



Profilo socio-sanitario di comunità 2018

Documento a cura della Direzione dei Servizi socio-sanitari

con la collaborazione di



Indice

I. Presentazione	4
II. Obiettivi di analisi e approccio metodologico	6
PARTE PRIMA - IL CONTESTO TERRITORIALE.....	10
1. Territorio, paesaggio e ambiente	12
1.1. Estensione fisica.....	12
1.2. Consumo di suolo	13
1.3. Ambiti di paesaggio	14
1.4. Articolazioni amministrative del territorio.....	15
2. Benessere e qualità della vita	20
2.1. Benessere equo e sostenibile territoriale.....	20
2.2. Qualità della vita.....	25
2.3. La diffusione del gioco d'azzardo	26
3. Caratteristiche della popolazione residente	28
3.1. Andamenti generali della popolazione.....	28
3.2. Genere, fasce d'età e rapporti intergenerazionali	37
3.3. I cittadini stranieri residenti.....	41
3.4. Condizioni e strutture familiari.....	44
4. Imprese, lavoro, redditi e povertà.....	45
4.1. Demografia delle imprese	45
4.2. Andamento mercato del lavoro.....	47
4.3. Ricchezza e povertà	51
4.3.1. Dichiarazione dei redditi	51
4.3.2. Condizioni di povertà	53
4.3.3. Condizione abitativa delle famiglie e andamento degli sfratti.....	55
5. Terzo settore e altre risorse della comunità.....	57
5.1. Enti del Terzo settore	57
5.2. Fattorie didattiche e fattorie sociali	58
5.3. Assistenti familiari	59
5.4 L'amministrazione di sostegno	60
PARTE SECONDA – L'AREA SOCIOSANITARIA	63
6. Area materno infantile	65

6.1. Il contesto: minori e istituzioni scolastiche e servizi educativi.....	65
5.2. Minori con disabilità	70
6.3. Neuropsichiatria infantile e adolescenza	74
6.4. Consultori familiari	77
6.5. Minori in comunità e in affido	79
6.6. Minori, dipendenze e salute mentale.....	82
6.7. Vaccinazioni	84
7. Area svantaggio e disabilità adulta	85
7.1. Le Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per adulti.....	85
6.2. Utenti e attività del Dipartimento di Salute Mentale.....	87
7.3. Utenti e attività del Dipartimento per le Dipendenze.....	91
7.4. Servizi per la disabilità	93
7.5. Supporto ed accompagnamento al lavoro	98
7.6. La casistica adulta del SSC	102
7.7. Infortuni e malattie professionali.....	103
8. Area anziani e non autosufficienze.....	106
8.1. Le Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per anziani.....	106
8.3. Servizi domiciliari per persone non autosufficienti	108
8.3.1. <i>Il Servizio infermieristico domiciliare (SID)</i>	109
8.3.2. <i>Il Servizio Riabilitativo domiciliare (SRD)</i>	111
8.3.3. <i>Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), Integrata (ADI)</i>	114
8.3.4. <i>Il Servizio di Assistenza Domiciliare del SSC (SAD) e il Fondo Autonomia Possibile (FAP)</i>	115
8.4. Strutture semiresidenziali e le residenze sanitarie assistenziali (RSA).....	117
8.5. Strutture residenziali per anziani	119
9. Articolazione distrettuale, MMG e PLS.....	121
Conclusioni e futuri sviluppi	124

I. Presentazione

Le Linee guida regionali per la predisposizione del Piano di Zona (DGR 458/2012) prevedono la redazione del Profilo di Comunità dei Servizi sociali dei Comuni, inteso come lettura dei contesti socioeconomici e dei bisogni sociali e sociosanitari dei vari territori in cui si prevede lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali, previsto dalla LR 6/2006.

Il Piano di Zona sviluppa, inoltre, specifici obiettivi di integrazione tra i Servizi sociali dei Comuni ed i Servizi sociosanitari delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria (AAS), declinandone obiettivi e modalità di implementazione nei Programmi Attuativi Annuali (PAA), che trovano riscontro nei Piani Attuativi Locali delle Aziende di riferimento.

Il lavoro fin qui realizzato in tal senso ha portato la Direzione dei Servizi sociosanitari della AAS n.5 "Friuli Occidentale" ad elaborare, nel corso del 2018, uno specifico profilo sociosanitario per approfondire il più possibile le tematiche della salute e, soprattutto, del benessere della popolazione dell'area vasta pordenonese, centrando l'attenzione sull'attività dei vari Dipartimenti e Servizi ove si sviluppa l'attività sociosanitaria e sanitaria non ospedaliera.

Il documento che qui si presenta è l'esito di questo processo e vuole proporsi come un primo modello di analisi dei bisogni emersi e dell'offerta dei servizi dell'Azienda, da aggiornare ed approfondire in ragione del mutare progressivo delle richieste di salute e benessere della popolazione. Si ritiene infatti che la comprensione e l'approfondimento di queste tematiche risultino fondamentali per identificare con appropriatezza i contorni dei fenomeni più rilevanti per la programmazione sociosanitaria e sociale delle comunità locali.

"Dietro le quinte" dei contenuti che vengono qui presentati vi è stato un intenso lavoro corale, coordinato dall'IRSES di Trieste e sviluppato con una metodologia che, partendo dall'analisi, elaborazione ed organizzazione del dato statistico, ha portato a svariati momenti di confronto, partecipazione, approfondimento e condivisione tra i ricercatori ed i referenti e gli operatori della AAS n. 5.

Questo confronto ha permesso la comprensione e l'interpretazione delle informazioni statistiche e di centrare l'attenzione sui principali elementi salienti delle diverse aree di bisogno/intervento, costituendo al contempo un viatico per la diffusione e circolazione delle informazioni tra gli operatori coinvolti e sviluppando un pensiero riflessivo su tematiche di fatto trasversali all'operare delle singole unità organizzative.

Oltre che al dott. Paolo Tomasin ed al dott. Mario Marcolin dell'IRSES di Trieste, sento quindi di porgere i miei ringraziamenti a tutto il personale dell'Azienda che ha partecipato e contribuito al progetto; senza il loro sostegno ed impegno, le loro correzioni ed integrazioni, la loro disponibilità ed interesse, il presente lavoro si sarebbe limitato ad un (per quanto utile e necessario) sforzo di raccolta ed elaborazione di informazioni provenienti dalle varie banche dati a disposizione.

C'è di più, tra le righe del rapporto, e questo lo devo a tutti loro.

Il Direttore dei Servizi sociosanitari
Roberto Orlich

II. Obiettivi di analisi e approccio metodologico

La redazione di un Profilo sociosanitario di comunità rappresenta un primo tentativo di lettura del territorio non solo in termini di salute, ma più specificamente in un’ottica di benessere della popolazione, coerentemente con i principi sanciti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (determinanti di salute), con l’agenda degli obiettivi di sostenibilità che l’ONU si è prefissato di raggiungere entro il 2030 (*Sustainable Development Goals – SDG*), con le più recenti proposte in ambito Comunitario (Strategia Europa2020)¹. Esso si va ad aggiungere agli studi epidemiologici in area più strettamente sanitaria, ai Profili di salute annualmente redatti dall’AAS 5 e ai Profili di comunità previsti dai Piani di zona. Il documento non si colloca dunque nel vuoto ma, ci pare di poter asserire, in un “pieno parzialmente disconnesso”. Senza la pretesa dell’eshaustività, né della completezza, questo primo tentativo nasce quindi con alcuni obiettivi ben specifici:

- gettare un ponte tra fonti informative diverse attraverso la lente del benessere della (o meglio delle) comunità;
- valorizzare un patrimonio informativo per lo più inedito, ovvero quello dell’area sociosanitaria, area interstiziale tra il mondo della salute e quello dell’assistenza sociale, del lavoro, delle risorse territoriali;
- fornire di conseguenza uno strumento conoscitivo che possa supportare tanto l’attività di programmazione dell’AAS 5, quanto la riflessività degli operatori, fornendo loro una restituzione dei dati che essi stessi sono chiamati ad implementare;
- innestare un processo incrementale di implementazione ed interscambio dati, in un momento storico in cui sempre più cruciale diventa l’integrazione dell’informazione (si pensi alla creazione del Casellario assistenziale, ora confluito nel Sistema Informativo unitario dei Servizi sociali - SIUSS).

Centrale sin dal titolo è il concetto di “comunità”. Questo termine polisemico, sovente impiegato in modo retorico, è qui utilizzato con due precise intenzioni: 1) dar conto dell’intreccio delle diverse dimensioni che caratterizzano la vita delle persone che abitano in un territorio circoscritto, delimitato dall’area di intervento dell’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale; 2) indicare l’appartenenza di queste persone ad un destino comune quale fondamento alla costruzione collettiva di un effettivo *welfare* di comunità in grado di attivare le responsabilità di tutti i cittadini².

Dal punto di vista metodologico, il Profilo è il prodotto di una corposa rilettura ed analisi di differenti dati secondo una prospettiva territoriale (analisi comparata dei contesti in una successione longitudinale) ed ancorata allo sviluppo del ciclo di vita della popolazione (partendo dall’area materno-infantile e arrivando a quella delle non autosufficienze).

Tale rilettura è stata condotta attraverso un approccio partecipativo, organizzando focus group con operatori e figure apicali dei Servizi interessati e raccogliendo il loro punto di vista rispetto ai dati elaborati in precedenza dai ricercatori. Gli incontri sono stati dedicati alle aree di riferimento oggetto del documento: materno infantile, svantaggio e disabilità adulta e anziani e non autosufficienze. Tale confronto ha permesso di approfondire e affinare la lettura dei dati, che non sempre “parlano da soli”, arricchendola con

¹ Con il termine “primo” ci riferiamo alla produzione dell’AAS 5 e, più in generale della componente pubblica istituzionale regionale. Per quanto riguarda gli studi nell’area pordenonese, è doveroso citare il lavoro di S. Brusaferrò e G. Menegazzi (DAME dell’Università di Udine) per conto dell’Associazione Amici Abele Casetta Pordenone “*Prospettive di sviluppo del sistema sociosanitario nell’area pordenonese*”, Ed. Libreria al Segno, Pordenone (2018).

² Tale affermazione implica anche la necessità di ricostruire, in forme nuove, i legami sociali che costituiscono il tessuto relazionale della o, meglio delle, comunità locali ivi presenti.

l'interpretazione e le conoscenze degli operatori dei Servizi, prime fonti e primi potenziali utilizzatori dei dati³.

Il lavoro di ricerca ha esplorato una molteplicità di fonti diverse, sia interne all'AAS5 (dati di offerta ed utenza), che esterne di tipo statistico ed amministrativo (territoriali, demografici, della qualità della vita, del contesto produttivo, dell'assistenza e previdenza sociale, del Terzo settore e delle risorse comunitarie). Nelle tabelle che seguono vengono riportate specificamente le varie risorse dei dati.

Per quanto riguarda le fonti date esterne, i dati analizzati nel documento hanno fatto riferimento alle seguenti basi dati:

Tipo di dato	Fonte
Consumo di suolo	ISPRA
Ambiti di paesaggio	Piano paesaggistico regionale
Comuni	Istat – LR 33/2002
Benessere equo e sostenibile	Rapporti BES Istat
Qualità della vita	Indagine Sole24ore
Demografia	Istat
Demografia d'impresa	InfoCamere (Registro delle imprese)
Mercato del lavoro	Istat – Ergon@t – INPS
Infortuni sui luoghi di lavoro e malattie professionali	MELA- Inail
Servizio sociale	Cartella sociale informatizzata SSC
Ricchezza e povertà	MEF – INPS – Regione FVG/SSC – Caritas
Terzo settore	Albo cooperative sociali, Registro OdV, ApS, Regione Fvg, CSV FVG
Altre risorse comunitarie	ERSA – INPS – SICID/Tribunale Ordinario di Pordenone

Si rileva che nonostante le retoriche e le normative vigenti sugli "open data"⁴ la maggior parte delle basi dati consultate non ha permesso l'effettuazione di interrogazioni online ed esportazioni in formato accessibile, in quanto caricate nei siti web in versione non editabile.

A livello interno invece, di seguito sono elencati gli applicativi di origine delle informazioni riportate. Gran parte di esse è contenuta nel SIASI (Sistema Informativo Applicazioni Sanitarie Integrate), il quale non esaurisce tuttavia lo spettro dei dati di interesse per il presente lavoro. Trattasi infatti di un sistema composito, che trova unitarietà nel Sistema Informativo socio-sanitario regionale (SISSR), ma che è costituito da sistemi multipli, non sempre integrati.

³ I tre focus group sono stati realizzati nelle seguenti date: 16 ottobre 2018 (area materno infantile); 22 ottobre 2018 (area disagio e disabilità adulti); 23 ottobre 2018 (area non autosufficienze).

⁴ Per open data si intende: "diffusione gratuita e in formato aperto, così da facilitarne l'utilizzo, dei dati riguardanti il funzionamento delle organizzazioni pubbliche e private" (Cfr. E. Giovannini, Scegliere il futuro. Conoscenza e politica al tempo dei Big Data, Il Mulino, 2014: 87).

Tipo di dato	Fonte
Unità di valutazione distrettuale	SIASI
Equipe multidisciplinari per l'Handicap	SIASI – Registri interni ai Distretti
Certificati di disabilità	AAS 5 (delegato con convenzione a INPS) – dati Nostra Famiglia
Neuropsichiatria Infantile	G2 clinico
Consultori Familiari	ConsultoriWeb – registri interni ai Distretti (adozioni)
Parti	CEDAP – eGenesys
Servizi domiciliari (SID-SRD-ADP-ADI)	SIASI
Centri diurni per non autosufficienti – Strutture per anziani – lista d'attesa	eGenesys
Dipartimento per le dipendenze	Gestionale mFp
Dipartimento Salute Mentale	SIASI
Fondo autonomia possibile (FAP) – Budget individuale di salute	Gestionali dedicati
Medici di medicina generale – Pediatri di libera scelta	SIASI
Servizi per la disabilità	Gestionale dei Servizi sociali (applicativo)
Servizio di inserimento lavorativo	SILWeb
Dimissioni ospedaliere	SIASI
Hospice	SIASI – dati Via di natale
Vaccinazioni	SIASI – Dati ISS

Come si avrà modo di segnalare in fase conclusiva, qualsiasi tentativo di interpretare correttamente i fenomeni rilevati non può prescindere da un'affidabile gestione dei sistemi informativi in uso e dunque da un'analisi del loro funzionamento in grado di considerare contestualmente aspetti tecnico-informatici ed organizzativi (modalità di raccolta e caricamento dei dati, responsabilità e competenze degli operatori, possibilità offerte dall'applicativo di interrogare e mettere a disposizione quanto caricato, ecc..).

Il Profilo si articola in due parti principali: la prima focalizzata su dati contestuali e territoriali, la seconda sulle informazioni di origine socio-sanitaria. Più in specifico, nel primo capitolo si analizza il territorio dal punto di vista fisico e paesaggistico, nonché amministrativo, evidenziando le sovrapposizioni e incongruenze nella suddivisione territoriale di ambiti d'azione specifici (Enti locali, sanità, lavoro, ambiente). Di seguito (cap. 2) ci si concentra sulle principali dimensioni del benessere e della qualità della vita, quali elementi determinanti i fattori di benessere della popolazione. Nel terzo capitolo vengono invece ricostruite la struttura e le dinamiche demografiche in atto, "cartine tornasole" di specifiche dinamiche socio-economiche e occupazionali, con particolare interesse per gli scostamenti temporali, la componente straniera, gli equilibri intergenerazionali e di genere, i contesti familiari. Alle condizioni del contesto produttivo, del mercato del lavoro, della ricchezza e della povertà nel territorio è dedicato il capitolo 4; queste dimensioni risultano fondamentali in quanto strettamente correlate sia con il benessere sociale

delle comunità territoriali, sia con le abitudini, i bisogni e le risposte sanitarie e socio-sanitarie della popolazione. Considerato il ruolo sempre più incisivo delle risorse comunitarie, uno specifico capitolo (cap. 5) è dedicato all'analisi della presenza e delle dimensioni del Terzo settore nell'area vasta, nonché di altre risorse, quali le assistenti familiari e l'amministrazione di sostegno.

A questi elementi si affiancano le informazioni contenute nella seconda parte. In questa sezione le informazioni sono state organizzate seguendo un doppio "filo rosso", ovvero quello del ciclo di vita della popolazione e delle filiere di intervento derivanti. Coerentemente, nel capitolo 6 si presentano i dati relativi all'area materno infantile, dei minori e delle famiglie, partendo dai dati di scolarità, per poi passare all'analisi dell'utenza dei principali servizi (NPI, Consultori Familiari, servizi socioeducativi, dipendenze e salute mentale in età minorile, collocamenti fuori famiglia, ecc.). Analoga narrazione è sviluppata nel cap. 7 per l'area dello svantaggio e della disabilità adulta e (cap.8) per quella delle non autosufficienze. Dove possibile, il dato dell'AAS 5 è stato supportato da altre fonti, in primis quelle del Servizio sociale dei Comuni (SSC).

Nelle conclusioni si presentano invece le principali criticità e punti di forza incontrati ed evidenziati nel percorso, prefigurando i possibili spazi di implementazione che il presente lavoro suggerisce.

A completamento delle informazioni incluse nel rapporto è stato predisposto un allegato statistico in particolare per i dati disaggregati a livello comunale.

PARTE PRIMA - IL CONTESTO TERRITORIALE

In questa prima sezione del Profilo vengono presentati i principali dati riferiti al contesto socioeconomico e territoriale di riferimento dell'AAS 5, ovvero l'area vasta pordenonese. Verranno analizzati gli aspetti territoriali e paesaggistici, amministrativi, demografici, del contesto produttivo e del lavoro e del Terzo settore, con un'attenzione maggiore ai fenomeni legati al benessere delle comunità.

1. Territorio, paesaggio e ambiente

Il territorio di intervento di un'azienda sanitaria locale non definisce solo il perimetro entro il quale essa eroga le sue prestazioni ed esercita le proprie prerogative, ma rappresenta, insieme ad un più ampio spettro di dimensioni paesaggistiche e ambientali, innanzitutto un fondamentale determinante di salute.

Inoltre esso fornisce la base per l'articolazione amministrativa degli enti pubblici con i quali più direttamente l'Azienda entra in relazione, configurandosi come una variabile determinante per l'esercizio della *governance* delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie.

In questo primo capitolo daremo conto quindi di alcune principali variabili territoriali, paesaggistiche e ambientali, nonché dell'assetto amministrativo del territorio di riferimento.

