari extraospedalieri e socio-sanitari ed anche un sostegno alla capacità di pianificare e realizzare una programmazione ospedaliera su area vasta, tenendo anche conto dell'accresciuta capacità e inclinazione dei cittadini a scegliere professionisti e luoghi di cura.

L'indicazione data va nella direzione di proporre attività differenziate nelle strutture della Provincia, individuando nella rete ospedaliera "chi fa che cosa", pur nel rispetto della garanzia di equità, appropriatezza, efficacia, sicurezza delle prestazioni. Rispetto poi alle cure primarie, costante è il richiamo al loro ruolo di punto di riferimento per i cittadini e pertanto alla necessità di sostenere i professionisti che vi lavorano sia con la formazione, sia con il sostegno alla creazione di reti funzionali fra professionisti (MMG, in primis, ma anche specialisti, infermieri, ostetriche, tecnici della riabilitazione).

Alla sanità pubblica si chiede di rafforzare la capacità di incidere sui rischi presenti nei luoghi di lavoro in quanto "lettori" di tali rischi e rispetto a stili di vita ed ambiente. Merita citare anche il richiamo all'Università affinché adegui maggiormente i piani di studi per i professionisti delle Cure primarie, affinché siano sempre più in grado di cogliere il mutamento delle esigenze del territorio.

Rete, comunicazione interprofessionale (anche grazie allo sfruttamento sempre più consono delle nuove tecnologie) sono le parole d'ordine che devono permeare i percorsi di cura (per pazienti cronici, oncologici). Rispetto all'area specialistica ambulatoriale, infine, molte sono le indicazioni proposte: un particolare accenno merita la questione dell'ulteriore facilitazione dell'accesso attraverso il consolidamento, in primis, del CUP, a partire da una sua sempre maggiore diffusione: presso le medicine, le pediatrie di gruppo, le farmacia, gli sportelli comunali, ecc.

Nel Profilo di Cesena, nella parte conclusiva, ci si sofferma

sull'offerta ospedaliera e sull'offerta sanitaria territoriale: per la prima, quella ospedaliera, si cita, fra gli altri, il dato della mobilità attiva (grado di attrazione degli ospedali) come un buon indicatore dello "stato di salute" del servizio. Vengono tuttavia evidenziati elementi critici: la crescita costante di domanda di esami diagnostici complessi, il permanere elevato dell'indice di inappropriatazza, il numero di accessi al Pronto soccorso per eventi a basso livello di gravità e urgenza.

Per quanto riguarda invece l'offerta sanitaria territoriale si riprendono alcuni dati positivi (posti convenzionati, screening, vaccinazioni, controlli ambientali e sulle produzioni alimentari) per evidenziare tuttavia anche alcune criticità: ad esempio, l'attività di vigilanza sulla sicurezza del lavoro i cui livelli quantitativi di controllo e salute sulle unità produttive non sono più adeguati ai nuovi parametri stabiliti da Regione e Stato.

6.8 Indicazioni per la programmazione:

L'ambito educativo e socio-educativo

Si ripropongono qui alcune riflessioni generali riguardanti in particolare il sistema di servizi per l'infanzia che si ritengono particolarmente attuali e utili alla riflessione comune. Va detto che il tono che sembra rintracciabile nei Profili è, giustamente, non allarmistico; nella maggioranza dei territori si ha cura di sottolineare gli sforzi compiuti dal sistema di servizi pubblico-privati per rispondere alla domanda sempre in crescita negli ultimi decenni di famiglie e bambini. Si conferma così la "bontà" del fatto che, laddove un sistema a rete già esiste, come nel caso dei servizi educativi per la prima infanzia emiliano-romagnoli, la presenza di finanziamenti continuativi e anche abbastanza consistenti (piano nazionale nidi, finanziamenti regionali in ottemperanza alla legge regionale 1/2000) indubbiamente consenta il raggiungimento di obiettivi anche molto alti (il ben noto tasso di copertura al 33% fissato dall'Europa), oltretutto, a fronte del mantenimento di una qualità che difficilmente viene posta in discussione. A tal proposito, tuttavia, va ricordato che le confortanti e ben note medie provinciali nascondono ovviamente situazioni comunali anche molto differenti, per cui, comunque, ancora ci sono spazi di miglioramento dei tassi di copertura a livello comunale.

Le
"necessità
del sistema"...

Come già sottolineato, emerge una ricorrenza in tutti i Profili che trattano i dati dell'offerta del sistema educativo per la prima infanzia: molto è stato fatto, ma occorre continuare a porsi il problema di come rispondere ad una domanda di cura ed educazione che sembra sempre più scontare seri problemi di tenuta, a fronte soprattutto del crescente peso che le figure genitoriali – e la donna in primis – devono sostenere. Soprattutto a quest'ultimo proposito, come già ricordato, la questione dell'integrazione delle politiche educative con quelle del lavoro in una logica di flessibilità maggiore e di possibilità di conciliazione sembra ormai non più rimandabile. Va tuttavia evidenziato in questa sede che la richiesta di servizi educativi per la prima infanzia, come noto elevata soprattutto laddove la madre lavora, va oggi attentamente monitorata per verificare se se ne rintraccia una flessione, data la crisi economica incombente. Se ciò avvenisse, attenuerebbe il problema delle liste d'attesa ancora presenti in molti comuni della regione, portan-

done tuttavia altri e forse ben più urgenti all'attenzione della discussione politica a tutti i livelli (locale, intermedio, regionale).

Anche rispetto alle scuole d'infanzia, come si è visto, si può rilevare che è ormai assodato che si tratta di un servizio non più a domanda individuale, bensì universalistico. Non si devono comunque dimenticare i problemi di alcune zone che faticano a rispondere in modo esaustivo ad una domanda che, proprio per le ragioni che spingono le famiglie ad accedere al servizio, primariamente di socializzazione, non ha ragioni per diminuire.

6.9 Indicazioni per la programmazione:

politiche abitative

Innanzitutto occorre rammentare che le politiche abitative sono vincolate all'impossibilità di aumentare l'offerta di alloggi in modo rapido e, dal momento che si ha una generale limitata disponibilità di alloggi dedicati all'edilizia residenziale pubblica, accade che, dato l'elevato numero di domande di assegnazione, i nuovi assegnatari ricadano quasi sempre nella fascia delle popolazioni maggiormente svantaggiate.