1.1. Estensione fisica

L'AAS 5 opera in un territorio che si estende su **2.275, 42 kmq**, equivalente al **28,9% della superficie regionale**. Si tratta di un territorio che ha assunto una definizione amministrativa unitaria a partire dal 1968 con l'istituzione della Provincia di Pordenone, ora soppressa. Conformemente alla sua posizione geografica rispetto alla regione, nel testo ci riferiremo a questo territorio anche come Friuli Occidentale.

Come si avrà modo di sottolineare, benché di dimensioni ridotte, si presenta come un territorio differenziato da diversi punti di vista: morfologico, socioeconomico e amministrativo.

Rappresentazione cartografica del territorio

La cartina geografica illustra la configurazione fisica del territorio.

La sua forma può essere approssimata a quella di un rettangolo avente per lato maggiore quello posto in verticale (da nord a sud) e per minore quello orizzontale (da est a ovest).

Map. 1.1 Il territorio di intervento dell'AAS5



Fonte: elaborazione su cartina Google

1.2. Consumo di suolo

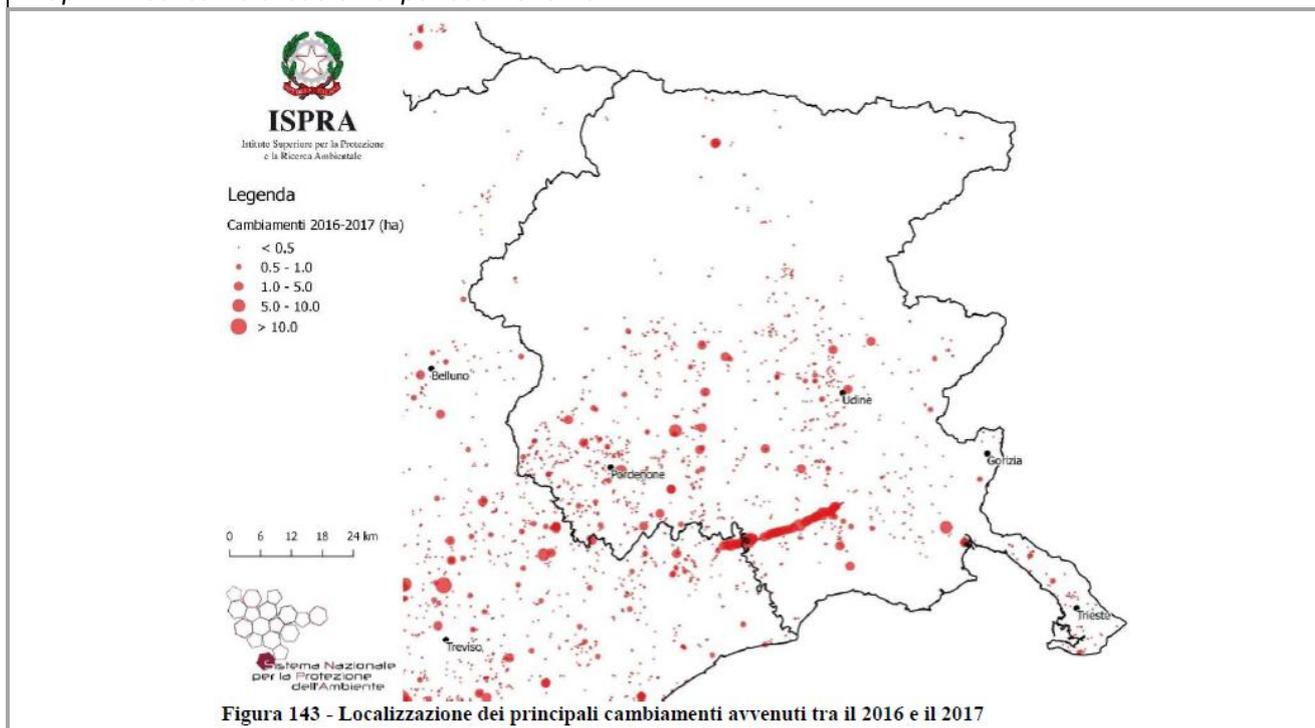
Dimensione fondante il territorio è il suolo che rappresenta una risorsa fondamentale per la vita e i servizi ecosistemici. In particolare risulta interessante conoscere l'evoluzione dell'uso e del consumo di suolo, informazione che annualmente l'ISPRA si preoccupa di fornire con un dettagliato rapporto che raggiunge la scala comunale⁵.

“Il consumo di suolo è un fenomeno associato alla perdita di una risorsa ambientale fondamentale (...) e si riferisce a un incremento della copertura artificiale di terreno, legato alle dinamiche insediative e infrastrutturali”.

Consumo di suolo

Nel 2017 nel Friuli Occidentale il consumo di suolo ha raggiunto i 20.578 ettari di terreno (205,78 kmq), equivalenti al 9,05% dell'intera superficie. Nel comune di Pordenone il valore ha raggiunto il 40,6% del totale, collocandosi al terzo posto in regione, dopo Monfalcone e Udine. Nel 2016 e 2017 il consumo di suolo è proseguito con intensità maggiore nei centri urbani della pianura, come si può vedere nella mappa.

Map. 1.2 Consumo di suolo nel periodo 2016-2017



Fonte: Rapporto ISPRA 2018

⁵ I dati presentati fanno riferimenti all'edizione 2018 del rapporto "Consumo di suolo, dinamiche territoriali e servizi ecosistemici" predisposto dall'ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale). Il rapporto è disponibile e scaricabile al seguente indirizzo web: www.isprambiente.gov.it.

1.3. Ambiti di paesaggio

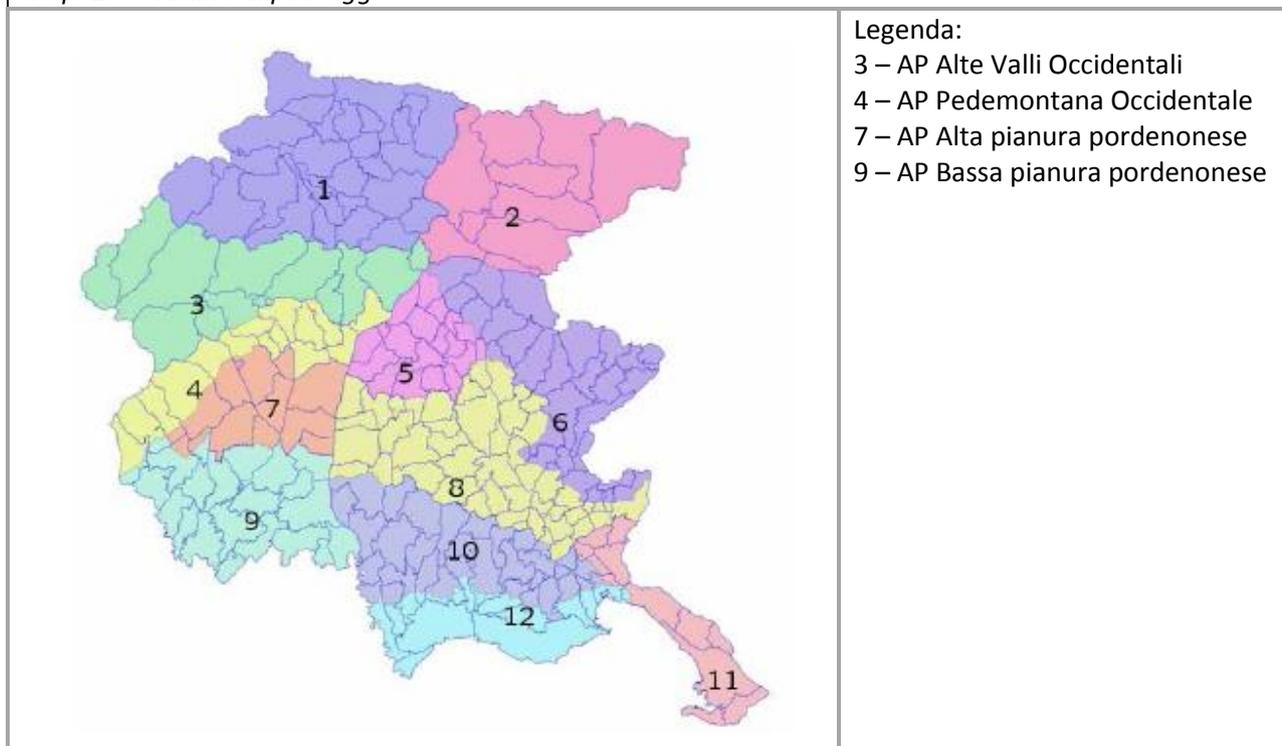
Il Piano paesaggistico della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia⁶ ha individuato gli ambiti di paesaggio (AP) sulla base dei seguenti criteri: a) caratteri idro-geomorfologici; b) caratteri ecosistemici e ambientali; c) sistemi insediativi e infrastrutturali (storici e contemporanei); d) sistemi agro-ambientali (storici e contemporanei).

Si propone qui l'illustrazione di questa zonizzazione, basata su un composito set di indicatori, per rendere evidente quanto essa si differenzi dalle suddivisioni amministrative che regolano il sistema dei servizi pubblici (vedi paragrafo successivo).

Ambiti di paesaggio (AP)

Per quanto riguarda il territorio di riferimento, sono stati individuati 4 ambiti di paesaggio (AP) che tagliano a fasce orizzontali l'area vasta provinciale.

Map. 1.3 – Ambiti di paesaggio



Fonte: Piano Paesaggistico del Friuli Venezia Giulia, Relazione Generale, p. 37

⁶ Approvato con Decreto del Presidente della Regione del 24 aprile 2018, n. 0111/Pres, e pubblicato sul Supplemento ordinario n. 25 del 9 maggio 2018 al Bollettino Ufficiale della Regione n. 19 del 9 maggio 2018 ed è efficace dal 10 maggio 2018. (Fonte: sito internet regionale, <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAVFG/ambiente-territorio/pianificazione-gestione-territorio/FOGLIA21/>; visitato il 28 giugno 2018)

1.4. Articolazioni amministrative del territorio

Dal punto di vista delle articolazioni amministrative degli enti pubblici il territorio di intervento della AAS 5 può essere considerato su tre livelli:

- comunale, inteso come unità minima del sistema istituzionale pubblico;
- distrettuale o comunque intermedio tra quello comunale e di area vasta; rientrano in questo livello tutte le forme associative tra Comuni (Unioni, Associazioni intercomunali), ma anche articolazioni territoriali di enti sovraordinati (come i distretti sanitari, le circoscrizioni per l'impiego);
- provinciale o di area vasta; la soppressione delle Province (LR 12 dicembre 2014, n°26) lascia di fatto l'area vasta senza una rappresentanza politica su base elettiva in grado di svolgere una *governance* delle politiche locali.

In questo paragrafo ci preme dar conto:

- dell'articolazione del territorio dal punto di vista amministrativo; sono presentati gli enti pubblici territoriali che esercitano un ruolo importante nelle *policies* sociali e sociosanitarie: Comuni, ambiti distrettuali dei Servizi sociali, circoscrizioni dei centri per l'Impiego;
- della suddivisione territoriale dell'AAS 5 attraverso i distretti;
- della presenza di altri enti su base territoriale di area vasta: circondario del Tribunale⁷, ATER, Questure e Prefetture;
- della presenza di altri aggregati su base territoriale che impattano, seppur indirettamente, sul sistema sociale e sociosanitario; in particolare i distretti industriali, i consorzi e le filiere che caratterizzano la struttura produttiva locale.

I Comuni del territorio

Nel territorio di intervento dell'AAS 5 sono attualmente presenti **50 comuni**. Il numero si è ridotto da 51 a 50 con l'inizio del 2015, anno in cui si è istituito il nuovo comune di Valvasone Arzene esito della fusione dei due comuni precedentemente autonomi.

L'ISTAT suddivide poi ogni Comune in 4 tipologie di località: centri abitati, nuclei abitati, località produttive e case sparse. I centri abitati - suddivisibili a sua volta in: capoluogo di comune e frazione geografica⁸ - possono essere considerati, in quanto spesso pure sedi parrocchiali, le effettive comunità locali del territorio.

La struttura territoriale dei comuni vede una prevalenza di comuni montani (il 50% del totale, ma che coprono quasi il 60% della superficie), due comuni parzialmente montani e i restanti 23 comuni pianeggianti (che coprono oltre il 35% della superficie).

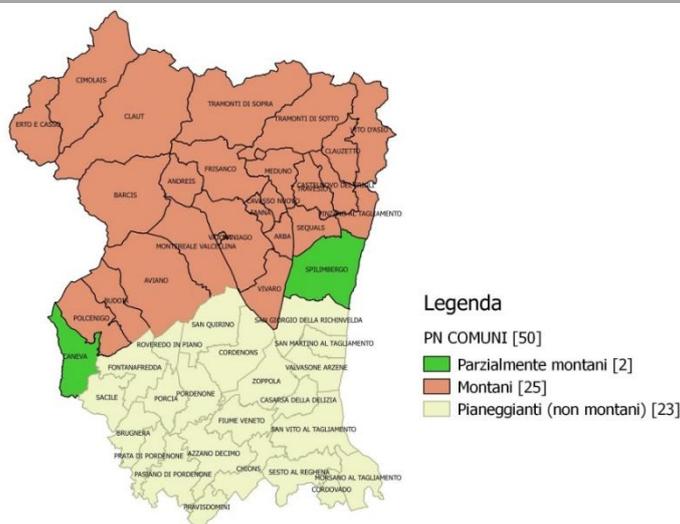
I comuni si rivelano disomogenei anche sulla dimensione territoriale variando da 1,59 Km² di Vajont (il comune più piccolo, inserito dal 1971 all'interno del territorio di Maniago⁹) ai 165,91 Km² di Claut (equivalente al 7,3% del territorio provinciale).

⁷ Come avremo modo di vedere il circondario non coincide con il territorio provinciale.

⁸ Fino al 1991 fu censita anche la popolazione delle frazioni geografiche, definite come la quota parte di territorio comunale comprendente, di norma, un centro abitato, nonché nuclei abitati e case sparse circoscrizioni, gravitanti sul centro.

⁹ Dopo il disastro della diga di Vajont del 1963, la maggioranza degli sfollati fu insediata nell'area agricola del maniaghese detta "Località Bosco dell'Impero", a circa 50 chilometri dall'abitato precedente. Nel dicembre del 1966 fu posata la prima pietra del nuovo paese, che vedeva coabitare per la prima volta insieme ertani e cassani: fu scelto il nome Vajont in memoria della Valle e del disastro (tratto dal sito internet istituzionale del Comune di Vajont).

Map. 1.4 – Comuni del territorio suddivisi secondo la classificazione ex LR 33/2002 (montani, quasi montani e non montani).



Tab. 1.1 – Suddivisione dei Comuni montani e non montani

Comuni	N°	%	Kmq	%
Montani	25	50,0	1.348,55	59,27
Parzialmente montani	2	4,0	113,67	5,00
Non montani (pianeggianti)	23	46,0	813,20	35,74
AAS5	50	100,0	2.275,42	100,00

Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT e dati LR 33/2002

Le aree interne

Un'ulteriore suddivisione territoriale da considerare è quella che identifica le **aree interne**¹⁰. Per quanto riguarda questo territorio è stata identificata un'area interna (denominata **DOLOMITI FRIULANE**) che raccoglie 15 comuni, tutti in area montana: Arba, Barcis, Cavasso Nuovo, Cimolais, Claut, Erto e Casso, Fanna, Frisanco, Maniago, Meduno, Sequals, Tramonti di Sopra, Tramonti di Sotto, Vivaro, Vajont. Di questi, 5 sono definiti aree periferiche e ultraperiferiche¹¹.

¹⁰ Sono così definite "quelle aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, salute e mobilità), ricche di importanti risorse ambientali e culturali e fortemente diversificate per natura e a seguito di secolari processi di antropizzazione" (UVAL, STRATEGIA NAZIONALE PER LE AREE INTERNE: DEFINIZIONE, OBIETTIVI, STRUMENTI E GOVERNANCE, n°31, anno 2014).

¹¹ Si tratta di comuni che distano dai centri con servizi in termini di tempo necessario per raggiungerli, rispettivamente di 40 e 75 minuti.

Gli Ambiti distrettuali

I Servizi sociali dei Comuni (SSC), da tempo gestiti in forma associata, svolgono la loro attività, come definito dalla LR 6/2006, a livello di Ambito distrettuale¹². I confini sono stati modificati recentemente a seguito dell'introduzione delle UTI, Unioni Territoriali Intercomunali (LR 26/2014 e successive modifiche¹³). Rinviamo alle mappe del capitolo 9 per una rappresentazione cartografica dei cambiamenti dei confini degli ambiti (che risultano coincidenti con i distretti sanitari), precisando che l'analisi qui condotta si basa sulle configurazioni territoriali precedenti.

Diamo conto in questa tabella riepilogativa dei cambiamenti avvenuti nella gestione dei SSC e nei confini degli ambiti distrettuali.

Ente gestore del SSC	Comuni presenti	N° SSC	DISTRETTO SANITARIO	N° comuni
UTI Tagliamento	Casarsa della Delizia	6.2	EST	9
	Cordovado			
	Morsano al Tagliamento			
	San Giorgio della Richinvelda			
	San Martino al Tagliamento			
	San Vito al Tagliamento			
	Sesto al Reghena			
	Spilimbergo			
Valvasone Arzene				
UTI delle Valli delle Dolomiti Friulane	Andreis	6.4	NORD	22
	Arba			
	Barcis			
	Castelnovo dei Friuli			
	Cavasso Nuovo			
	Cimolais			
	Claut			
	Clauzetto			
	Erto e Casso			
	Fanna			
	Frisanco			
	Maniago			
	Meduno			
	Montereale Valcellina			
	Pinzano al Tagliamento			
	Sequals			
	Tramonti di Sopra			
Tramonti di Sotto				
Travesio				
Vito d'Asio				
Vivaro				
Vajont				
Comune di Sacile	Aviano	6.1	OVEST	7
	Brugnera			
	Budoia			
	Caneva			
	Fontanafredda			
	Polcenigo			
	Sacile			
Comune di Azzano Decimo	Azzano Decimo	6.3	SUD	7
	Chions			
	Fiume Veneto			
	Pasiano di Pordenone			
	Prata di Pordenone			
	Pravidomini			
Zoppola				
Comune di Pordenone	Cordenons	6.5	URBANO	5
	Porcia			
	Pordenone			
	Roveredo in Piano			
	San Quirino			

Tab. 1.2 – Enti gestori dei SSC e comuni appartenenti all'ambito distrettuale (2017)

Nota. Evidenziati in giallo i Comuni che non si riconoscono nell'UTI pur usufruendo dei Servizi sociali

Fonte: LR 26/2014 e ss.mm.