Fra
"necessità
e "affanni"
del sistema"...

Ne consegue che il "monte canoni" complessivo è destinato a sua volta a diminuire nel tempo, così come le potenziali casistiche di morosità sono destinate ad aumentare. Questo è un aspetto di affanno del sistema più volte evidenziato fra coloro che trattano il dato.

Appare comunque evidente lo sforzo di promuovere una diversificazione delle politiche abitative, secondo una strategia che aumenta la gamma dei possibili destinatari ed elimina il rischio di concentrare grandi risorse in iniziative poco efficaci, dato il mutare continuo dei bisogni in questo ambito. Se da un lato infatti appare chiara l'impossibilità di garantire a tutti l'accesso alla "casa popolare", dall'altro appare necessario aumentare la disponibilità di soluzioni abitative alternative, sia potenziando il numero di alloggi a canone calmierato (anche attraverso la costituzione di Agenzie per l'Affitto che offrano soluzioni abitative temporanee a costi calmierati a famiglie in situazioni di disagio) sia ampliando l'offerta di alloggi con servizi per persone parzialmente non autosufficienti, attraverso un più mirato utilizzo del contributo offerto dal Fondo per la non-autosufficienza, come riporta, in modo puntuale, il Profilo di Forlì.

Un ulteriore aspetto da richiamare riguarda le attuali forme di accordo pubblico-privato: si corre il rischio di finanziare la costruzione di alloggi che in un primo tempo svolgono la loro funzione sociale, per poi essere riassorbiti nel mercato privato della vendita o dell'affitto. Ma il coinvolgimento dei privati nella costruzione di alloggi a basso costo permette alla Pubblica Amministrazione e soprattutto ai Comuni di non sobbarcarsi l'intero costo di tali iniziative. Infine, non sono da sottovalutare le nuove ipotesi di edilizia sociale, come dotazione territoriale ulteriore, a copertura di alcuni bisogni espressi da fasce di popolazione non particolarmente indigenti.

6.10 Uno sguardo "globale": principali tendenze e criticità

Come si diceva, alcuni Profili hanno fatto lo sforzo di proporre alla riflessione politica a livello intermedio (vedi Conferenza territoriale socio-sanitaria), ma anche e soprattutto a quella locale (vedi Distretti) alcuni elementi di criticità ritenuti particolarmente appropriati per evidenziare lo stato di salute e di benessere della comunità globalmente intesa. Come anticipato in premessa a questo capitolo, sembra di particolare interesse soffermarsi su come i territori hanno interpretato questa parte (la conclusiva) del Profilo.

C'è chi ha tenuto più un tono discorsivo e sintetico ri-proponendo in poche pagine, ma dense di contenuto, i punti di forza e di criticità già emersi nel corso della trattazione; c'è chi si è soffermato in modo più puntuale su alcuni ambiti che per primi garantiscono salute e benessere ai cittadini (è il caso del Profilo di Reggio Emilia che, come si è visto nelle pagine precedenti, propone un'attenta disamina di tutti i comparti della sanità); chi ha invece ripreso in diversi modi e con diversa articolazione ed approfondimento le principali problematiche del territorio, i punti di forza, le risorse.

In alcuni casi (Rimini e Cesena) la scelta è stata quella di impostare la parte sinteticamente. Piacenza, propone l'analisi SWOT svolta dagli operatori e pertanto si sofferma in modo puntuale sulla disamina dei problemi, fino ad evidenziare anche le problematiche più urgenti da affrontare. Ravenna propone box sintetici in cui riprende criticità e punti di forza, cui aggiunge un commento sintetico. Bologna invece fa una scelta abbastanza singolare: la parte terza è articolata in due parti: nella prima si riprendono tutti i dati presentati nel Profilo sintetizzandoli e corredandoli di osservazioni critiche e spunti di riflessione; nella seconda, si propongono alcune considerazioni di sintesi che cercano di indicare alcune necessità emergenti.

A prescindere dalle modalità individuate i contenuti proposti sono comunque ricchi di spunti. In questa sede, si fa qualche rapido accenno a quelli che possono essere alcuni tratti comuni rintracciabili, facendo riferimento a questo o a quel Profilo.

Il tessuto sociale tiene ancora?

In generale, i Profili aprono la riflessione finale evidenziando un quadro tutto sommato positivo, o riproponendo alcuni indicatori a dimostrazione che "il tessuto sociale" tiene ancora, che gli standard di vita sono ancora elevati, che la solidarietà e le reti di prossimità sono ancora presenti e operanti.

Tuttavia, si percepisce un senso di dubbio sulla tenuta complessiva e perdurante di tutto questo o, in taluni casi, tale dubbio viene proprio esplicitato. In altre parole, sembra di scorgere una domanda fra le righe: quanto ancora la comunità locale sarà in grado di sostenere gli elevati livelli di benessere cui i suoi cittadini sono abituati?

Rimini, ad esempio, evidenzia un calo per il secondo anno consecutivo della soddisfazione in merito alle condizioni di vita; ma anche la necessità di maggiore attenzione a rinsaldare il rapporto fra le giovani generazioni e quelle adulte, appesantito anche da un ridotto investimento fiduciario verso le prime. Dati poi più oggettivi e non percettivi pongono in evidenza per i riminesi i problemi maggiormente ricorrenti: gli anziani soli, non autosufficienti, fragili; i problemi della salute mentale, la disabilità, la crisi delle relazioni famigliari, la

mobilità e il trasporto, il disagio giovanile, il disagio scolastico, abitativo, lavorativo.

Ravenna, che pure conclude dicendo che quello della provincia è un territorio "bello, ricco, a misura d'uomo" evidenzia con sintesi e precisione alcuni dati sulle fragilità: una percentuale elevatissima di famiglie con almeno un disabile che si rivolgono solo ai parenti, una percentuale bassa, ma comunque presente, di persone che nelle quattro settimane precedenti l'intervista ha effettuato una visita generica o specialistica in assenza di malattie. O ancora, nel box relativo al cambiamento delle famiglie, oltre a dati strutturali che evidenziano come i nuclei famigliari si stiano restringendo (anche a Ravenna la stragrande maggioranza di famiglie è composta da 1 a 3 persone), evidenzia come rispetto ai caratteri del lavoro atipico e, soprattutto, all'oscillazione fra flessibilità e precarietà, le principali risorse cui ricorrono i lavoratori per bilanciare l'instabilità degli impieghi atipici è la stabilità dei rapporti famigliari, notoriamente sempre più minata nella società odierna.

Il Profilo di Bologna propone in estrema sintesi una riflessione nella quale cerca di interpretare "luci e ombre" del "vivere" nella comunità. Si evidenzia un non raro affaticamento del sistema dei servizi, probabilmente reso più tangibile dalle specificità di Bologna che, pur essendo città media, presenta caratteristiche di area metropolitana e, in quanto tale, esposta alla presenza di fasce significative di disagio più o meno conclamato provenienti anche da altri territori (emblematici il caso del disagio adulto e dei minori stranieri non accompagnati). La riflessione finale è centrata sulla famiglia, in senso ampio, fra agio e disagio, cura e assistenza, auto e non autosufficienza: proprio l'assumere la famiglia come soggetto da sostenere suggerisce la necessità di valutare i servizi, rivederne le vocazioni proprio per utilizzare al meglio le tante risorse presenti, come più volte sottolineato all'interno del Profilo. Significativo appare anche il riferimento alla opportunità di confrontare i diversi distretti, poiché sembrano ricorrere elementi di differenziazione di accesso (e di utilizzo) della rete di servizi, anche quella più consolidata. Da sottolineare, infine, il richiamo generale alla necessità di sostenere gli operatori che comunque, soprattutto in determinati settori (ad esempio minori e famiglie, ma anche disagio adulto), sono sottoposti a sfide e stress sempre crescenti.

Quali scenari futuri?

Interessante anche l'impostazione del Profilo di Reggio Emilia che cerca di rispondere in questa parte finale ad alcune domande. In sostanza, si interroga su quale sarà lo scenario possibile che si prepara per la comunità reggiana, quali opportunità e problematiche si presenteranno all'at-

tenzione di decisori e operatori. Le buone performance del territorio sono indiscutibili, ma già dalle prime battute si comprende come i segnali di preoccupazione siano ormai evidenti. A cominciare dal capitale sociale, di cui si riconoscono segnali di fragilità tali da richiederne "un restauro con competenze di architettura sociale e tempi che non appaiono immediatamente disponibili".

Prosegue poi un articolato ragionamento che considera con prudenza gli andamenti demografici dei prossimi 3 anni: l'incremento più rilevante nelle fasce 0-14 (e prevalentemente fra gli immigrati), negli anziani, e nella classe fra i 45-54 anni pone davanti ad evidenti o potenziali pressioni sui servizi.

L'occupazione, prevalentemente concentrata nel settore manifatturiero che più risente del ciclo economico negativo, potrà sia indurre fenomeni di emigrazione della parte più mobile della popolazione, sia fare emergere una nuova utenza per i servizi sociali tra coloro che hanno avviato ma non concluso progetti di radicamento quali l'acquisto della casa, il ricongiungimento familiare. Si dice ancora che le strutture socio-sanitarie potrebbero non essere in grado di reggere l'aumento importante della popolazione di riferimento. In coerenza, come si è visto, con tutte le disamine fatte anche all'interno del Profilo, in questa sede si riprende il tema delle giovani generazioni in cui è evidente il rischio di abbandono di percorsi scolastici e formativi e per cui si rimanda alla necessità di un lavoro con gli adulti e sui legami comunitari per potere incidere con cambiamenti positivi e per potere lavorare per ricostruire un contesto di cittadinanza attiva. Come già ricordato, al termine di questa articolata disamina, nel Profilo si individuano quattro soggetti prioritariamente destinatari di politiche ed interventi: famiglia, donna, scuola, reti.

Anche nel Profilo di Piacenza, come si diceva, ci si sofferma a lungo e con indagini ad hoc sulla disamina dei bisogni emergenti e sull'individuazione di linee prioritarie su cui orientare la programmazione politica. Si sottolinea in apertura che le specificità che caratterizzano il territorio, diviso fra montagna e pianura, piccoli e grandi comuni, vanno assolutamente tenute in considerazione, pur in presenza di problematiche comuni che tuttavia si declinano diversamente. Si dice che la differenziazione territoriale dei bisogni e delle risorse evidenzia bisogni più articolati in pianura, ma maggiori risposte e, di converso, bisogni più circostanziati in montagna (domiciliarità, trasporti, servizi sanitari), ma di più difficile erogazione. Il percorso e l'analisi sono articolati e complessi e vi si rimanda. Si propone anche una sintesi dei nuovi bisogni emergenti nel territorio che richiedono interventi integrati e innovativi: fragilità familiare e sostegno alle competenze genitoriali, che non rispondono alle nuove domande identitarie ed educative in contesti di debolezza psichica e relazionale; riorganizzazione dell'assistenza domiciliare per anziani per l'emergere di isolamento e nuclei familiari unipersonali, in particolare in montagna ma non solo; disagio degli immigrati soprattutto rispetto ai ricongiungimenti familiari ed all'integrazione adolescenziale di seconda o terza generazione; incidenti stradali e del lavoro che generano mortalità e disabilità; bisogni di socializzazione dei giovani con richiesta di forme innovative e spazi aggregativi non indirizzati direttamente al disagio; disagio abitativo con crescita di domanda per edilizia pubblica o sovvenzionata, in particolare per giovani e immigrati; nuove forme di vulnerabilità sociale derivate da crisi familiari o reddituali e dalla precarietà occupazionale delle giovani coppie; bisogni intermedi tra il sanitario e il sociale, soprattutto legati al disagio psichico e relazionale di giovani e adulti, anche per l'abuso di sostanze o alcool. Il Profilo procede con il confronto con l'analisi svolta dagli operatori che "consegnano" ai politici una evidenziazione dei bisogni emergenti cui dare risposta in via prioritaria, specificando che la definizione delle priorità deriva dall'analisi dell'adeguatezza dell'offerta, sia in termini di dotazione quantitativa di servizi che di rispondenza qualitativa alla domanda. Ma anche dall'emersione dei bisogni sociali del territorio, che non sempre sono correlati ad un'offerta insufficiente di servizi.