¹² Per una ricostruzione puntuale dell'evoluzione dell'assetto organizzativo dei Servizi sociali dei Comuni nella regione si rinvia al rapporto di ricerca curato dall'IRSSeS per conto della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, *Analisi organizzativa dei Servizi sociali dei Comuni*, mimeo 2017.

¹³ L'ultima delle quali è la LR 28 dicembre 2018, n°31 (Modifiche alla legge regionale 12 dicembre 2014, n°26).

Le circoscrizioni per l'impiego	Map. 1.5 – L'articolazione territoriale dei Cpl
<p>Da luglio 2016 la competenza dei servizi per il lavoro è ritornata alla Regione. I centri per l'impiego (Cpl) presenti nel territorio sono cinque, ma l'area vasta continua a mantenere una sua unità (ora ridefinita Hub lavoro), in particolare per un raccordo operativo e per la gestione del collocamento mirato.</p> <p>Come si evince dalla cartina i territori dei Cpl non coincidono con i confini dei distretti sanitari.</p>	 <p>Fonte: elaborazione su Atti ufficiali</p>

Il Circondario del Tribunale di Pordenone
<p>Il Circondario del tribunale Ordinario di Pordenone comprende i 50 comuni della provincia, il comune di Forgaria del Friuli (in provincia di Udine) e 11 comuni del Veneto orientale. La peculiarità, unica a livello nazionale, di questo circondario è di comprendere territori appartenenti a due differenti regioni.</p>

Distretti industriali, consorzi di sviluppo economico e sociale e filiere produttive
<p>Il distretto industriale è un sistema locale formato da imprese variamente specializzate che partecipano alla medesima filiera produttiva o a filiere collegate.</p> <p>Nel territorio provinciale insistono i seguenti distretti industriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Distretto industriale del Mobile</u>, contiene i comuni di Azzano Decimo, Buggera, Budoia, Caneva, Chions, Fontanafredda, Pasiano di Pordenone, Polcenigo, Prata di Pordenone, Pravidomini e Sacile. Il distretto oggi continua ad esistere ma, dal punto di vista gestionale, a seguito della LR 3/2015 (e della LR 37/2017), è parte, insieme al distretto della sedia, del cluster Arredo/Casa FVG; - <u>Distretto industriale del Coltello</u>, delimitato dai Comuni di Cavasso Nuovo, Fanna, Maniago Meduno, Montereale Valcellina, Sequals, Vajont, Vivaro; oggi il Distretto è gestito dal Consorzio NIP (Nucleo di Industrializzazione della Provincia di Pordenone) - <u>Distretto industriale della Componentistica e della Termoelettromeccanica (COMET)</u>, nasce dall'unione tra il Distretto Industriale della Componentistica e della Meccanica e il Distretto Industriale Termoelettromeccanico del Medio Friuli, trascendendo le province di Pordenone e Udine e includendo i Comuni di Aviano, Azzano Decimo, Bertiole, Budoia, Casarsa della Delizia,

Castions di Strada, Chions, Codroipo, Cordenons, Fiume Veneto, Fontanafredda, Palazzolo dello Stella, Pocenia, Polcenigo, Porcia, Pordenone, Rivignano, Roveredo in Piano, San Quirino, San Vito al Tagliamento, Sedegliano, Talmassons, Teor, Varmo e Zoppola. Il Cluster COMET nel primo trimestre 2016 conta **3.773 imprese attive** e un **export pari a 6 Miliardi di Euro circa**; gli addetti impiegati sono **56.543** (dati Infocamere).

Si ricorda inoltre che con la LR 4/2017 sono stati istituiti in regione i **distretti di economia solidale** che seguono i confini degli ambiti distrettuali.

I **Consorzi di sviluppo economico locale**, istituiti come enti pubblici economici, promuovono negli agglomerati industriali le condizioni per la creazione e lo sviluppo di attività produttive nel settore dell'industria e dell'artigianato e garantiscono l'esercizio efficace delle funzioni e l'organizzazione dei servizi a livelli adeguati di economicità. Nel Friuli Occidentale sono attivi i seguenti Consorzi:

- Consorzio per il nucleo di industrializzazione della provincia di Pordenone (NIP), con sede a Maniago, gestisce cinque aree industriali attrezzate nei Comuni di Maniago, Meduno, Montereale Valcellina, Claut, Cimolais, Erto e Casso. La superficie complessiva è di 1.847.000 metri quadri sui quali si trovano 70 aziende che occupano oltre 3000 addetti;
- Consorzio per lo sviluppo industriale economico e sociale dello Spilimberghese, riguardava il Comune di Spilimbergo; ora fuso con ZIPR;
- Consorzio per lo sviluppo industriale Ponte Rosso (ZIPR), comprende tra i soggetti consorziati i Comuni di Casarsa della Delizia, Castelnovo del Friuli, Chions, Cordovado, Morsano al Tagliamento, Pravisdomini, San Martino al Tagliamento, San Vito al Tagliamento, Sesto al Reghena, Spilimbergo e Valvasone-Arzene. Oltre 210 aziende insediate, un'estensione totale di quasi 570 ettari e circa 5.300 addetti che operano tra le 4 aree produttive, questi i numeri di un Consorzio il cui territorio di riferimento si estende da Castelnovo del Friuli a Pravisdomini e la cui popolazione supera i 65.000 abitanti. La superficie di zona industriale sfiora i 300 ettari e vi si sono stanziate 120 aziende per un totale di circa 3150 addetti.

2. Benessere e qualità della vita

Il capitolo intende fornire una rappresentazione generale delle condizioni di vita presenti nel territorio d'intervento dell'AAS5, confrontandole con quelle regionali e nazionali. Per tale rappresentazione ci si avvale di due indagini nazionali: 1) Benessere Equo e Sostenibile dei Territori (BEST), realizzata dall'ISTAT; 2) Qualità della vita, realizzata da Il Sole 24 ore.

Inoltre si è scelto di aprire una finestra conoscitiva, tra i numerosi fenomeni sociali ormai consolidatisi e quelli appena emergenti, sul gioco d'azzardo, quale comportamento complesso che può essere osservato da diverse prospettive: economiche, socio-relazionali e sociosanitarie (per i rischi di dipendenza che comporta).

In futuro potrà essere fatto uno sforzo ulteriore per valutare anche a livello di Friuli Occidentale il raggiungimento degli standard previsti dai 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals – SDG*) che l'ONU si è prefisso di raggiungere entro il 2030.

2.1. Benessere equo e sostenibile territoriale

Nel 2018 l'Istat ha pubblicato per la prima volta un sistema di indicatori del Benessere equo e sostenibile nelle 110 province e città metropolitane italiane. Si tratta del primo risultato del progetto "Misure del benessere equo e sostenibile dei territori" avviato per costruire e alimentare regolarmente un sistema di indicatori utili a soddisfare la domanda di informazione statistica territoriale, coerenti e integrati con il *framework* Bes adottato, ormai da alcuni anni, a livello nazionale.

L'indagine considera 12 dimensioni che si articolano in un totale di 61 indicatori. Di seguito daremo illustrazione dei valori solo di alcuni di questi indicatori, ritenuti rilevanti ai fini del presente lavoro, effettuando innanzitutto un confronto tra il Friuli Occidentale con la regione, il Nord Italia e l'Italia; in qualche caso, considereremo l'andamento nel tempo.

BES del territorio: indicatori di salute

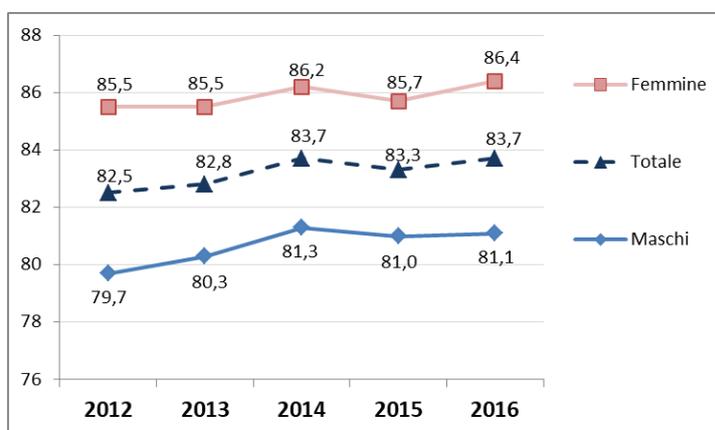
Gli indicatori di salute collocano la popolazione che vive nel Friuli Occidentale generalmente in una posizione migliore di quella regionale e nazionale. La speranza di vita, pur con delle oscillazioni, continua ad aumentare permanendo il divario di genere.

Tab. 2.1 – Indicatori sulla salute. Confronto con altre aree geografiche

	Speranza di vita alla nascita	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	Mortalità per tumore (20-64 anni)	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)
Friuli Occidentale	83,7	0,7	7,6	18,4
Friuli Venezia Giulia	82,8	0,6	9,0	25,0
Nord Italia	83,1	0,7	8,8	29,9
Italia	82,8	0,7	9,0	27,9
	numero medio di anni	tassi standardizzati per 10.000 residenti	tassi standardizzati per 10.000 residenti	tassi standardizzati per 10.000 residenti
	dato 2016	dato 2016	dato 2014	dato 2014

Fonte: BES Istat

Fig. 2.1 – Andamento speranza di vita alla nascita per sesso. Friuli Occidentale, anni 2012-2016



Fonte: BES Istat

BES del territorio: indicatori sull'istruzione e la formazione

La posizione per quanto riguarda l'istruzione e la formazione vede i pordenonesi in una situazione critica: più NEET¹⁴ che nel resto della regione (anche se meno del livello nazionale) ed in crescita negli ultimi anni; meno laureati pure del livello nazionale, più basso tasso di passaggio all'università, inferiore partecipazione alla formazione continua rispetto alla media regionale.

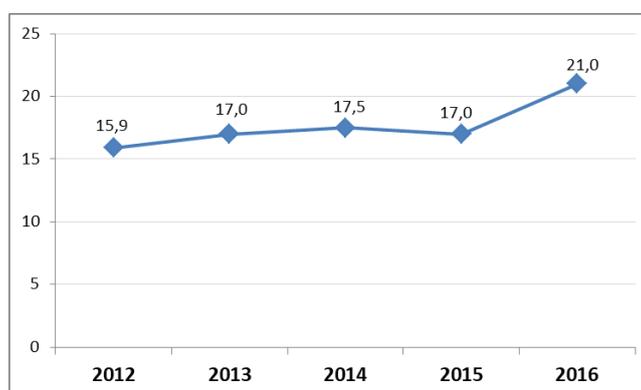
¹⁴ NEET è l'acronimo inglese di "Not (engaged) in education, employment or training", e indica persone non impegnate nello studio, né nel lavoro né nella formazione.

Tab. 2.2 – Indicatori sull'istruzione e la formazione. Confronto con altre aree geografiche

	Giovani che non lavorano e non studiano (Neet)	Laureati e altri titoli terziari (25-39 anni)	Passaggio all'università	Partecipazione alla formazione continua
Friuli Occidentale	21,0	20,3	50,2	10,4
Friuli Venezia Giulia	17,8	24,9	51,5	11,8
Nord Italia	16,9	26,6	52,7	9,3
Italia	24,3	24,4	50,3	8,3
	valori percentuali	valori percentuali	tasso specifico di coorte	valori percentuali
	dato 2016	dato 2016	dato 2016	dato 2016

Fonte: BES Istat

Fig. 2.2 – Andamento dei NEET. Friuli Occidentale, in percentuale, anni 2012-2016



Fonte: BES Istat

BES del territorio: indicatori sul lavoro e sul benessere

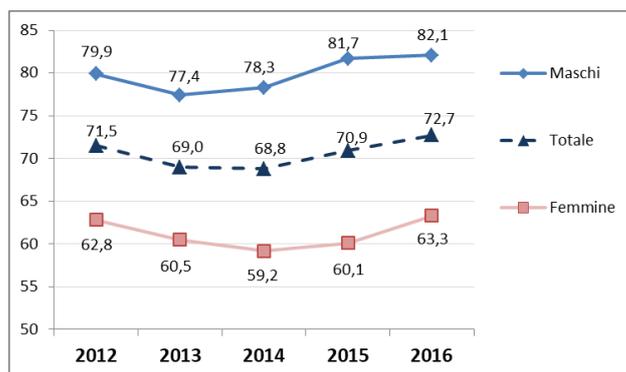
Per quanto concerne la dimensione del lavoro, il Friuli Occidentale ottiene posizioni decisamente migliori di quelle nazionali, nonostante per alcuni indicatori (tasso di occupazione giovanile e percentuale di pensionati con pensioni di basso importo) risulti superato dal resto della regione e dal settentrione. L'andamento dell'occupazione 20-64 anni, in crescita negli ultimi anni, mantiene un forte differenziale di genere.

Tab. 2.3 – Indicatori sul lavoro e sul benessere. Confronto con altre aree geografiche

	Tasso di occupazione (20-64 anni)	Tasso di infortuni mortali e inabilità permanente	Tasso di occupazione giovanile (15-29 anni)	Pensionati con pensione di basso importo
Friuli Occidentale	72,7	9,8	34,3	8,2
Friuli Venezia Giulia	69,2	10,7	35,2	8,1
Nord Italia	70,6	10,5	37,6	7,9
Italia	61,6	11,9	29,8	10,7
	valori percentuali	per 10.000 occupati	tasso specifico di coorte	valori percentuali
	dato 2016	dato 2015	dato 2016	dato 2015

Fonte: BES Istat

Fig 2.3 – Andamento tasso di occupazione 20-64 anni per sesso. Friuli Occidentale, in percentuale, anni 2012-2016



Fonte: BES Istat

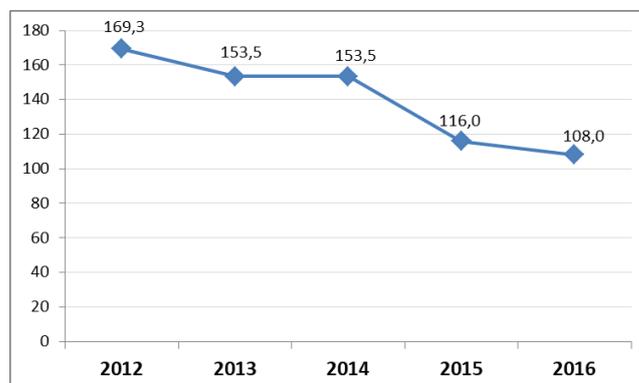
BES del territorio: indicatori sulla sicurezza e sull'ambiente

Gli indicatori sulla sicurezza e sulla disponibilità di verde pubblico conferiscono al Friuli Occidentale una posizione migliore rispetto alle altre aree qui paragonate. I delitti denunciati risultano in progressivo calo nel periodo considerato.

Tab. 2.4 – Indicatori sulla sicurezza e sull'ambiente. Confronto con altre aree geografiche

	Omicidi	Altri delitti violenti denunciati	Delitti diffusi denunciati	Disponibilità di verde urbano
Friuli Occidentale	0,6	8,0	108,0	143,5
Friuli Venezia Giulia	0,5	11,4	144,2	54,1
Nord Italia	0,5	16,4	249,4	35,6
Italia	0,7	17,2	222,5	31,0
	per 100.000 abitanti	per 10.000 abitanti	per 10.000 abitanti	mq per abitante
	dato 2016	dato 2016	dato 2016	dato 2016

Fig 2.4 – Andamento delitti diffusi denunciati. Friuli Occidentale, incidenza su 10mila abitanti, anni 2012-2016



Fonte: BES Istat

BES del territorio: indicatori sui servizi

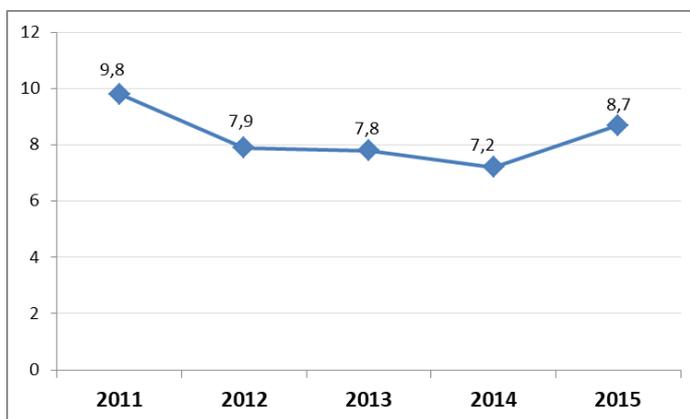
L'indicatore sulla fruizione di servizi comunali nell'infanzia colloca il Friuli Occidentale sopra la media nazionale, ma sotto quella regionale. Risulta elevata l'emigrazione ospedaliera in confronto a tutte le altre aree prese a confronto, anche se diminuita all'inizio del decennio (e poi di nuovo risalita).

Tab. 2.5 – Indicatori sui servizi. Confronto con altre aree geografiche

	Bambini che hanno usufruito dei servizi comunali per l'infanzia	Emigrazione ospedaliera in altra regione
Friuli Occidentale	18,1	8,7
Friuli Venezia Giulia	21,9	5,0
Nord Italia	16,0	4,4
Italia	12,6	6,4
	valori percentuali	valori percentuali
	dato 2014	dato 2015

Fonte: BES Istat

Fig 2.5 – Emigrazione ospedaliera in altra regione. Friuli Occidentale, anni 2012-2016



Fonte: BES Istat

2.2. Qualità della vita

Annualmente Il Sole 24 Ore stila la classifica della Qualità della vita nelle province italiane. Si tratta di un'indagine utile anche ai fini del presente lavoro in quanto delinea, attraverso l'elaborazione di un indice sintetico costruito con numerosi indicatori base, la posizione assunta dal pordenonese nel più ampio scenario italiano¹⁵.