Gli operatori suggeriscono alcune indicazioni importanti.

In estrema sintesi, al primo posto come già ricordato (cfr. par. 2)

si trovano i servizi per gli anziani, la salute mentale e le cure primarie, in quanto, pur rivelando un'offerta adeguata in termini di dotazione, necessitano di una priorità di intervento per la crescita di domanda.

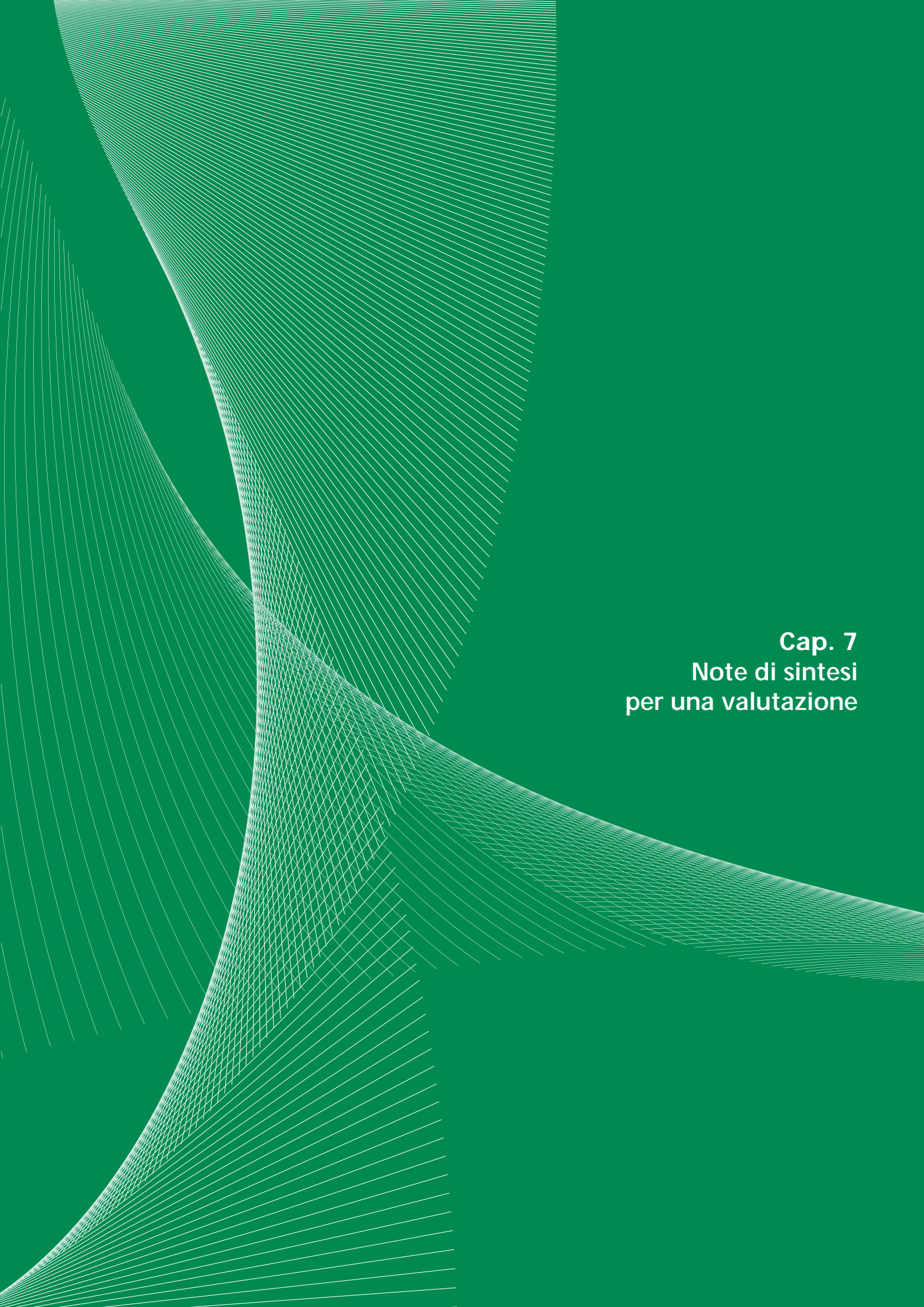
Al secondo posto vengono collocati i consultori e i Sert, che manifestano una domanda nuova e pertanto necessitano di nuove forme di intervento.

Al terzo posto compare l'edilizia residenziale pubblica, in risposta all'emergere di nuove forme di disagio economico.

Il Profilo di Cesena, infine, dopo essersi soffermato sulla disamina dei principali punti di forza del sistema dei servizi e alcune criticità specifiche, conclude sottolineando il problema della sostenibilità economica della rete assistenziale, puntando sulla necessità di porre maggiore impegno nel perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva e nella responsabilizzazione diffusa sull'utilizzo dei servizi. Sottolinea poi la preoccupazione dovuta al problema di poter garantire il ricambio degli operatori con professionalità adeguatamente qualificate e preparate. Si indica allora l'opportunità di una "manutenzione formativa" ritenuta quanto mai fondamentale. Il finale tuttavia è costruttivo, indicando l'opportunità di utilizzare al meglio alcuni strumenti chiave già disponibili: la gestione del Fondo per la non autosufficienza; il riassetto organizzativo e funzionale dei Nuclei di cure primarie; lo sviluppo delle politiche di Area Vasta Romagna, che possono liberare ingenti risorse, economiche e professionali, da reimpiegare nei servizi con offerta insufficiente; lo sviluppo delle infrastrutture telematiche a supporto delle reti cliniche e dei servizi in ambito sociale; la nuova programmazione integrata tra sociale e sanitario.

Come è possibile intuire da questi accenni che certamente non danno ragione dell'impegno profuso nelle elaborazioni proposte dai Profili, tali strumenti hanno comunque dato la possibilità, almeno sulla carta, a un gruppo davvero nutrito di professionisti di riflettere in modo congiunto sulle problematiche della comunità intesa in senso ampio e anche di fornire all'elaborazione politica riflessioni articolate e complete, su un oggetto – la comunità e i cittadini, appunto – rispetto al quale gli interventi per il benessere sono agiti in modo "frammentato".