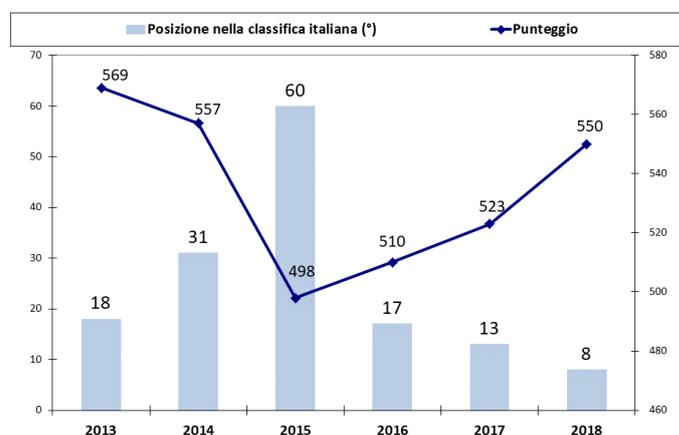
Andamento della provincia di Pordenone nella classifica generale della Qualità della Vita de Il Sole 24 Ore.

Nell'ultima rilevazione (2018) Pordenone si colloca all'8° posto tra le province italiane per qualità della vita. È indubbiamente la miglior posizione conquistata fino ad oggi, anche se il punteggio conseguito risulta inferiore a quello del 2014 e del 2013.

Dal 2015, Pordenone registra un miglioramento continuo della qualità della vita che l'ha portata dal 60° all'odierno 8° posto nazionale e 2° regionale (dopo Trieste).

Pordenone registra le migliori performance nelle dimensioni giustizia e sicurezza (5° posto), ambiente e servizi (6° posto), demografia e società (11° posto) e affari e lavoro (17° posto); sulle due restanti dimensioni la sua collocazione è più o meno a metà classifica: 47ma per ricchezza e consumi, arretrando rispetto all'anno precedente e 79ma per cultura e tempo libero (in cui si evince invece un miglioramento).

Fig. 2.6 – Posizione e punteggio della provincia di Pordenone negli anni 2013-2018



Tab. 2.6 – Posizionamento della provincia di Pordenone nelle 6 dimensioni considerate; anni 2016-2018

¹⁵ La classifica della Qualità della vita de Il Sole 24 Ore è costruita su 6 dimensioni ognuna delle quali composta da 7 indicatori provenienti da varie fonti (per un totale di 42 indicatori). Il punteggio varia da 1 a 1.000.

Anni	Ricchezza e consumi	Affari e lavoro	Ambiente e servizi	Demografia e società	Giustizia e sicurezza	Cultura e tempo libero
2016	48	12	41	18	5	80
2017	14	25	40	15	8	83
2018	47	17	6	11	5	79

Fonte: elaborazione su dati de Il Sole 24 Ore, più annualità

2.3. La diffusione del gioco d'azzardo

Le pratiche del gioco d'azzardo¹⁶, oggi legalmente disponibili in Italia, sono in crescita. Di seguito diamo illustrazione di alcuni dati, resi disponibili online dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, relativi al territorio della provincia di Pordenone. Ci soffermeremo sulla spesa e sulla diffusione degli apparecchi (slot e VLT), il cui contenimento è oggetto anche di una legge regionale¹⁷.

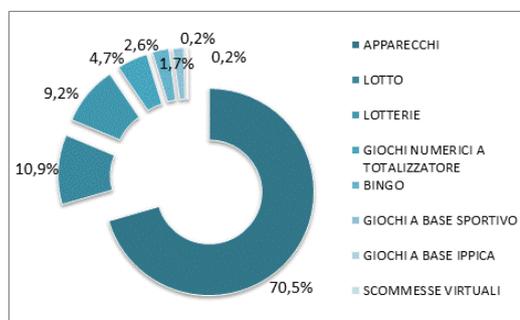
Spesa per gioco d'azzardo legale per canale

Nel 2016 nel territorio della provincia di Pordenone, la spesa complessiva per tutti i giochi d'azzardo legali è stata di quasi 88 milioni di euro, equivalente al 25,21% della spesa regionale. Tra i vari giochi la spesa prevalente è quella destinata agli apparecchi (newslot e VLT)¹⁸ che raggiunge il 70,5% del totale. La spesa pro-capite è invece di oltre 400 € con i valori più elevati registrati nel Distretto Sud¹⁹.

Tab. 2.7 – Spesa per gioco d'azzardo legale per canale nel 2016 (V.A.)

Canale	Spesa (in €)
APPARECCHI	€ 61.968.609,37
LOTTO	€ 9.558.866,83
LOTTERIE	€ 8.102.269,98
GIOCHI NUMERICI A TOTALIZZATORE	€ 4.156.275,93
BINGO	€ 2.247.952,86
GIOCHI A BASE SPORTIVO	€ 1.496.386,69
GIOCHI A BASE IPPICA	€ 195.369,28
SCOMMESSE VIRTUALI	€ 182.135,42
Totale	€ 87.907.866,36

Fig. 2.7 – Spesa per gioco d'azzardo legale per canale nel 2016 (%)



Fonte: elaborazioni su dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

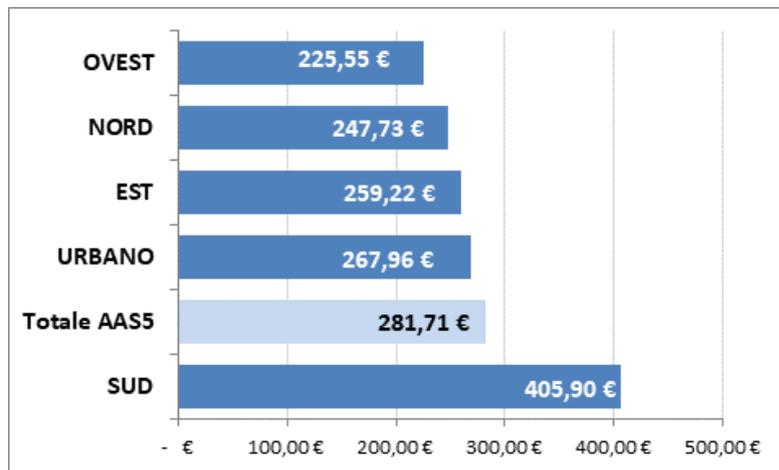
¹⁶ Il Codice pensale fornisce questa definizione: "sono giochi d'azzardo quelli nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi aleatoria" (art. 721).

¹⁷ LR1/2014 "Disposizioni per la prevenzione, il trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo, nonché delle problematiche e patologie correlate" (modificata nel 2017).

¹⁸ La spesa per gli apparecchi è calcolata come differenza tra raccolta e vincite dei contatori di sala stimati giornalieri per le AWP e di sala giornalieri per le VLT. Si sottolinea che la spesa non coincide con l'ammontare della raccolta (ovvero con i soldi giocati), in quanto parte degli incassi derivanti dalle vincite vengono rimessi in gioco.

¹⁹ Per un'interpretazione corretta della spesa pro-capite per distretto si deve considerare che il denominatore è dato dalla localizzazione delle ricevitorie e sale dove si gioca e non dalla residenza dei giocatori.

Fig. 2.8 – Spesa per gioco d'azzardo pro-capite per distretto – anno 2016



Fonte: elaborazioni su dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

3. Caratteristiche della popolazione residente

Nel presente capitolo si vanno ad analizzare le principali caratteristiche sociodemografiche dell'area vasta pordenonese, con approfondimenti distrettuali. Il capitolo si apre con l'analisi degli andamenti generali della popolazione residente, per poi approfondire i temi dei rapporti intergenerazionali, di genere, di nazionalità, e dei contesti familiari. Ne emerge l'immagine di un territorio per molti aspetti in evoluzione, pur nella sostanziale stazionarietà della popolazione generale.

3.1. Andamenti generali della popolazione

In questa sezione si presentano gli andamenti della popolazione residente nel periodo 2013-2017, individuando i fenomeni principali alla base dei cambiamenti congiunturali (2016-17) e strutturali (2013-17) dell'area vasta pordenonese e delle singole aree distrettuali (nati-mortalità, mobilità territoriale, ecc.), sulla base dei dati resi disponibili dall'Istat.

Andamenti della popolazione residente

Nell'area pordenonese la popolazione è calata costantemente nel periodo 2013-2016, pur con flessioni modeste (-0,8%), per stabilizzarsi nel 2017. Si registrano tuttavia andamenti differenziati nei territori di riferimento dei 5 distretti: i cali maggiori si sono registrati nell'Urbano (il più popoloso con oltre il 30% dei residenti totali) e soprattutto nel Nord (-1,6%). In leggera controtendenza il Distretto Ovest che mantiene il numero di residenti del 2013 e cresce di oltre 100 unità tra il 2016 e 2017.

Nelle fig. 3.1. e 3.2. si nota come, nel calo generalizzato, vi sia una discontinuità nel passaggio tra il 2016 e il 2017, anticipato nel Distretto Ovest e confermato dagli altri territori, ad eccezione della montagna pordenonese.

Tab. 3.1 – Popolazione residente nei Distretti dell'AAS 5 (v.a., var. ass. e % 2013-17, var. % 2016-17)

	2013	2014	2015	2016	2017	% Distretto 2017	Var.Ass. 2013-17	Var % 2013-17	Var % 2016-17
EST	41.196	41.141	41.040	40.767	40.755	13,1	-441	-1,1	0,0
NORD	53.671	53.377	53.082	52.870	52.786	16,9	-885	-1,6	-0,2
OVEST	62.868	62.852	62.615	62.741	62.857	20,1	-11	0,0	0,2
SUD	61.180	60.958	60.884	60.735	60.798	19,5	-382	-0,6	0,1
URBANO	95.729	95.644	95.173	94.938	94.884	30,4	-845	-0,9	-0,1
AAS 5	314.644	313.972	312.794	312.051	312.080	100,0	-2.564	-0,8	0,0

Fonte: elaborazione su dati Demostat

Fig. 3.1 – Andamento popolazione AAS 5 2013-2017

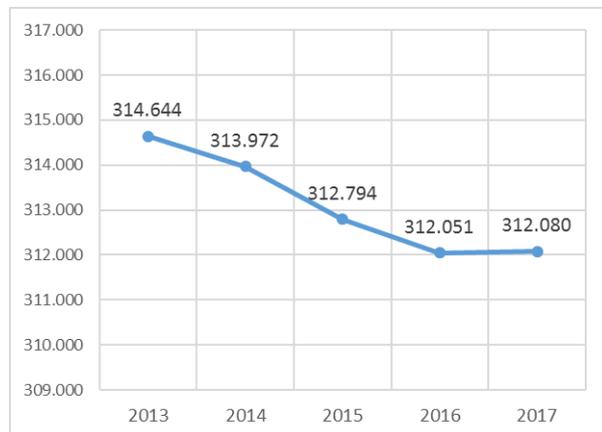
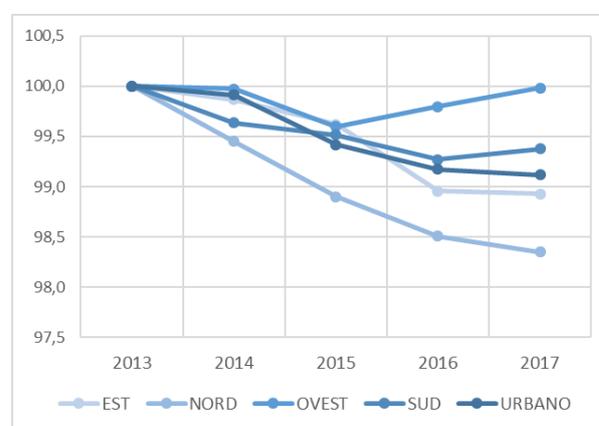
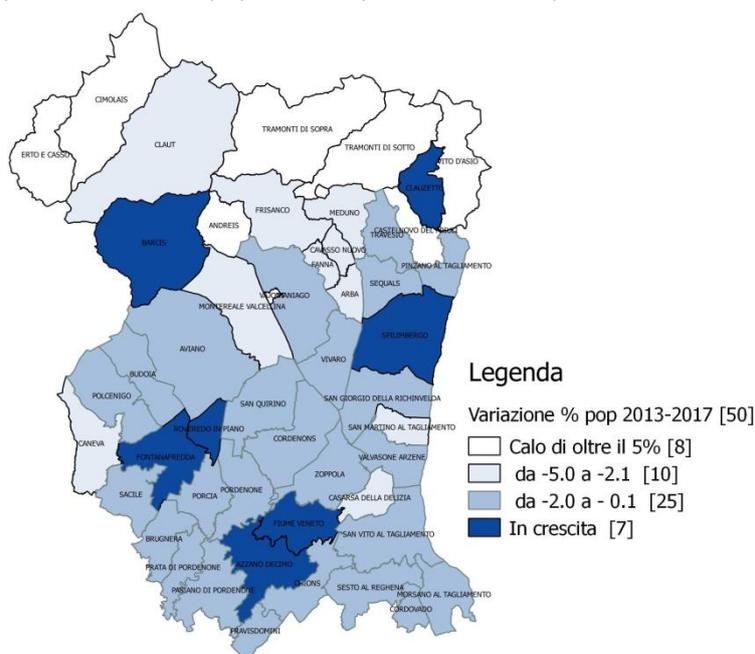


Fig. 3.2 – Andamento popolazione Distretti (n.i. 2013=100)



Mappa 3.1: Variazioni percentuali della popolazione per comune nel periodo 2013-2017

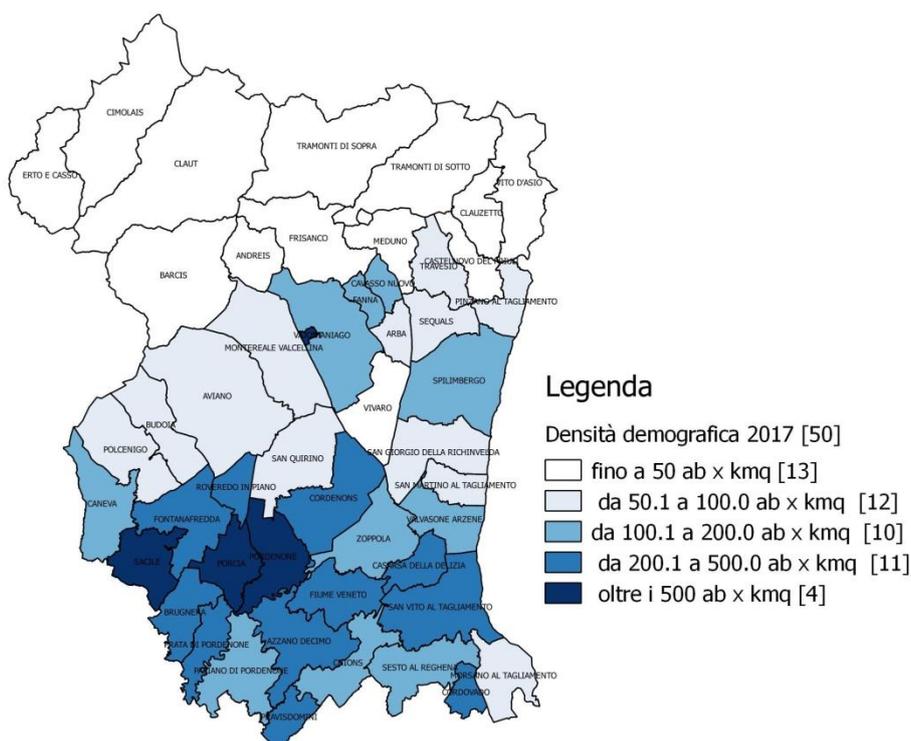


Fonte: Elaborazioni su dati Demostat

Densità demografica per comune

La popolazione è distribuita in modo assai eterogeneo sul territorio, concentrandosi sulla pianura e lasciando le zone montane quasi disabitate: nelle prime i comuni superano i 200 abitanti per kmq (ma si raggiungono anche valori superiori ai 500), mentre nelle seconde quasi sempre ci si trova con una popolazione inferiore ai di 50 abitanti per kmq.

Mappa 3.2: Densità demografica per comune (anno 2017)



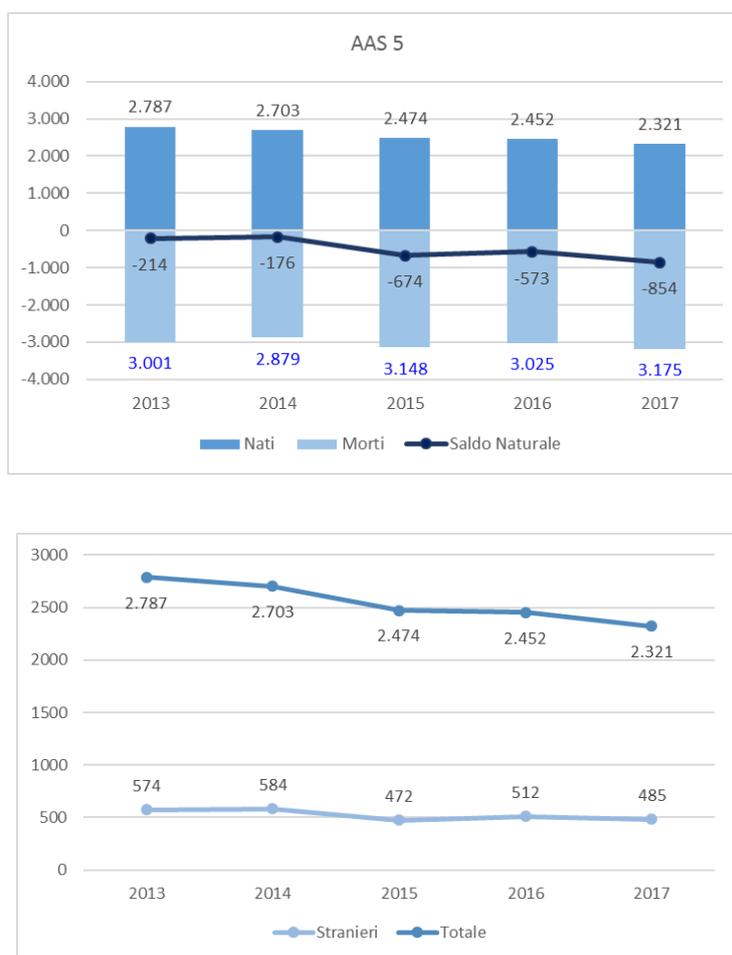
Nati-mortalità e speranza di vita

La differenza tra il numero dei decessi e quello delle nascite individua il saldo naturale della popolazione residente. Nell'ultimo quinquennio i valori si sono costantemente mantenuti negativi, in forza di una decisa contrazione delle nascite, fenomeno rilevabile da oltre un ventennio che non accenna ad esaurirsi (-16,7% tra il 2013 e il 2017). Nel Distretto Ovest si registra il calo maggiore (-27,4%), seguito dal Nord (-18,6%) e dall'Urbano (-17,4%); il calo si mantiene sotto il 10% nei distretti Sud e Est. Gli andamenti delle nascite per nazionalità sono piuttosto armonici, con la percentuale delle nascite di cittadini stranieri che rimane attorno al 20% in tutto il periodo.

Per contro, aumentano seppur modestamente i decessi, in particolar modo nelle aree pianeggianti del territorio, mentre quelle montane e semi montane registrano variazioni più contenute.

Il Distretto Sud è l'unico che mantiene un saldo naturale positivo in tutto il periodo, sebbene in calo.

Fig. 3.3 – Nascite, morti e saldo naturale nel territorio dell’AAS 5 per nazionalità (v.a. 2013-2017)



Fonte: Elaborazioni su dati Demostat

Tab. 3.2 – Nascite, morti e saldo naturale dei Distretti dell’AAS 5 (v.a. 2013-17 e var. % 2013-17)

		2013	2014	2015	2016	2017	Var. % 2013-17
EST	Nati	354	355	324	332	319	-9,9
	Morti	394	387	389	395	441	11,9
	Saldo Naturale	-40	-32	-65	-63	-122	
NORD	Nati	458	439	377	400	373	-18,6
	Morti	640	622	678	675	644	0,6
	Saldo Naturale	-182	-183	-301	-275	-271	
OVEST	Nati	592	548	521	499	430	-27,4
	Morti	600	541	608	572	605	0,8
	Saldo Naturale	-8	7	-87	-73	-175	
SUD	Nati	586	563	527	518	541	-7,7
	Morti	491	493	517	495	532	8,4
	Saldo Naturale	95	70	10	23	9	
URBANO	Nati	797	798	725	703	658	-17,4
	Morti	876	836	956	888	953	8,8
	Saldo Naturale	-79	-38	-231	-185	-295	
AAS n. 5	Nati	2.787	2.703	2.474	2.452	2.321	-16,7
	Morti	3.001	2.879	3.148	3.025	3.175	5,8
	Saldo Naturale	-214	-176	-674	-573	-854	

Fonte: Demolstat

Aspettativa di vita

Nell'ultimo decennio il pordenonese ha visto crescere tanto l'aspettativa di vita alla nascita (+1,7), sia quella degli anziani (+1,3), posizionandosi sopra la media regionale in entrambi gli indicatori per tutto il periodo e segnando valori superiori al resto delle province. Si conferma un'aspettativa maggiore per la componente femminile (circa 5 anni e mezzo in più rispetto ai maschi nel 2016), con un divario di genere che tende ad aumentare nel confronto con il 2007.

	2007		2016		Var. 2007-16	
	Alla nascita	ai 65 anni	Alla nascita	ai 65 anni	Alla nascita	ai 65 anni
MASCHI						
AAS 5	79,6	18,5	81,1	19,6	1,5	1,1
Friuli-Venezia Giulia	78,6	17,9	80,4	19,0	1,8	1,1
FEMMINE						
AAS 5	84,5	22,2	86,4	23,7	1,9	1,5
Friuli-Venezia Giulia	84,2	21,8	85,4	22,7	1,2	0,9
TOTALE						
AAS 5	82,0	20,4	83,7	21,7	1,7	1,3
Friuli-Venezia Giulia	81,3	19,8	82,8	20,9	1,5	1,1

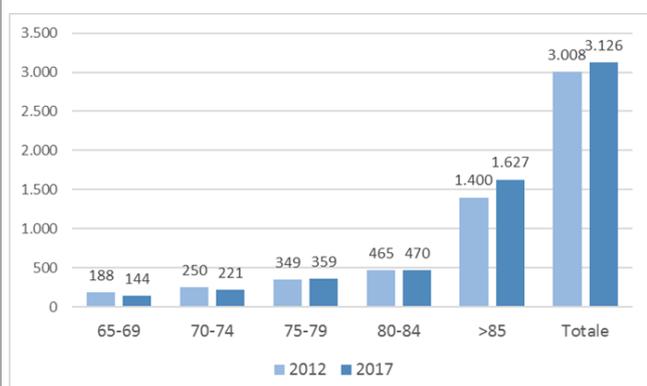
Tab. 3.3 – aspettativa alla nascita e ai 65 anni per territorio e genere (2006-2017)

Fonte: Demolstat

Mortalità in terza età

Tra il 2012 e il 2017 il numero di decessi ha subito lievi scostamenti, ma risulta evidente uno spostamento verso l'alto (80 anni e più) della distribuzione. Il tasso standardizzato (Tab. 8.3) evidenzia una mortalità più accentuata della componente femminile (specie nelle aree montane) e maschile nel sanvitese.

Fig. 3.4 – N. decessi tra gli anziani per fascia d'età (v.a. 2016-17)



Tab. 3.4 – Tasso standardizzato di mortalità generale per distretto e genere (2017)

	Maschi	Femmine
EST	1.055,7	1.062,5
NORD	995,7	1.221,6
OVEST	840,1	1.081,8
SUD	905,3	1.132,5
URBANO	952,1	1.051,9
AAS 5	944,0	1.105,9

Fonte: Demolstat e SIASI

Fig. 3.5 – Distribuzione dei decessi per fascia d'età, confronto AAS 5 – Regione FVG (% 2017)

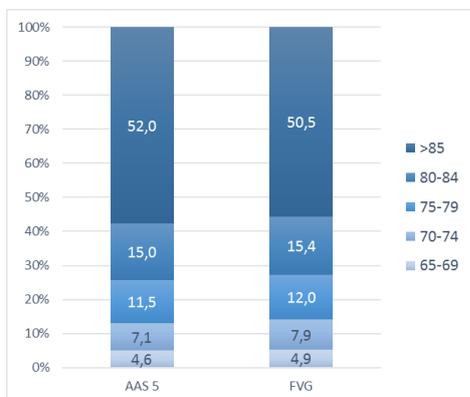
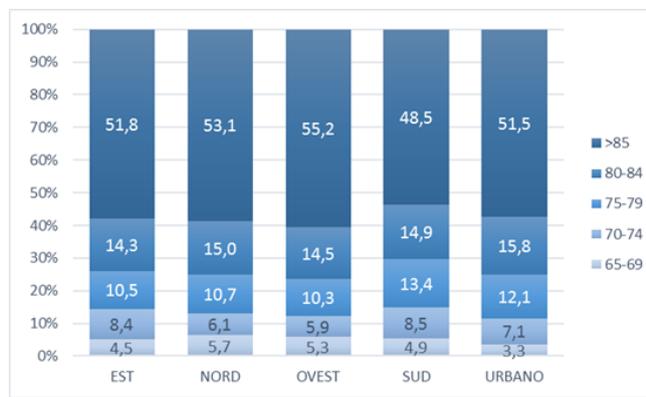


Fig. 3.6 – Distribuzione dei decessi per fascia d'età e distretto (% 2017)



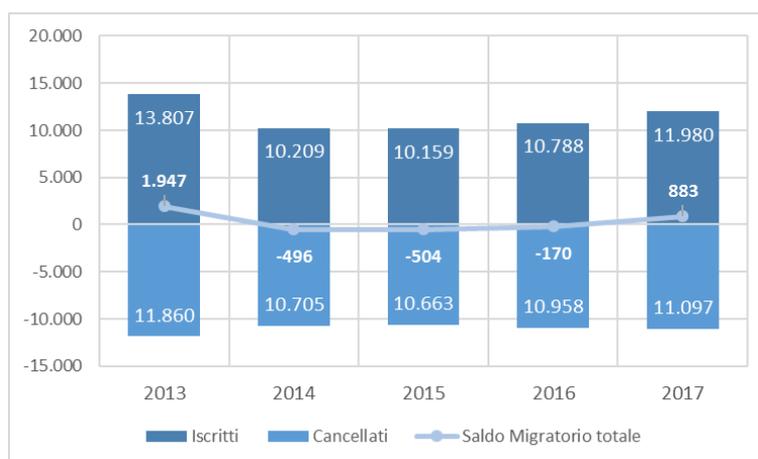
Fonte: Demolstat e SIASI

Movimenti di popolazione

Analogamente al saldo naturale, quello migratorio consiste nella differenza tra gli iscritti in anagrafe e i cancellati. È noto che almeno fino al 2008 l'aumento della popolazione sia stato indotto dall'attrattività territoriale, ovvero dal maggior afflusso di residenti da altri Comuni o dall'estero, rispetto a quanti avessero lasciato il territorio. Nel periodo considerato, si registra un netto calo di ingressi tra il 2013 e il 2014, che ha timidamente ripreso ad aumentare dal 2015. Anche le fuoriuscite si sono contratte fino al 2015 per poi ricominciare a crescere. Tale annata sembra quindi aver individuato un punto di discontinuità nell'andamento del saldo migratorio, con un aumento, seppur timido, del dinamismo in ingresso-uscita e una "bilancia" in crescita. Questo andamento "a campana" è visibile in tutti i distretti, seppur con dinamiche leggermente diverse.

La mobilità interna (da/verso altri Comuni italiani) rappresenta oltre $\frac{3}{4}$ dei movimenti di popolazione del 2017 (circa 500 unità in più), mentre quella estera il 20,4% in ingresso e il 10,4% in uscita.

Fig. 3.7 – Iscritti, cancellati e saldo migratorio dell'AAS 5 (v.a. 2013-2017)

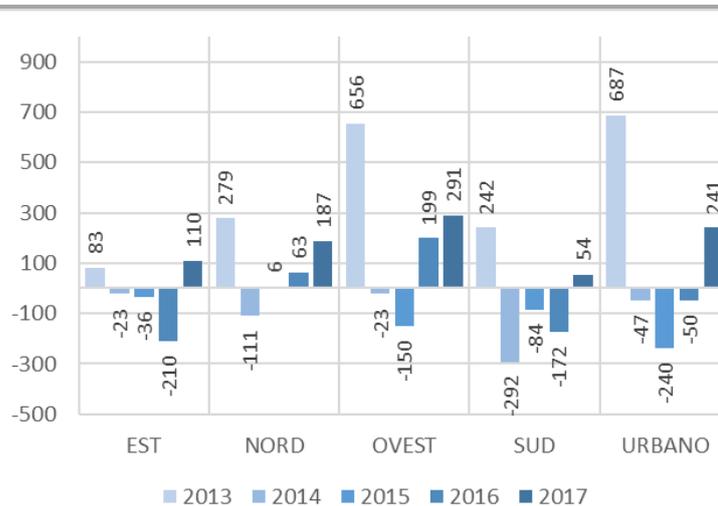


Fonte: Demolstat

Fig. 3.8 – Iscrizioni e cancellazioni per provenienza/destinazione (v.a. e % 2017)

Iscritti da altri Comuni	9.136	76,3
Iscritti dall'estero	2.449	20,4
Altri iscritti	395	3,3
Totale Iscritti	11.980	100,0
Cancellati per altri Comuni	8.608	77,6
Cancellati per l'estero	1.149	10,4
Altri cancellati	1.340	12,1
Totale Cancellati	11.097	100,0

Fig. 3.9 – Saldo migratorio per Distretto (v.a. 2013-2017)

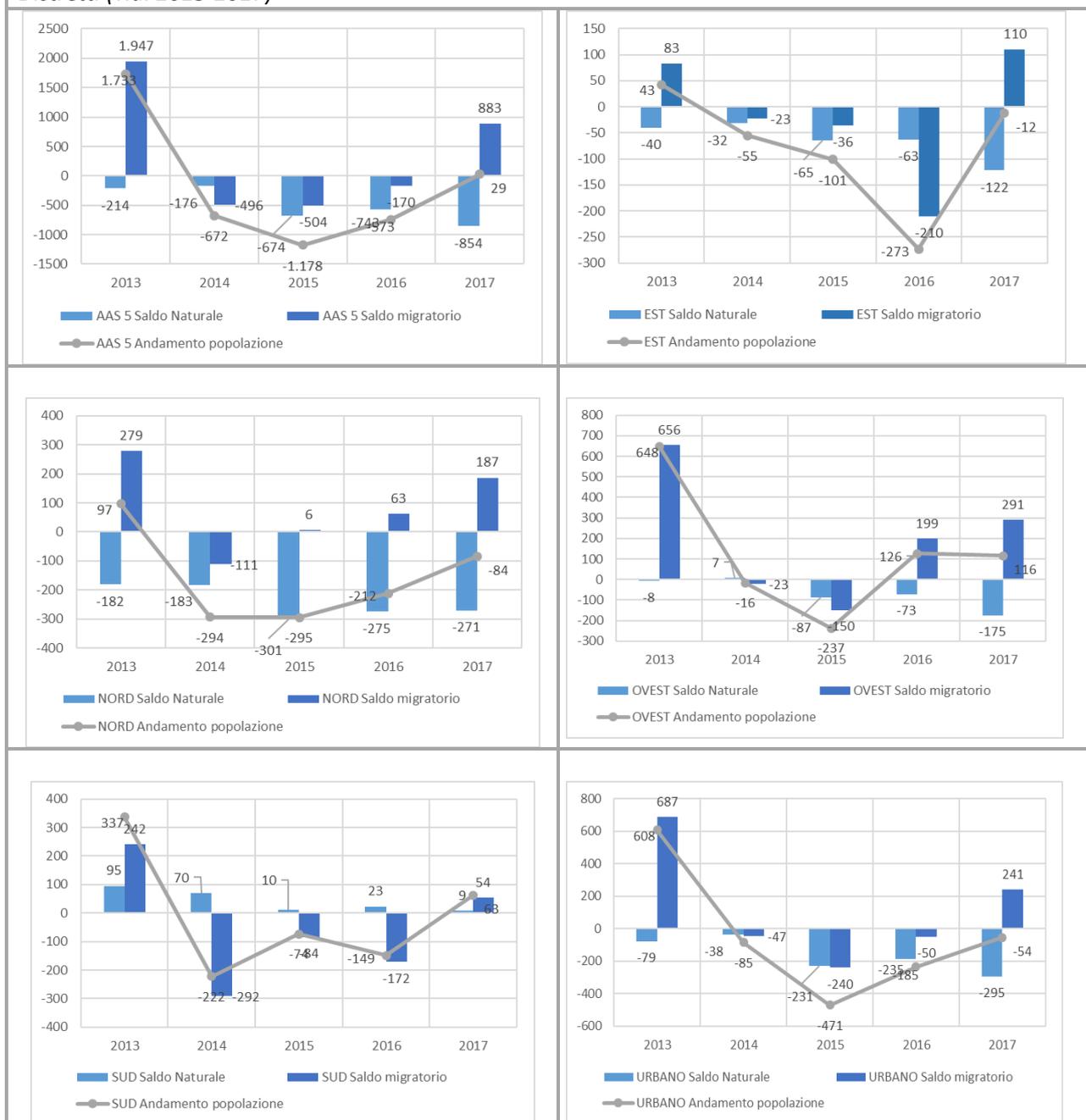


Fonte: Demolstat

Bilancio demografico

La sintesi tra il saldo naturale e migratorio costituisce il bilancio demografico di una comunità. Nei grafici che seguono si presentano i valori di tali indicatori per il periodo di riferimento (2013-17) nel territorio dell'AAS 5 e nei 5 Distretti. Si nota in particolare come in tutti i territori si presenti un andamento simile della popolazione generale, ma che in ciascuno essa sia peculiarmente individuata dai differenti equilibri tra saldo naturale e migratorio.

Fig. 3.10 – Saldo naturale, migratorio e andamento della popolazione nel territorio dell'AAS 5 e nei Distretti (v.a. 2013-2017)

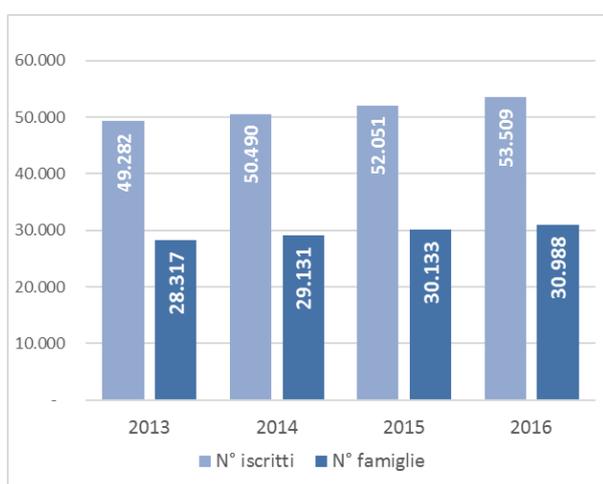


Fonte: Demolstat

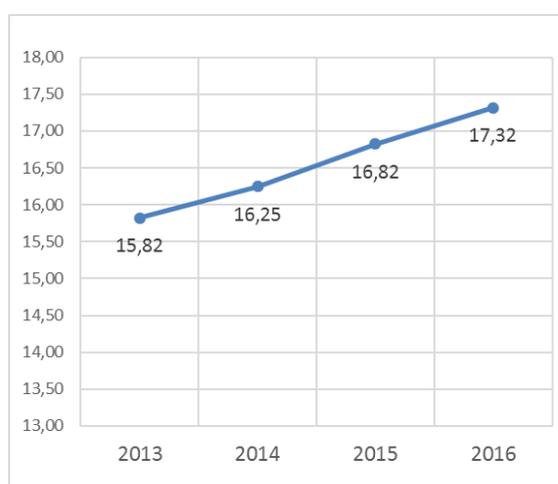
Cittadini italiani residenti all'estero

Nei seguenti grafici si presentano gli andamenti degli iscritti all'Anagrafe Italiani Residenti all'Estero (AIRE)²⁰ nel periodo 2013-2016. Si nota che tanto il numero degli iscritti quanto quello delle famiglie sale costantemente (+8,5 gli iscritti, + 9,4 i nuclei²¹). Nel 2016 il numero degli iscritti ha raggiunto le 23.509 unità, pari al 17,3% della popolazione residente nel pordenonese, percentuale che cresce nel quadriennio, anche a fronte di una popolazione residente piuttosto stazionaria.

Fig. 3.11 – Andamento cittadini iscritti all'AIRE e famiglie (v.a. 2013-2016)



Tab. 3.5 – Percentuale iscritti AIRE su totale popolazione (2013-2016)



Fonte: Ministero degli Interni

²⁰ Ai sensi della legge 470/1988 l'iscrizione all'AIRE è obbligatoria per i cittadini che trasferiscono la propria residenza all'estero per periodi superiori a 12 mesi e per quelli che già vi risiedono, sia perché nati all'estero che per successivo acquisto della cittadinanza italiana a qualsiasi titolo.

²¹ Va ricordato che il singolo, anche se solo, è considerato ai fini statistici come famiglia unipersonale.