Come gli stessi attori di questo processo di analisi volto al sostegno della programmazione politica hanno dichiarato (o esplicitamente nei testi o nel focus group), questo processo ora appena cominciato non va interrotto, ma migliorato e reso sempre più funzionale ad una lettura critica, dinamica e congiunta fra diversi attori della comunità.



Cap. 7
Note di sintesi
per una valutazione

Cap. 7 Note di sintesi per una valutazione

7.1 La parola agli attori principali: Atto e Profilo sono documenti programmatori integrati?

Come si è visto dai ripetuti accenni nel corso della presente analisi, i soggetti coinvolti nei focus group, sollecitati ad esprimere un parere competente rispetto ai processi attivati e alle elaborazioni svolte per produrre i documenti programmatori oggetto di studio, hanno messo in evidenza diversi temi utili alla riflessione comune.

Le domande stimolo che hanno guidato la discussione vertevano, sostanzialmente, su uno degli obiettivi principali del “disegno programmatico” impostato dalla Regione (e codificato nel Piano socio-sanitario regionale 2008-2011), e cioè sull’integrazione delle politiche, in primis socio-sanitarie. Partendo dalla considerazione che integrazione di politiche può voler dire anche integrazione di saperi professionali e com-

...quale integrazione?

petenze, di approcci scientifici, di culture, ad esempio, tecniche e politico-amministrative, si è chiesto pertanto ai funzionari degli Uffici di supporto se Atto di indirizzo e Profilo di comunità possano essere considerati documenti programmatori integrati e, se sì, come si possa connotare tale integrazione. Questa domanda è stata anche una di quelle che ha guidato l’intero impianto dell’analisi svolta nel presente rapporto.

La domanda, di per sé complessa, è stata volutamente posta in termini generali, per consentire ai partecipanti di connotare l’integrazione a partire dalla reale esperienza vissuta nei territori.

La risposta quasi unanime dei funzionari e dei tecnici è stata generalmente affermativa, anche se non sono mancate alcune importanti annotazioni di tipo critico. Non sono mancate testimonianze, per esempio, che hanno evidenziato anche un diverso livello di integrazione raggiunta a seconda che si pensi al Profilo di comunità o all’Atto di indirizzo: qualcuno ha infatti evidenziato che, mentre nel primo caso – per il Profilo – un buon livello di integrazione è stato raggiunto, altrettanto non si può dire per quanto riguarda l’Atto di indirizzo, sia per i problemi di tempo, sia per la difficoltà a coinvolgere pienamente tutti i vari attori – politici, tecnici, della comunità locale – in un processo così innovativo.

Soffermiamoci prima sugli aspetti positivi. In generale tutti hanno convenuto che si è trattato di un processo nel quale, rispetto al passato, si è sviluppata una maggiore integrazione professionale, in particolare fra professionisti di area sociale e di area sanitaria. Ciò ha comportato la realizzazione di una analisi della comunità (che ha portato alla stesura del Profilo) che, forse per la prima volta dall’avvio della stagione programmatica delle politiche di welfare regionali (con i piani di zona e con i piani per la salute) è stata svolta in modo congiunto fra professionisti del sociale e della sanità. Anche se con maggiori difficoltà i territori hanno avuto l’opportunità di “ragionare insieme” fra funzionari di comparti diversi (sociale e sanitario), fra questi e gli amministratori locali e, in taluni casi, anche con i rappresentanti della comunità

“tracce” di integrazione

locale organizzata anche per l’individuazione delle priorità/orientamenti dell’Atto di indirizzo. Al di là degli esiti e di questi processi, è riconosciuto in modo unanime l’importanza di questa sperimentazione, la cui valutazione costituisce un riferimento basilare per il lavoro programmatico futuro. Si è lavorato insieme e ciò, di per sé, costituisce un valore. Comporta una crescita nelle elaborazioni che vengono prodotte, per l’arricchimento professionale reciproco che ne può derivare. Ma occorre anche chiedersi se la “lettura della comunità” e la riflessione programmatica che è stata prodotta (sia nel Profilo di comunità, sia nell’Atto di indirizzo) possano essere considerate efficaci e utili agli attori locali. Per ora e nel contesto della presente analisi a questa domanda si può rispondere solo parzialmente, ma tendenzialmente in maniera affermativa. Vi è stato un evidente sforzo compiuto da parte dei territori di proporre nessi, integrazioni, ragionamenti fra diverse fonti, problematiche, aree di intervento delle politiche che, pur nella loro eterogeneità, emergono dalla presente analisi documentale. I profili di comunità si propongono come strumento idoneo a favorire una successiva programmazione locale ancora più adeguata e completa (e per alcuni aspetti anche più “leggera”) di quella elaborata sin qui. Oltretutto, come si è appena visto, sono gli stessi autori dei Profili a considerare tali elaborazioni e riflessioni valide e utili. È evidente che la parzialità dell’attuale valutazione si deve all’attesa di ciò che scaturirà dall’analisi dei Piani di zona locali, che costituiscono un banco di prova efficace rispetto alla capacità dei Profili di adempiere al compito sopra richiamato. È plausibile supporre che l’utilizzo da parte degli Uffici di piano locali delle analisi emerse dai Profili di comunità dipenda dalla “qualità” del Profilo stesso: ad esempio, dalla “capacità comunicativa”, dalla disponibilità di una lettura distrettuale, dall’aggiornamento dei dati riportati, dalla condivisione di una impostazione analitica e descrittiva. Tale risposta va pertanto ricercata nell’analisi dei nuovi Piani di zona per la salute e il benessere 2009-2011 che la Regione ha già avviato (e che, si ricorda, è di grande interesse anche per alcuni Uffici di supporto che hanno già impostato azioni di aggiornamento e di miglioramento dei Profili di comunità). Ragionando dell’utilità dei documenti programmatori di livello intermedio per la programmazione locale, dal Profilo di comunità la lente valutativa si sposta verso l’Atto di indirizzo, visto che è l’Atto il documento istituzionale di indirizzo per la programmazione socio-sanitaria. Rispetto a questo il ragionamento si fa forse un po’ più complesso. Come si diceva, alcuni testimoni ai focus group hanno riportato che il processo per la costituzione dell’Atto di indirizzo è stato più difficile. Come prima ragione è stata addotta la difficoltà a coinvolgere gli amministratori e i referenti della comunità locale nel comporre ed interpretare un documento per sua natura complesso, anche perché doveva in qualche modo fare sintesi fra una pluralità di orientamenti e indirizzi programmatori di diverse aree.