3.2. Genere, fasce d'età e rapporti intergenerazionali

Popolazione residente per genere

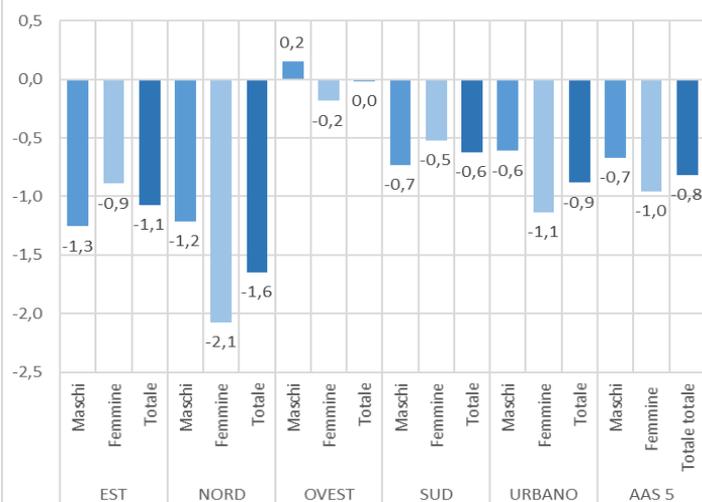
A livello di area vasta, nel 2017 la componente femminile conta 6.126 unità in più rispetto a quella maschile, costituendo il 51% dei residenti. L'incidenza maggiore si ha nel contesto urbano, minore nell'Azzanese e nell'area montana. Pur tuttavia, nel quinquennio 2013-2017 la componente femminile fa segnare una flessione superiore a quella maschile, fenomeno visibile in particolare nei Distretti Urbano, Nord e Ovest; a fronte di una popolazione maschile stazionaria (-82), quella femminile perde oltre 800 unità.

Tra gli italiani, fino ai 65 anni la maggioranza risulta maschile, pur rimanendo le donne maggioritarie in terza e soprattutto quarta età (over75). Tra gli stranieri le donne costituiscono la maggioranza nei grandi adulti, complice anche l'immigrazione da lavoro come colf o assistente familiare

Fig. 3.12 – Popolazione residente per genere e Distretto (v.a. e % 2017)

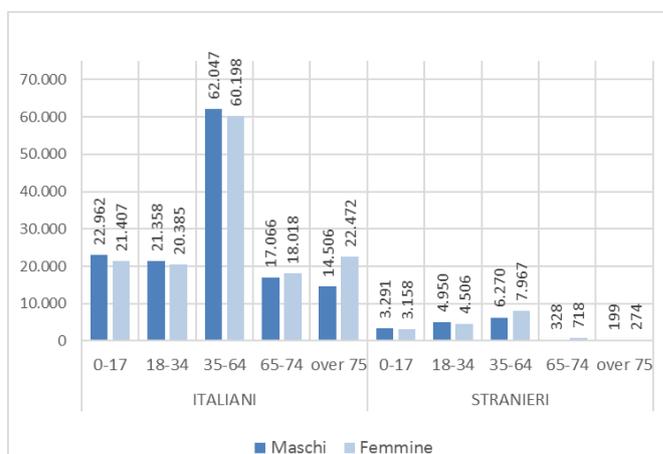
Distretto	Val. ass.			%		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
EST	20.048	20.707	40.755	49,2	50,8	100,0
NORD	26.121	26.665	52.786	49,5	50,5	100,0
OVEST	30.866	31.991	62.857	49,1	50,9	100,0
SUD	30.188	30.610	60.798	49,7	50,3	100,0
URBANO	45.754	49.130	94.884	48,2	51,8	100,0
AAS 5	152.977	159.103	312.080	49,0	51,0	100,0

Fig. 3.13 – Andamento della popolazione per genere e Distretto (var. % 2013-17)



Fonte: Demolstat

Fig. 3.14 – Popolazione residente nell’AAS 5 per genere e nazionalità (v.a. 2017)



Fonte: elaborazioni su dati Demolstat

Fasce d'età e rapporti intergenerazionali

È attraverso la lente dei rapporti tra generazioni che si assiste ai fenomeni demografici più significativi qui presentati: il pordenonese rimane largamente il contesto “più giovane” in regione²², con l’incidenza più bassa di anziani e maggiore di minori; ciononostante, evidenzia segnali di progressivo invecchiamento non dissimili da quelli del resto della regione. Come si nota in Tab. 3.6 infatti, pur nei valori migliori registrati in regione, nel pordenonese si notano al contempo le variazioni più significative negli indici di invecchiamento principali. Il territorio ha assunto da tempo una conformazione della struttura demografica cosiddetta “a trottola”, tipica delle società occidentali contemporanee (fig. 3.13), con un progressivo allargamento del vertice alto (anziani) e diminuzione delle fasce minorili. Proprio questi due aspetti sostanziano l’evoluzione demografica degli ultimi anni nel territorio, ed in particolare:

- Un calo delle fasce giovanili, sia tra i minori (-3,1%), ma soprattutto tra i giovani adulti (-6,8%), con una perdita netta di circa 1.600 minori e oltre 3.700 18-34enni. Tali dati sono lecitamente individuabili come conseguenza dell’abbassamento della natalità, della contrazione dei flussi migratori e dall’aumento di quelli emigratori;
- Una leggera flessione dei “grandi adulti” (-1,2%);
- Una decisa crescita delle fasce anziane (4.416 unità in più rispetto al 2013), frutto dell’allungamento dell’aspettativa di vita e del miglioramento delle condizioni di vita. Tale aumento riguarda soprattutto gli ultra 75enni (+14,5%), mentre gli ultra 85enni crescono del 7,9%. Diminuisce il numero dei centenari (144 nel 2013, 101 nel 2017).

Tali spostamenti implicano un maggior peso delle cosiddette “fasce a carico” della popolazione (minori di 14 anni e over 65enni), rispetto a quelle in età attiva: se nel 2013 si avevano 55 persone a carico ogni 100 in età attiva, nel 2017 le prime salgono a quasi 59, 37 delle quali anziane.

Se si osservano i dati per nazionalità, nel periodo 2013-2017 gli italiani sono cresciuti esclusivamente grazie alla componente anziana, mentre cali vistosi si notano nella componente adulta. Diversamente, si assiste ad un calo drastico (vedi paragrafo successivo), specie di minori stranieri, così come di giovani adulti, in particolare donne (Tab. 3.7)

Dal punto di vista dei Distretti, la flessione dei minori oscilla tra il 3,2 e il 3,7%, eccezion fatta per il

²² Come si nota in Tab. 3., il pordenonese presenta indici migliori degli altri contesti in tutte le dimensioni considerate.

Distretto Ovest dove si assesta sul-2,0%; il calo dei giovani adulti (18-34 anni) è vistoso nel contesto montano (-9,7%), ma consistente anche nel Distretto Est (-8,6%) e Sud (-7,7%). I contesti urbanizzati segnano flessioni minori, seppur significative. Il Distretto Urbano segna il calo maggiore dei grandi adulti (35-64 anni), con una perdita di oltre 1.000 individui, significativi i cali anche nel Nord (-443 unità). In tutti i territori la fascia anziana maggioritaria è quella tra i 65 e i 74 anni, ma quella che segna gli aumenti maggiori è compresa tra i 75 e gli 84 anni. Sensibile è anche la crescita degli ultra 85enni, ad eccezione della montagna, dove invece calano.

Tab. 3.6 e 3.7 –
Scomposizione della
popolazione residente
nel territorio dell’AAS 5
e nei Distretti per fascia
d’età (v.a. e % 2017)

Distretto	Valori assoluti						Totale
	0-17	18-34	35-64	65-74	75-84	85 e +	
Est	6.644	6.709	18.023	4.583	3.194	1.602	40.755
Nord	7.987	8.637	22.663	6.755	4.547	2.197	52.786
Ovest	10.446	10.261	27.839	6.910	5.119	2.282	62.857
Sud	10.896	10.381	26.666	6.535	4.477	1.843	60.798
Urbano	14.845	15.211	41.291	11.347	8.593	3.597	94.884
AAS n.5	50.818	51.199	136.482	36.130	25.930	11.521	312.080

Distretto	% Distretto						Totale
	0-17	18-34	35-64	65-74	75-84	85 e +	
Est	16,3	16,5	44,2	11,2	7,8	3,9	100,0
Nord	15,1	16,4	42,9	12,8	8,6	4,2	100,0
Ovest	16,6	16,3	44,3	11,0	8,1	3,6	100,0
Sud	17,9	17,1	43,9	10,7	7,4	3,0	100,0
Urbano	15,6	16,0	43,5	12,0	9,1	3,8	100,0
AAS n.5	16,3	16,4	43,7	11,6	8,3	3,7	100,0

Fonte: Demolstat

Tab. 3.8 – Indici di struttura per territorio provinciale e regionale (2013-2017 e var. 2013-17)

	2013				2017				Var. 2013-17			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Pordenone	55,3	33,4	152,8	44,3	58,7	36,9	169,6	45,5	3,4	3,5	16,8	1,2
Udine	57,5	37,8	192,4	46,1	60,8	41,3	212,2	47,2	3,3	3,5	19,8	1,1
Gorizia	61,5	41,6	209,2	47	62,8	43,3	222,3	47,7	1,3	1,7	13,1	0,7
Trieste	65,1	46,1	243,3	48,2	66,0	47,5	256,2	48,7	0,9	1,4	12,9	0,5
FVG	58,8	38,6	191,8	46,2	61,4	41,6	208,8	47,1	2,6	3,0	17,0	0,9

Nota:

Dipendenza strutturale (indice di): rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Età media: età media della popolazione detenuta a una certa data espressa in anni e decimi di anno.

Fonte: Demolstat

Fig. 3.15 – Piramide dell'età della popolazione residente in AAS 5 (v.a. 2017)

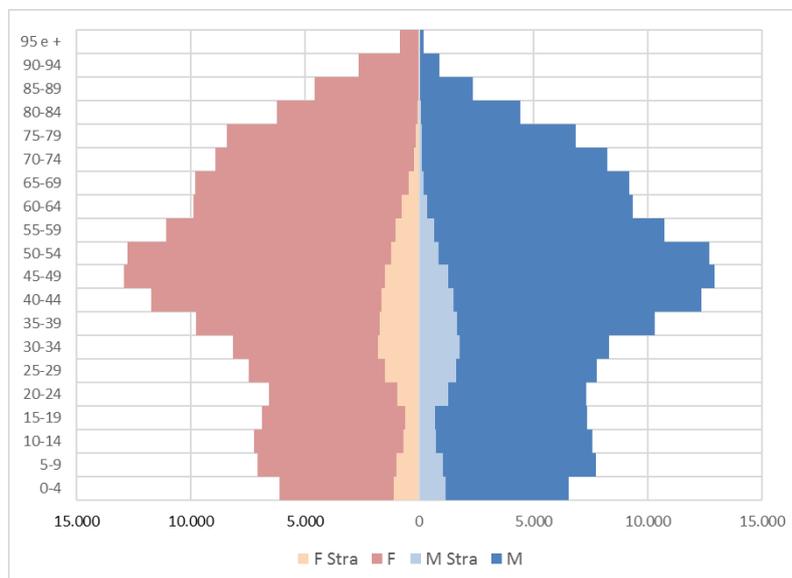
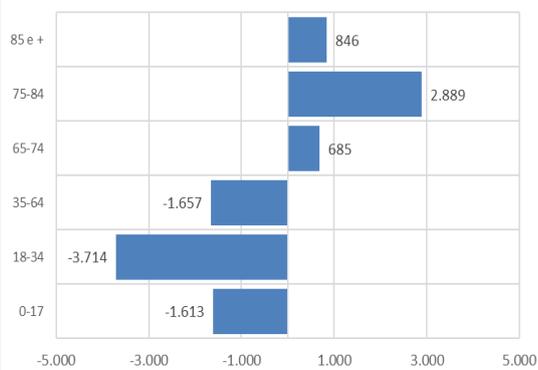


Fig. 3.16 – Variazione della popolazione dell'AAS 5 per fascia d'età (v.a. 2013-2017)



Tab. 3.9 – Variazione della popolazione residente in AAS 5 per genere, fascia d'età e cittadinanza (v.a. 2013-2017)

	Maschi	Femmine	TOTALE	
Italiani	0-17	192	-46	146
	18-34	-1.447	-877	-2.324
	35-64	-247	-690	-937
	65-74	354	87	441
	over75	2.020	1.558	3.578
Totale Italiani	872	32	904	
Stranieri	0-17	-1.032	-727	-1.759
	18-34	-280	-1.110	-1.390
	35-64	-666	-54	-720
	65-74	23	221	244
	over75	53	104	157
Totale stranieri	-1.902	-1.566	-3.468	

Tab. 3.10 – Variazione della popolazione dei Distretti per fascia d'età (v.a. 2013-2017)

	EST	NORD	OVEST	SUD	URBANO	AAS 5
0-17	-256	-281	-214	-355	-507	-1.613
18-34	-632	-933	-649	-866	-634	-3.714
35-64	-158	-443	94	-135	-1.015	-1.657
65-74	153	402	86	150	-106	685
75-84	265	350	450	692	1.130	2.887
>85	161	-30	236	160	319	846
TOTALE	-467	-935	3	-354	-813	-2.566

Tab. 3.11 – Variazione della popolazione dei Distretti per fascia d'età (% 2013-2017)

	EST	NORD	OVEST	SUD	URBANO	AAS 5
0-17	-3,7	-3,4	-2,0	-3,2	-3,3	-3,1
18-34	-8,6	-9,7	-5,9	-7,7	-4,0	-6,8
35-64	-0,9	-1,9	0,3	-0,5	-2,4	-1,2
65-74	3,5	6,3	1,3	2,3	-0,9	1,9
75-84	10,5	9,6	11,1	21,4	17,6	14,5
>85	11,2	-1,3	11,5	9,5	9,7	7,9
TOTALE	-1,1	-1,8	0,0	-0,6	-0,9	-0,8

Fonte: Demolstat

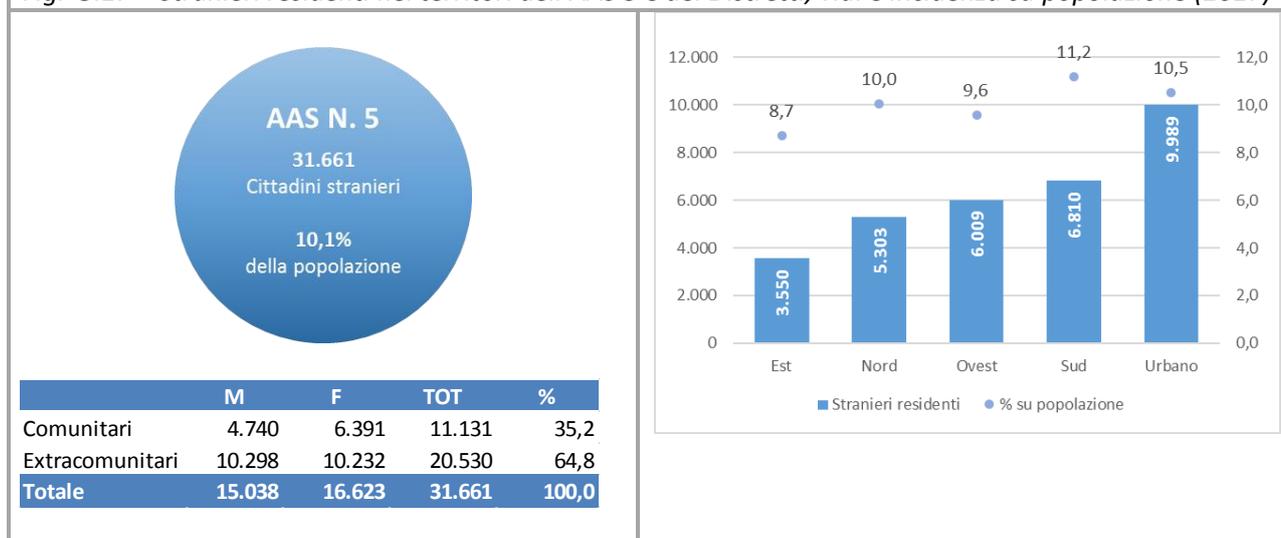
3.3. I cittadini stranieri residenti

Andamenti della popolazione straniera

Al 31.12.2017 i cittadini stranieri residenti nel territorio risultano 31.661, 15.038 maschi e 16.623 femmine. Poco più di un terzo proviene da Paesi dell'Unione Europea, mentre quasi il 65% è extracomunitario. Nel complesso, essi rappresentano il 10,1% della popolazione, con incidenze comprese tra l'8,7% del distretto Est e le massime del Distretto Sud (11,2%) e Urbano (10,5%). Il dato tuttavia più interessante riguarda il calo sensibile e generalizzato della popolazione straniera nel territorio pordenonese: nel periodo 2013-2017 si registra un calo netto di 3.468 unità, pari a circa il 10% di residenti. I contesti a maggior presenza (Urbano e Sud) sono anche quelli che segnano le flessioni maggiori, ma in ogni caso in tutti i contesti il numero di stranieri ogni 100 abitanti è sceso (dall'11,2% al 10,1 nel territorio aziendale).

Bisogna sottolineare che tale flessione è determinata non solo dalla contrazione dei flussi migratori, pur visibile e presente, ma in maniera sensibile anche dall'aumento dei "neocittadini", ovvero persone che acquisiscono la cittadinanza italiana e vengono conseguentemente cancellate dai registri anagrafici degli stranieri²³. Dal 2013 si contano poco meno di 8.400 acquisizioni di cittadinanza, in crescita costante fino al 2015 in tutti i territori, per poi stabilizzarsi o diminuire nel periodo 2016-17.

Fig. 3.17 – Stranieri residenti nei territori dell'AAS 5 e dei Distretti, v.a. e incidenza su popolazione (2017)



Fonte: Demolstat

²³ I dati non consentono tuttavia di "tracciare" le dinamiche di questo specifico gruppo sociale.