...valutare il Profilo...

...valutare il Profilo...

...valutare il Profilo...

...valutare il Profilo...

...valutare il Profilo...

...valutare il Profilo...

La discussione emersa nei focus ha fatto emergere un altro aspetto importante relativo al modo in cui i vari territori hanno "interpretato" e di conseguenza realizzato l'Atto di indirizzo. La domanda che ci si pone è quindi: il valore e l'utilità dell'Atto sta nel suo essere strumento "olistico" e sistematico di programmazione e pertanto nel "mettere" insieme in un quadro ragionato tutti gli aspetti che riguardano la comunità, oppure sta nel cercare di individuare effettivamente delle priorità – quindi di passare dall'analisi delle criticità alle scelte politiche e di orientare con un po' più di incisività le politiche territoriali?

Sia l'analisi svolta sia alcune testimonianze concordano sul fatto che l'individuazione delle priorità nella maggior parte degli Atti non sia stata così esplicita. Alcuni hanno privilegiato la generalità, altri invece hanno preferito la definizione di indirizzi più puntuali e per certi aspetti direttivi, nel senso "buono" del termine.

Sembrano emergere così due interpretazioni della governance locale: una secondo la quale l'Atto è uno "strumento a maglie larghe" con indirizzi ampi che poi ciascun distretto fa propri e interpreta autonomamente, una secondo la quale invece gli indirizzi sono più puntuali, i margini lasciati all'interpretazione più circoscritti. Non è questa la sede per definire quale dei due stili sia da preferirsi, ma certamente vanno evidenziati e va posta attenzione su questi due differenti modelli.

A prescindere dallo stile adottato per l'individuazione delle priorità negli Atti, la discussione nei focus ha tuttavia fatto emergere che in tutti gli Atti è comunque possibile individuare attenzioni prioritarie e temi trasversali che li attraversano come "fili rossi". A guisa di elenco e senza nessuna pretesa di esaustività, si propongono alcuni dei "fili rossi" indicati, che talvolta consistono nel sottolineare la necessità di occuparsi di particolare target di bisogno, oppure di bisogni trasversali della popolazione, oppure attengono ad aspetti metodologici o organizzativi dell'intero sistema dei servizi. Alcuni esempi: fragilità e vulnerabilità, nuove povertà, integrazione e trasversalità fra politiche ed, in specifico, fra sociale e sanitario, equità di accesso, accessibilità territoriale, riorganizzazione dei distretti.

L'integrazione tra sociale e sanitario e l'approccio integrato e trasversale nell'affrontare i vari temi appare quindi come uno degli obiettivi maggiormente perseguiti e quindi un "filo rosso" che attraversa la maggior parte dei processi locali.

7.2 Gli esiti dell'analisi: guardando al futuro

Si propongono infine alcuni elementi di sintesi e alcuni spunti di riflessione che l'analisi condotta restituisce alla Regione. Il tentativo che si fa è quello di porre le basi per lo sviluppo futuro del processo evidenziando in maniera sintetica alcuni elementi di forza e alcuni di criticità del processo avviato nel 2009 e fortemente indirizzato e guidato dal Piano sociale e sanitario regionale.

Il processo ha funzionato

Il processo complessivo, pur con le difficoltà evidenziate e nonostante il carattere di sperimentality di alcuni strumenti, si è ben sviluppato. Il fatto che gli ambiti territoriali coinvolti da diversi anni avessero negli ultimi anni sperimentato forme innovative di programmazione, sia di ambito sociale che sanitario, ha fatto

innestata in un tessuto locale già maturo, dando esiti positivi e sviluppando ulteriori livelli di collaborazione e integrazione tra attori locali, sia di livello tecnico che politico.

...guardando al futuro

In questo quadro complessivamente positivo è bene però riflettere sui possibili miglioramenti necessari per il futuro e sul consolidamento e il rafforzamento di alcuni ruoli e funzioni.

A tal proposito, si propongono alcune riflessioni, emerse anche dai focus group, rispetto agli aspetti da curare per migliorare il sistema programmatico: esse possono essere ricondotte ad aspetti relativi alla governance locale, alla manutenzione del processo, al miglioramento della raccolta dei dati e della loro lettura, al monitoraggio e alla valutazione.

...quale governance?

Si può certamente dire che, alla luce del nuovo sistema di governance locale, il livello territoriale "intermedio", rappresentato politicamente dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, costituisce oggi un "centro nevralgico" nello sviluppo delle politiche di welfare locali. Un elemento importante che consentirebbe al sistema di migliorare i suoi esiti in futuro è quindi che si sviluppi da parte degli attori del livello territoriale "intermedio" una maggiore consapevolezza del proprio ruolo. Questo di fatto richiede, nel caso dei rappresentanti politici, di comporre una duplice veste e un duplice peso nella definizione degli indirizzi di programmazione territoriale: in quanto amministratori del proprio comune, ma anche in quanto rappresentanti di un livello territoriale più ampio, quello, appunto, intermedio. Questo potrebbe senz'altro facilitare il proseguimento del percorso intrapreso riportando sia tecnici che politici a svolgere il loro ruolo in quadro di maggiore chiarezza.