Mapa 3.3: Incidenza % della popolazione straniera per comune (2017)

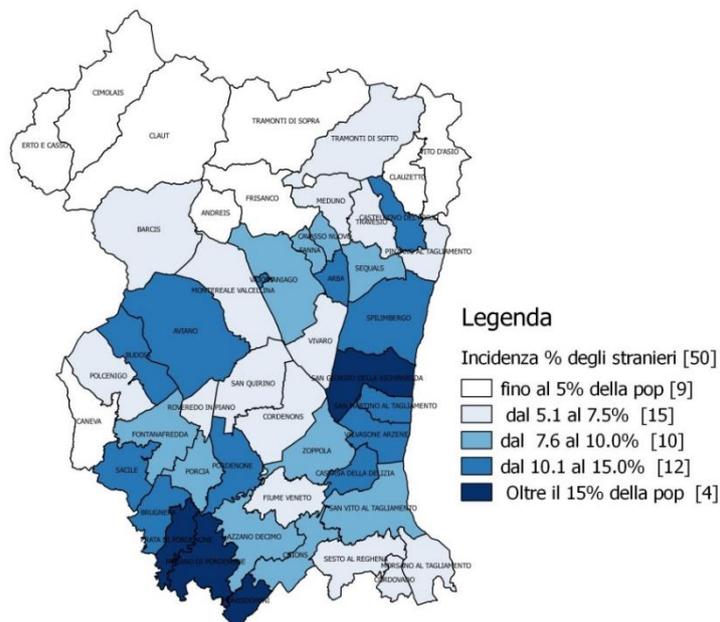


Fig. 3.17 – Variazione % stranieri residenti nei territori dei Distretti e dell’AAS 5 (2013-2017)

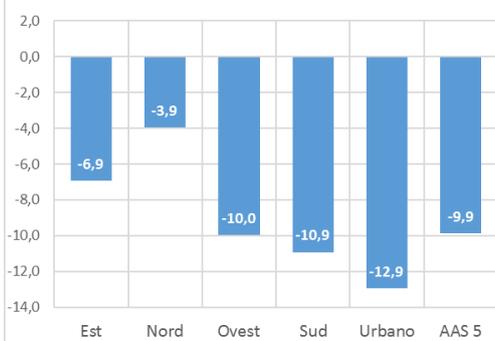


Fig. 3.18 – Incidenza stranieri su popolazione residente nei territori dei distretti e dell’AAS 5: confronto 2013-2017

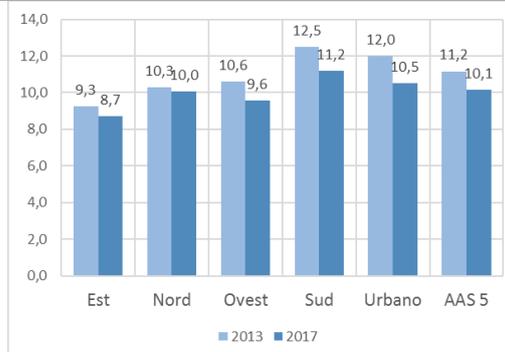
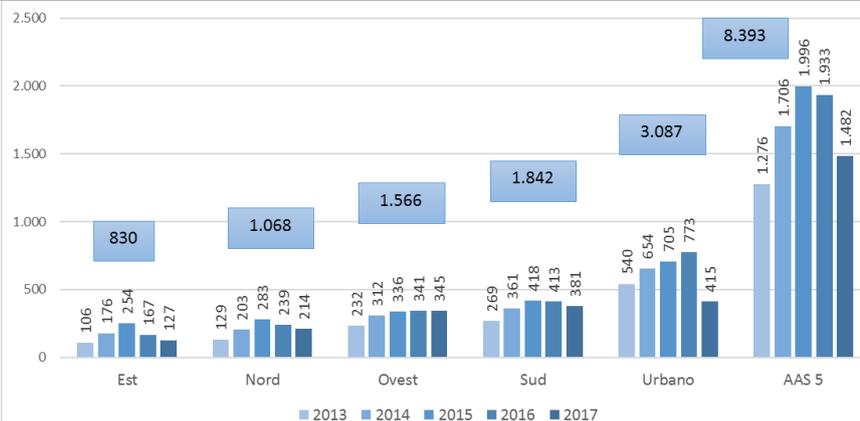


Fig. 3.19 – N. cancellazioni per acquisizione di cittadinanza italiana nei territori dei Distretti e dell’AAS 5 (v.a. 2013-2017 e totali del quinquennio)



Fonte: Demostat

Caratteristiche della popolazione straniera residente

Le tabelle e figure che seguono illustrano le principali dimensioni della popolazione straniera residente, ovvero la provenienza, il genere e l'età.

Per quanto riguarda il primo aspetto, tra il 2013 e il 2017 si assiste ad un calo sensibile di due delle nazionalità storicamente presenti nel territorio pordenonese, quella Albanese (-1.488 unità) e Ghanese (-1.201); la componente romena risulta maggioritaria (30,5% in crescita). In flessione anche i marocchini (-255) e gli indiani (-152). Gli incrementi maggiori sono segnati dai cittadini pakistani (+675). Le prime 10 nazionalità racchiudono il 73,9% dei residenti stranieri, ma il territorio si caratterizza comunque per un'estrema varietà di provenienze, da 124 Paesi diversi. Le donne risultano preponderanti nelle comunità Romene, Albanese, Ucraina e Moldava.

I mutamenti degli ultimi anni hanno riconfigurato anche la struttura della popolazione straniera, allineandola maggiormente a quella degli italiani: il numero di anziani rimane ridotto, seppur in crescita, ma è soprattutto il forte calo dei minori e degli adulti a far assumere la caratteristica forma "a trottola" anche alla piramide degli stranieri.

Tab. 3.12 – Popolazione straniera residente per genere e nazionalità (v.a., % e var. ass. 2013-17; prime dieci nazionalità)

	Maschi	Femmine	TOTALE	% 2017	Var. ass. 2013-17
Romania	4.170	5.476	9.646	30,5	221
Albania	2.117	2.146	4.263	13,5	-1.488
India	949	790	1.739	5,5	-152
Ghana	828	727	1.555	4,9	-1.201
Marocco	737	745	1.482	4,7	-255
Ucraina	289	1.089	1.378	4,4	75
Pakistan	852	145	997	3,1	675
Moldova	267	536	803	2,5	-109
Cina Rep. Popolare	388	391	779	2,5	53
Macedonia	377	370	747	2,4	-131
Altre nazionalità	4.064	4.208	8.272	26,1	=
TOTALE	15.038	16.623	31.661	100,0	-3.468

Fig. 3.20 – Scomposizione della popolazione straniera residente nell'AAS 5 per fascia d'età (% 2013 e 2017)



Tab. 3.13 – Popolazione straniera residente per fascia di età (v.a. 2013-2017; var. ass 2013-17 e 2016-17)

	2013	2017	Var. Ass. 2013-17	Var. Ass. 2016-17
0-17	8.208	6.449	-1759	-265
18-34	10.846	9.456	-1.390	297
35-64	14.957	14.237	-720	122
65-74	802	1.046	244	90
>75	316	473	157	37
TOTALE	35.129	31.661	-3.468	281

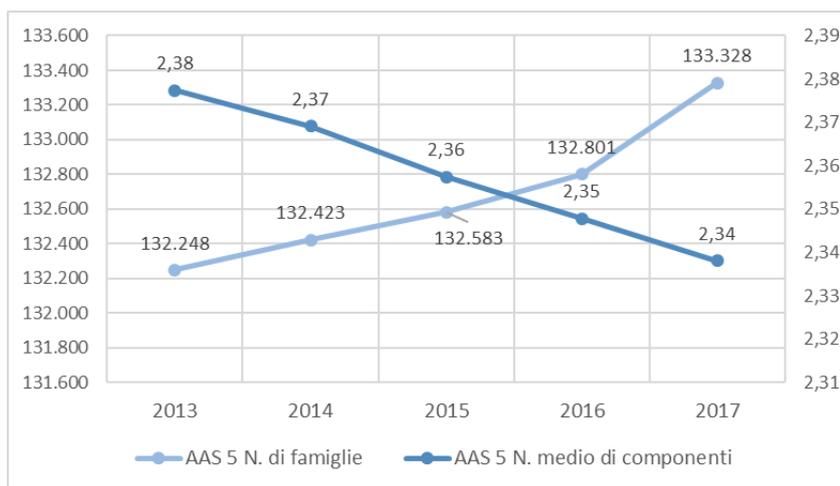
Fonte: Demostat

3.4. Condizioni e strutture familiari

Al fronte del calo della popolazione (-0,8%), in tutti i territori dell'AAS 5 cresce il numero di famiglie (fa eccezione il Distretto Nord, sostanzialmente stazionario). Contemporaneamente cala quindi il numero medio di componenti per nucleo familiare. Questi due indicatori individuano un processo di progressiva, seppur lenta, "nuclearizzazione" della popolazione, compreso il sempre maggior numero di persone che vivono in solitudine²⁴.

Tab. 3.14 e Fig. 3.21 – Famiglie e n. medio di componenti per Distretto (v.a. 2013-2017, var. ass. famiglie e var. ass. popolazione 2013-2017)

		2013	2014	2015	2016	2017	Var. Ass. N. famiglie	Var. Ass. Popolazione
EST	N. di famiglie	16.885	16.914	16.981	16.965	17.067	1,1	-1,1
	N. medio di componenti	2,44	2,43	2,42	2,40	2,39		
NORD	N. di famiglie	23.334	23.263	23.210	23.200	23.318	-0,1	-1,6
	N. medio di componenti	2,30	2,29	2,28	2,28	2,26		
OVEST	N. di famiglie	26.221	26.296	26.329	26.439	26.528	1,2	0,0
	N. medio di componenti	2,40	2,39	2,38	2,37	2,37		
SUD	N. di famiglie	23.797	23.819	23.906	23.947	24.036	1,0	-0,6
	N. medio di componenti	2,57	2,56	2,55	2,54	2,53		
URBANO	N. di famiglie	42.011	42.131	42.157	42.250	42.379	0,9	-0,9
	N. medio di componenti	2,28	2,27	2,26	2,24	2,24		
AAS 5	N. di famiglie	132.248	132.423	132.583	132.801	133.328	0,8	-0,8
	N. medio di componenti	2,38	2,37	2,36	2,35	2,34		



Fonte: Demolstat

²⁴ Il dato Istat per la Regione FVG si attesta al 36,3% dei residenti su una media di 32,2% nel NordEst e di 31,6% nazionale.

4. Imprese, lavoro, redditi e povertà

In questo capitolo sono descritte alcune dimensioni del tessuto economico: andamento delle imprese e del mercato del lavoro. Particolare attenzione è riservata al collocamento mirato²⁵ e al lavoro domestico per il loro riflessi sulle politiche sociosanitarie. Inoltre sono esplorate le condizioni reddituali e di povertà.

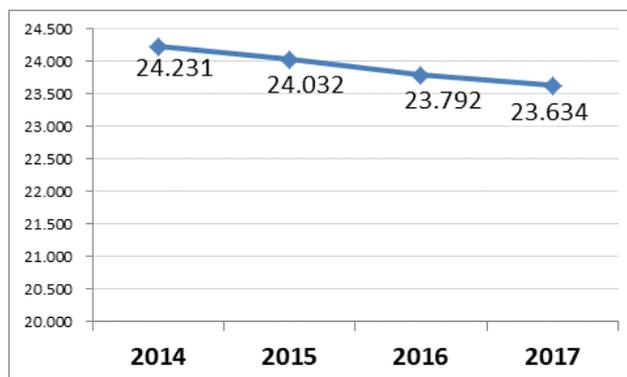
4.1. Demografia delle imprese

La demografia delle imprese è senz'altro un indicatore della vivacità della situazione economica, in particolare in un contesto che si caratterizza per un elevato tasso di imprenditorialità che si accompagna alla diffusione capillare di piccole e medie imprese.

Andamento demografico delle imprese attive

L'andamento delle imprese attive continua ad essere di segno negativo. In tre anni si è registrato un calo di quasi 600 unità imprenditoriali. I maggiori decrementi si sono avuti nel settore agricolo, manifatturiero e nelle costruzioni. Si registrano anche settori in crescita (in particolare del terziario avanzato): attività artistiche, sportive, scientifiche, sanità, ecc..

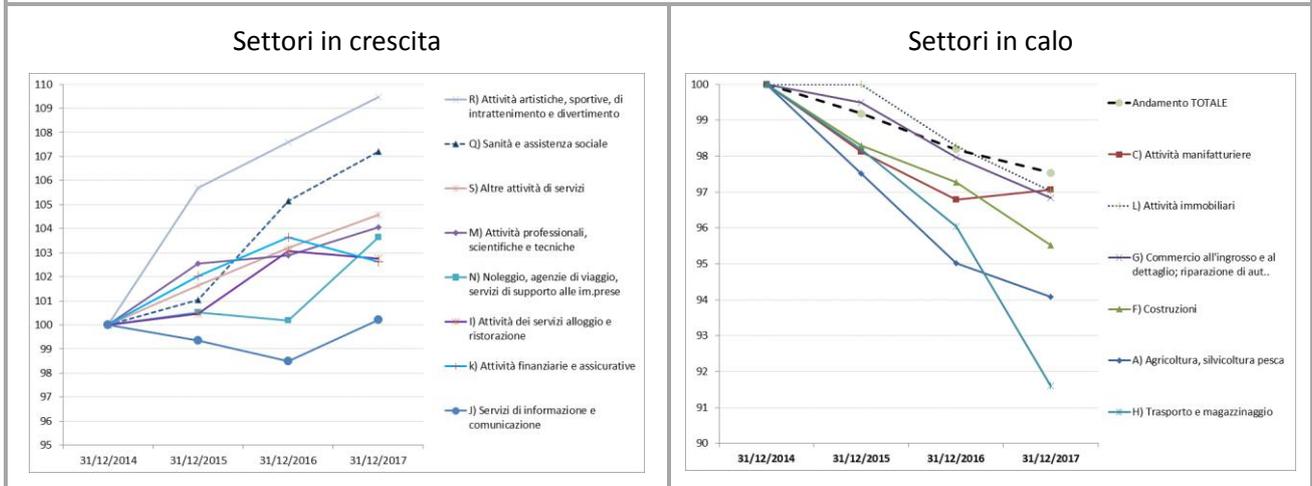
Fig. 4.1 – Andamento delle imprese attive in provincia di Pordenone – periodo 2014-2017 (dati al 31-12 di ogni anno)



Fonte: Infocamere (Registro delle imprese)

²⁵ Per collocamento mirato si intende una "serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e relazione" (art. 2, legge n. 68/1999).

Fig. 4.2 – Numeri indice dell'andamento delle imprese attive per i principali settori economici (2014 =100)



Fonte: Infocamere (Registro delle imprese)

4.2. Andamento mercato del lavoro

La lenta fase di ripresa economica registrata negli ultimi anni ha condotto anche ad un parziale recupero dell'occupazione perduta durante gli anni della crisi²⁶.

Dopo una panoramica generale sull'occupazione, l'attenzione è rivolta al segmento del lavoro domestico.

Il mercato del lavoro: struttura e andamento

Secondo i dati ISTAT, nel 2017, gli occupati in provincia di Pordenone sono complessivamente 138mila, valore superiore di 2mila unità in confronto all'anno precedente. La maggior parte lavora nel settore terziario. L'industria occupa quasi il 40% del totale dei lavoratori (contro il 30% a livello regionale e il 26% a livello nazionale), confermando l'elevata vocazione manifatturiera del territorio.

Il tasso di disoccupazione nel 2017 si attesta al 5,8%, valore inferiore al 6,7% regionale; la mancanza di lavoro investe soprattutto le fasce d'età giovanili.

Fig.4.3: Occupazione per macro-settore (valori percentuali) – Anno 2016

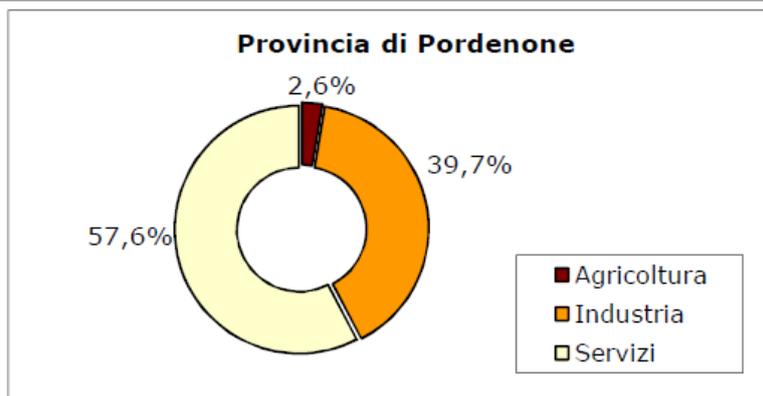
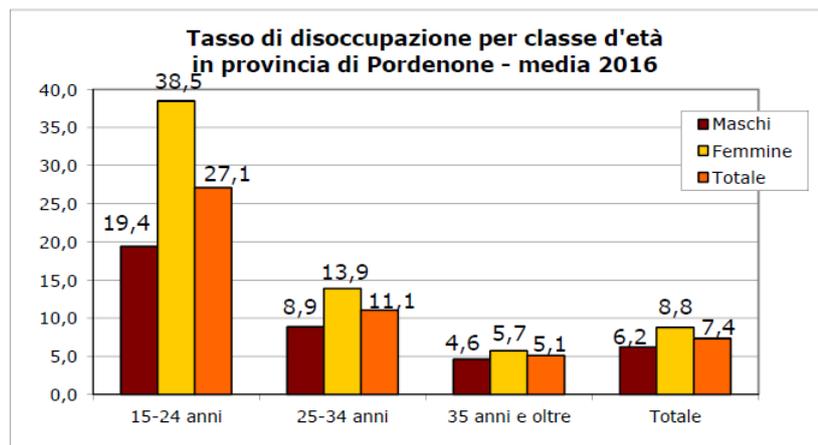


Fig. 4.4: Tasso di disoccupazione per classe d'età – anno 2016

²⁶ M. Pascolini, "Dinamiche macroeconomiche ed evoluzione dell'occupazione in Friuli Venezia Giulia negli anni della crisi: interpretazioni e prospettive", in Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, IL MERCATO DEL LAVORO IN FRIULI VENEZIA GIULIA. Rapporto 2017. Franco Angeli, 2017.