Inoltre, vale la pena di sottolineare come sia importante e utile, al fine di rendere più efficace il processo, strutturare maggiormente gli Uffici di Supporto alla CTSS, sia nel senso delle funzioni ad essi attribuite sia nel senso di rendere più stabile la loro composizione. Le testimonianze dei soggetti coinvolti nei focus group hanno evidenziato la grande varietà di strutturazione e le diverse scelte organizzative, i diversi investimenti fatti a riguardo. Le analisi condotte in questi anni sui temi della programmazione territoriale, insieme alle riflessioni di livello istituzionale, hanno prodotto una consapevolezza ormai condivisa: organismi di tal tipo si pongono entro la complessa architettura del processo programmatico come colonne portanti che, ben al di là dall'essere meri snodi organizzativi, costituiscono i motori stessi dei processi con valenze particolarmente positive soprattutto laddove il livello politico sceglie di investirvi. Sono necessarie competenze integrate, è necessaria la garanzia di una continuità di funzioni ed una chiarezza di ruoli. Di questo la Regione ha già dimostrato consapevolezza rispetto allo sviluppo degli Uffici di piano distrettuali che oggi, non a caso, costituiscono il "cuore tecnico" della programmazione locale. Analoghi processi paiono necessari anche nella direzione degli Uffici di supporto.

A questa si aggiunge un'ulteriore questione cui porre attenzione, legata al momento storico specifico: oggi, dopo l'ultima tornata elettorale amministrativa, molti degli amministratori di area welfare sono di nuova nomina, con

tutte le implicazioni evidenti che ciò comporta. Azioni di formazione che aiutino gli amministratori ad orientarsi e ad acquisire consapevolezza del disegno regionale di welfare paiono quanto mai auspicabili.

Rispetto alla governance locale, infine, occorre individuare sedi di confronto sempre più estese in termini di rappresentanza del contesto locale nelle quali condividere in maniera pregnante analisi, obiettivi, priorità. Accanto a queste, vanno rafforzate e rese sempre più efficaci sedi di lavoro integrato tra rappresentanti di diverse istituzioni pubbliche (Comuni, Provincia, Ausl). Può essere utile in alcuni casi che sia un soggetto istituzionale a svolgere nel contesto locale un ruolo di animazione territoriale esercitando funzioni di "mediazione tecnico-organizzativa" fra vari soggetti istituzionali e non, così come in alcuni contesti ha svolto la Provincia, che ha coinvolto Ausl, Comuni e altri soggetti locali e accompagnato i processi con supporti continuativi in termini di professioni e competenze.

...quale "volto"?

L'analisi condotta è stata promossa dalla Regione con alcuni specifici obiettivi. Si trattava di avviare una riflessione sulla adeguatezza dell'impostazione dei documenti programmatori, così come la Regione li aveva proposti e condivisi nelle opportune sedi di confronto, di conoscenza dei processi e di

lettura dei contenuti restituiti dai territori ai fini della programmazione regionale stessa.

Nella presente analisi si è cercato, tra le altre cose, di fornire elementi per rispondere ad alcune domande: è possibile dalle singole letture trarre una "visione" complessiva di livello regionale? Lo schema proposto dalla Regione è stato efficace in ordine all'obiettivo dello strumento?

Il primo obiettivo è stato solo in parte raggiunto. Su questo punto è però importante ricordare che l'obiettivo non era di ricercare letture fenomenologiche (per questo esistono, anche se non per tutti gli ambiti, adeguati e più aggiornati sistemi informativi) quanto di avere a disposizione "letture ragionate", frutto di una elaborazione fatta da tecnici esperti locali, di una selezione di informazioni, di una evidenziazione di contenuti o di problematiche.

Certamente questi esiti sono rintracciabili. Ma, così come i territori hanno dichiarato che da oggi comincia un nuovo lavoro per migliorare la capacità di lettura, selezione, commento dei dati, anche per i referenti regionali c'è materia per ragionare e selezionare i contenuti più utili ai fini programmatori, per individuare le aree più carenti o per le quali è da migliorare la capacità di restituzione di contenuti da parte dei territori. Emblematica la difficoltà a rintracciare elaborazioni relativamente alla condizione socio-economica delle comunità locali, o quella relativa alle categorie di disagio e povertà. Si tratta quindi di proseguire un percorso, che la Regione intende condividere con i territori, di razionalizzazione e ottimizzazione dei diversi flussi informativi perché possano rispondere al fabbisogno informativo richiesto per programmare meglio.

Nell'analisi metodologica dei Profili di comunità si è avuto un particolare riguardo a verificare se i territori avessero operato una lettura integrata dei dati. Si può assumere che i caratteri distintivi di una lettura integrata operati entro i profili di comunità, ad esempio, siano riconducibili ad alcuni concetti:

- una lettura integrata può prevedere la connessione di un

dato tipicamente sanitario o sociale anche alla luce di altre dimensioni non strettamente ascrivibili all'area concettuale del dato stesso: in generale, non sembrano immediatamente rintracciabili molti casi in cui è stato fatto lo sforzo di connettere e commentare insieme dimensioni tipicamente sanitarie e sociali;

- una lettura integrata può riguardare anche il modo di trattare determinati dati di un target nello stesso "luogo" mettendo insieme tutte le dimensioni sanitarie, sociali, educative compiendo pertanto uno sforzo di sistematizzazione delle riflessioni. In tal senso più di un profilo ha fatto questa scelta;
- infine, una lettura integrata delle problematiche della comunità può riguardare lo sforzo di integrare le risposte o le proposte: sono diversi i profili che hanno fatto lo sforzo di leggere insieme le varie problematiche superando la logica settoriale delle risposte e focalizzando l'attenzione sui bisogni unitari delle persone.

L'analisi di come, nei profili, i dati sono stati trattati, collocati, commentati, va accompagnata a quella dei processi, nonché delle modalità di costruzione. E, come si è visto, tali processi possono dirsi "integrati".

Si riprende poi un elemento emerso e condiviso nel focus più di carattere metodologico che coinvolge in prima istanza la Regione: come già sottolineato, i territori hanno espresso soddisfazione per l'opportunità di confronto reciproco che hanno avuto. Tale confronto richiede di essere mantenuto e in taluni casi di essere intensificato affinché i documenti programmatori non rimangano "sterile materiale cartaceo".

...migliorare le prassi nel confronto di esperienze e saperi

Anche il presente studio, che cerca di dare conto complessivamente di processi e contenuti, vorrebbe costituire un materiale di lavoro per contribuire, attraverso una "osmosi" di pratiche e di saperi, a migliorare processi e documenti in una logica di ottimizzazione. Migliorare i processi e gli

strumenti è possibile, a partire da oggi, e dalle tante elaborazioni e valutazioni già disponibili prima che i tempi ritornino nuovamente a "stringere".

Rispetto, infine, alla "bontà" dello schema proposto dalla Regione si può dire, in generale, che lo sforzo compiuto a livello regionale ha dato sicuramente dei frutti positivi: in estrema sintesi, la presenza di uno schema ha dato la possibilità alla Regione di una lettura sufficientemente organica dei contenuti dei profili di comunità (si è visto come, laddove non proposto uno schema di massima, sia assai difficoltoso compiere analisi comparate); dall'altro, soprattutto per quei territori che ancora non avevano in essere un documento assimilabile ad un Profilo di comunità (la maggioranza), lo schema ha comunque costituito un punto di riferimento.

Ciò non toglie che lo schema da adottare per il prossimo triennio programmatorio in particolare per il Profilo, necessiti di revisioni e adeguamenti, soprattutto in ordine all'individuazione delle fonti, all'ulteriore (anche se estremamente difficile nei fatti) snellimento degli indicatori. Di converso, sarà necessario che il nuovo schema contempra e faccia tesoro delle informazioni e delle scelte compiute dai territori, nel presentare aree quali mobilità, cultura e tempo libero, ecc..

Infine, la maggioranza dei territori ha dichiarato che sta già svolgendo al proprio interno una valutazione statistico-metodologica sulla significatività dei dati, sul loro utilizzo. E' que-

sta un direzione importante da prendere, che la Regione dovrà sostenere, supportando con sostegni metodologici e formativi gli Uffici di supporto.

dalle criticità agli indirizzi...

Nel futuro sarà importante sviluppare anche l'ultimo fondamentale tassello di costruzione dei Profili: la lettura dei dati, cioè l'interpretazione, la capacità di connettere i dati e "farsi le domande giuste" per arrivare a definire le criticità del sistema locale. La parte Terza del Profilo, così come proposta

dallo schema di riferimento regionale, è infatti quella che ha presentato le maggiori difficoltà per la sua elaborazione. Il poco tempo a disposizione e in parte anche la novità del processo hanno prodotto un livello di condivisione e confronto sicuramente significativo, ma, anche a detta dei referenti locali, ancora insufficiente.

Il profilo di comunità è di per sé uno strumento di descrizione e lettura della realtà locale che si compone di dati e informazioni, ma che si realizza, nella sua parte significativa, attraverso lo scambio e il confronto tra attori, che sappiano aggiungere conoscenza empirica, capacità di lettura e prospettive differenziate.

Il futuro deve garantire un maggior confronto con i vari attori sociali (Terzo settore, parti sociali, ecc.), gli operatori locali, i cittadini stessi, cosa che in questa prima fase è stata realizzata e promossa solo in parte e per lo più con tempi molto ristretti. Ciò che emerge da questo confronto deve avere la forza e la capacità di fornire elementi chiari, intellegibili, sintetici al livello politico, che è quello che in ultima istanza detta gli indirizzi di programmazione. Deve perciò avere la forza di guidare e fornire base riconosciuta di conoscenza per orientare le risorse che la società locale mette in campo nella programmazione del proprio sistema di servizi.

E infine monitoraggio e valutazione...

Rispetto al monitoraggio e alla valutazione, annosa questione che si lega strettamente ai processi programmatori e non sempre risolta in modo esaustivo nelle prassi operative, appare evidente la necessità di investire fortemente. La valutazione, oggi, nei servizi che si occupano di welfare, ha

già formalmente un posto stabile ed è indubbio che in questi anni sia maturata anche una consapevolezza della sua necessità. Praticare valutazione concretamente richiede investimenti stabili, anche di tempo, continuità e sistematicità nella raccolta dati, allineamento delle valutazioni degli esiti della programmazione con i tempi della programmazione stessa, ottimizzazione dei sistemi di monitoraggio ed analisi della domanda oggi operanti a livello regionale, condivisione degli obiettivi e dell'approccio valutativo. Occorre che tali necessità siano condivise dalla pluralità di attori che nelle varie sedi di governo sono chiamati a prendere decisioni politico-amministrative. La prima sperimentazione dei Profili di comunità fornisce una base di partenza per il lavoro migliorativo anche in campo valutativo.

Infine, appurato che valutare, pianificare, programmare è imprescindibile in tempo di crisi economica, occorre indirizzare in modo sempre più appropriato le risorse (professionali, economiche, progettuali); una valutazione matura ed efficace della programmazione rappresenta un requisito fondamentale di un sistema di welfare pressato da crisi,

vecchie e nuove. In sintesi, sulla base dell'esperienza programmatoria descritta e documentata in questo testo, "guardare al futuro" significa:

- aggiornamento, selezione, integrazione dei dati e delle informazioni elaborate nei Profili di comunità, anche e soprattutto alla luce dei nuovi bisogni che la crisi economica ha fatto emergere e miglioramento della capacità di lettura.
- individuazione di strumenti ad hoc finalizzati ad una lettura di una domanda sempre più specifica e complessa per poter giungere poi "per tempo" ad analisi sempre più efficaci ai fini programmatori.
- monitoraggio e valutazione dell'efficacia di Atto e Profilo in termini di ricaduta concreta nelle programmazioni locali (Piani di zona della salute e del benessere)
- costruzione di sistemi di misurazione e valutazione di determinati aspetti e fenomeni (in primis, la fragilità e la vulnerabilità sociale).
- rivisitazione dei tavoli (di staff, di lavoro, integrati, di welfare) di livello intermedio per rendere sempre più partecipato il processo programmatorio.
- sviluppo dei piani strategici locali (PAL), proprio a partire dalle priorità dell'Atto di indirizzo.
- azioni di formazione rivolti in particolare agli amministratori locali di vecchia e nuova nomina.

Sono questi sinteticamente alcuni dei temi "forti" che emergono dall'analisi condotta sul "livello intermedio". La lettura dei Piani di livello distrettuale ci consegnerà altri elementi sulla base dei quali avviare il lavoro futuro di accompagnamento e rafforzamento del sistema di programmazione territoriale, per renderlo adeguato ed efficace nell'affrontare le sfide e i cambiamenti futuri che la rapida evoluzione dei contesti sociali locali impongono.