Fonte: dati ISTAT

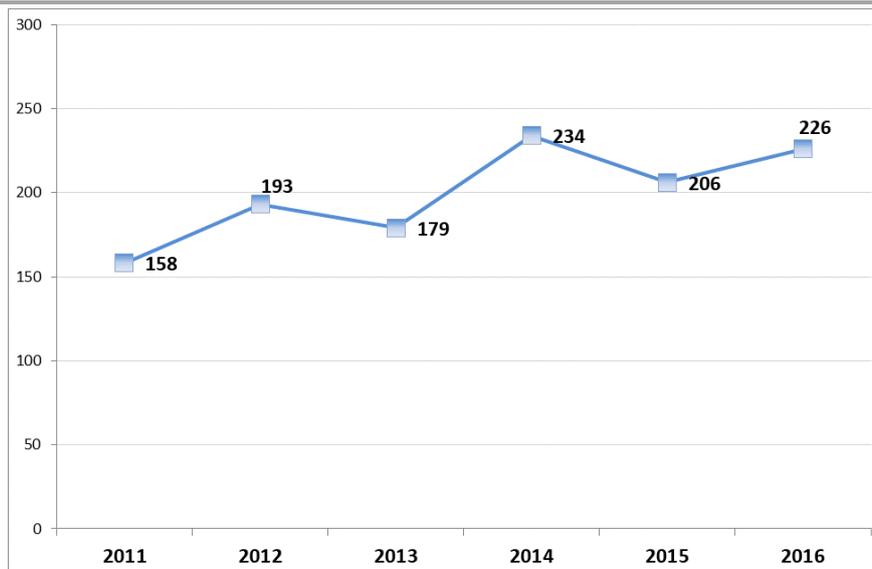
Collocamento mirato: andamento

Gli avviamenti al lavoro tramite il canale del collocamento mirato registra nel corso degli ultimi anni una tendenziale crescita.

È bene ricordare che nel territorio provinciale negli ultimi anni ha operato il Co.Mi.Dis. (Collocamento mirato disabile), modalità organizzativa innovativa che ha visto una stretta collaborazione tra la struttura del collocamento mirato e il Servizio Integrazione Lavorativa (SIL) dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria²⁷. Inoltre si rammenta il cambiamento istituzionale, avvenuto a partire dal 1° luglio 2015, con il passaggio delle funzioni e del personale dalla Provincia alla Regione.

²⁷ Un resoconto di questa unità sperimentale, come dei restanti servizi per l'impiego attivati dalla Provincia di Pordenone nell'ultimo quinquennio di attività, è offerto dal volume curato da Benini, "Modello Pordenone" (s/d).

Fig. 4.5: Andamento assunzioni delle persone con disabilità in provincia di Pordenone (anni 2011-2016)



Fonte: elaborazione dati tratti da "Il collocamento mirato in Friuli Venezia Giulia: cambiamenti istituzionali e tendenze in corso" di P. Tomasin, REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA, IL MERCATO DEL LAVORO IN FRIULI VENEZIA GIULIA. RAPPORTO 2017. F. Angeli, 2017

Lavoro domestico : andamento

Secondo i dati INPS, in provincia di Pordenone nel 2017 il lavoro domestico ha ripreso a crescere, dopo alcuni anni di stallo, raggiungendo le 4.866 unità e portandosi vicino ai picchi raggiunti negli anni 2009 - 2010.

Negli anni cambia molto la composizione per fascia d'età dei lavoratori domestici; in particolare diminuiscono molto le classi più giovani (fino ai 39 anni), mentre crescono le fasce dei cinquantenni e dei sessantenni (anche ultra 64).

Fig. 4.5: Andamento numero di lavoratori domestici (italiani e stranieri), periodo 2008-2017

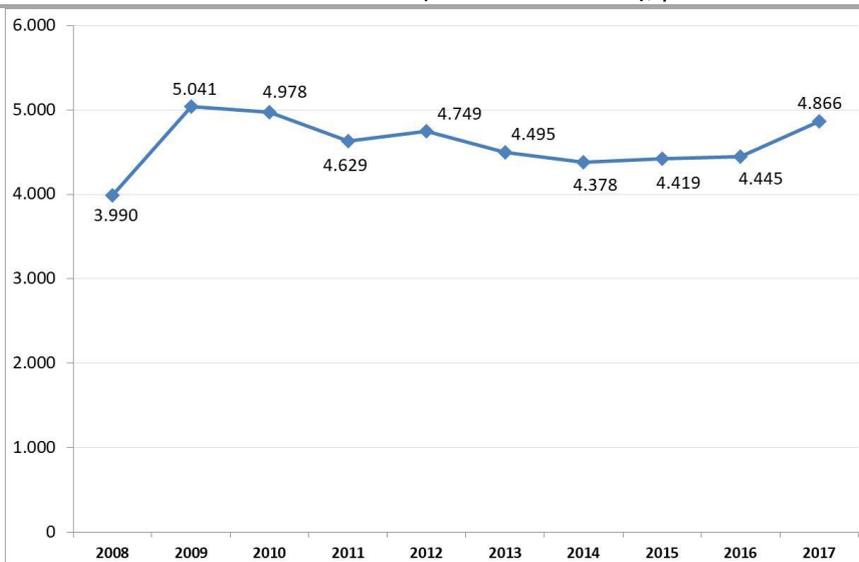
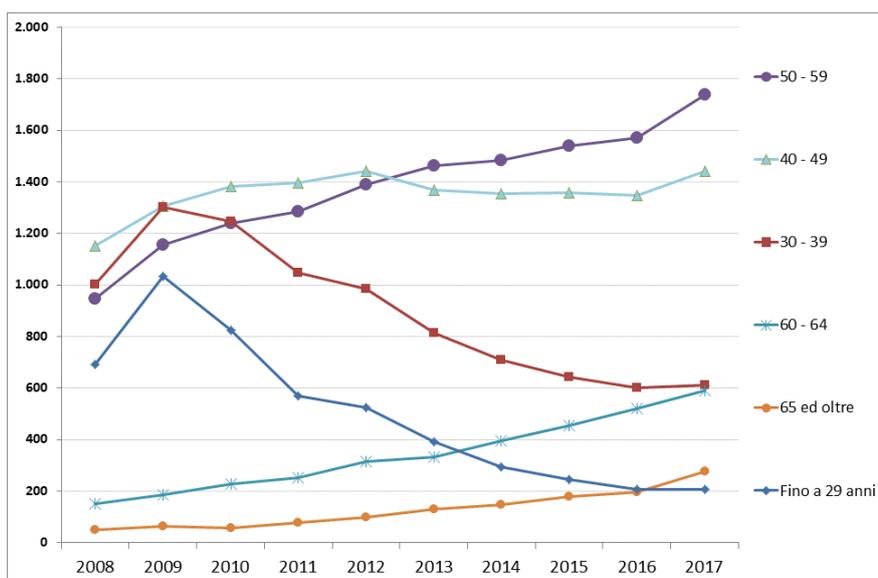


Fig. 4.6: Andamento dei lavoratori domestici (italiani e stranieri) per fascia d'età; anni 2008-2017



Fonte: elaborazione su dati INPS

4.3. Ricchezza e povertà

Sono diverse le misurazioni che vengono impiegate per dar conto delle condizioni di ricchezza e di povertà; purtroppo la maggior parte di questi indicatori non scendono al di sotto del livello di disaggregazione regionale.

Consapevoli di effettuare una drastica selezione, per quanto riguarda la condizione di ricchezza, faremo qui riferimento solo ad alcune elaborazioni sulle dichiarazioni dei redditi delle persone fisiche, mentre per quanto riguarda la povertà daremo conto: dell'ammontare dei nuclei familiari con un ISEE (Indicatore di Situazione Economica Equivalente) inferiore ai 6mila euro; dei beneficiari delle misure attivate per contrastare la povertà; delle persone che si rivolgono ai centri di ascolto della Caritas Diocesana. Infine, presenteremo alcuni dati sulla condizione abitativa per il peso che essa assume nel determinare una situazione di benessere.

4.3.1. Dichiarazione dei redditi

Le dichiarazioni dei redditi delle persone fisiche (IRPEF) possono essere considerate una stima, sebbene imperfetta, della ricchezza prodotta annualmente dalla popolazione.

Andamento 2012-2016 dichiarazioni IRPEF

L'andamento delle dichiarazioni IRPEF nel periodo 2012-2016 (ultimo anno disponibile) rileva un decremento del numero di contribuenti e delle persone con reddito imponibile, arrestatosi solo nell'ultimo anno. Questo decremento risulta superiore al calo della popolazione. Ciò significa che sempre più persone fuoriescono dall'area della contribuzione per incapienza di reddito.

Fig. 4.7: Andamento numero dei contribuenti e dei dichiaranti con reddito imponibile

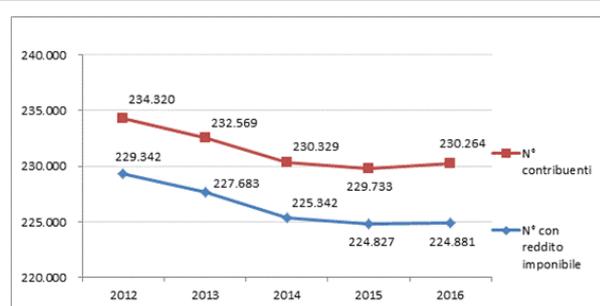
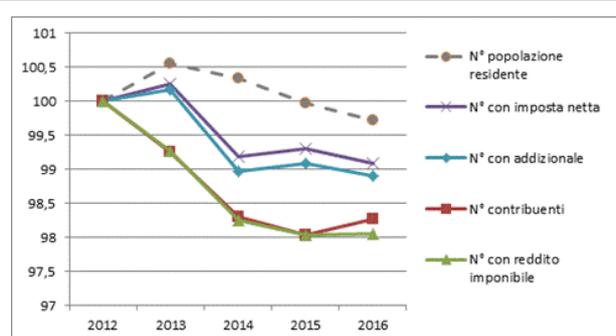


Fig. 4.8: Numeri indice dei principali indicatori IRPEF (2012=100)

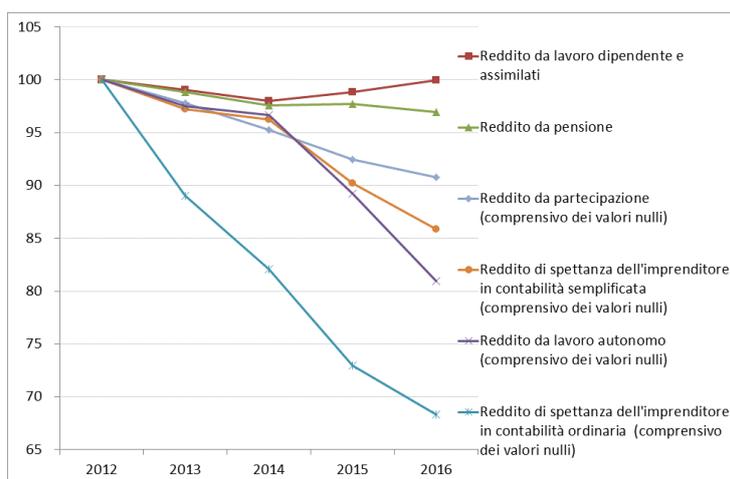


Fonte: MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze), disponibili al seguente indirizzo web: http://www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2017#download_dataset

Andamento 2012-2016 dichiarazioni IRPEF per tipo e fascia di reddito

L'andamento delle dichiarazioni IRPEF nel periodo 2012-2016 per tipo di reddito rivela un calo generalizzato. Solo i redditi da lavoro dipendente e assimilati nell'ultimo biennio riprendono a crescere.

Fig. 4.9: Numeri indice dell'andamento del tipo di reddito (escluso reddito da fabbricati); 2012=100



Fonte: MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze), disponibili al seguente indirizzo web: http://www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2017#download_dataset

Andamento 2012-2016 dichiarazioni IRPEF fascia di reddito

L'andamento delle dichiarazioni IRPEF nel periodo 2012-2016 per fascia di reddito vedono una crescita continua dei contribuenti più abbienti (sopra ai 26mila euro) ed un calo dei restanti dichiaranti.

Fig. 4.10: Incidenza % dichiaranti per fascia di reddito (anni 2012-2016)

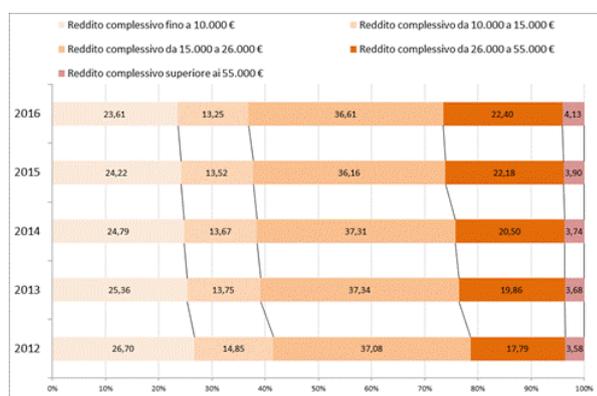
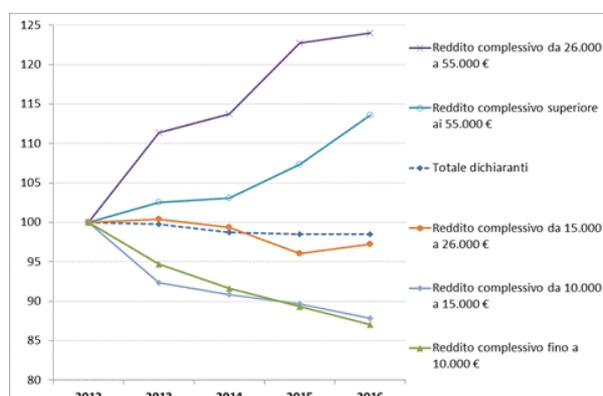
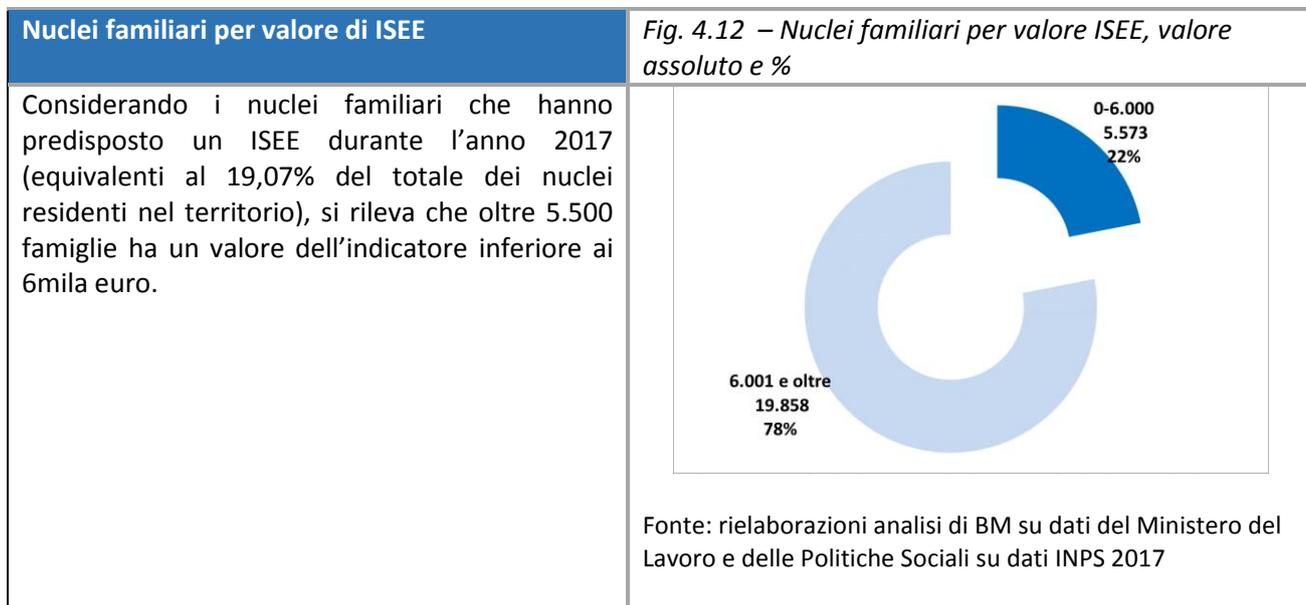


Fig. 4.11: Andamento dichiaranti per fascia di reddito (anni 2012-2016; numeri indice, 2012=100)



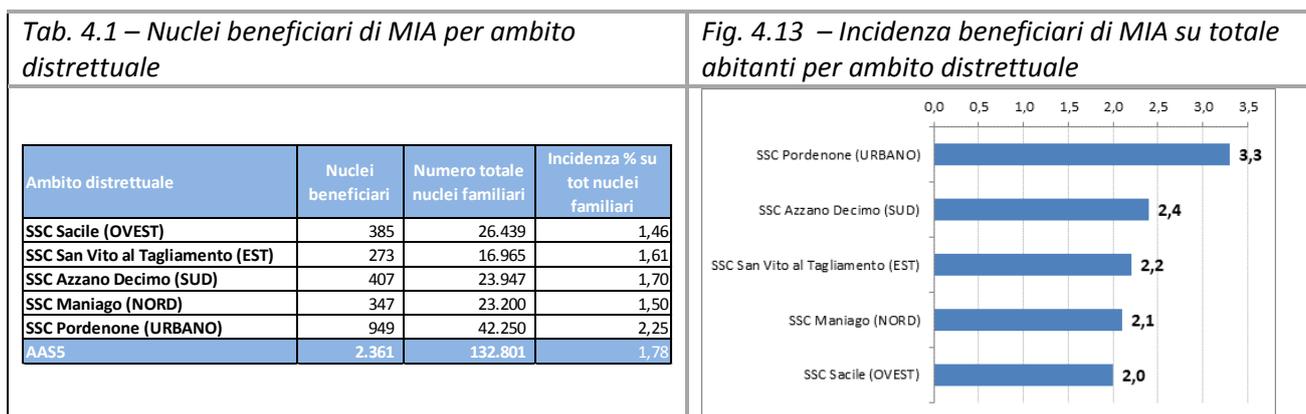
Fonte: MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze), disponibili al seguente indirizzo web: http://www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2017#download_dataset

4.3.2. Condizioni di povertà



Beneficiari delle misure di contrasto alla povertà per ambito distrettuale

Sono qui considerati i beneficiari della misura regionale MIA (alla data del 31/12/2016)²⁸ e dei beneficiari della misure nazionali REI/SIA (alla data del 30 aprile 2018).



Fonte: elaborazioni su dati contenuti nella “Relazione della Giunta Regionale sul primo anno di applicazione della misura di sostegno prevista dalla legge regionale 15/2015 “misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito”

²⁸ Estrazione su domande dal 22/10/2015 al 01/09/2016.

Tab. 4.2 – Beneficiari di REI/SIA per ambito distrettuale e relativa incidenza % sulla popolazione

Ambito distrettuale	Popolazione	Incidenza popolazione sul totale provinciale	Beneficiari REI+SIA	Incidenza Beneficiari REI+SIA sul totale provinciale	Differenziale di incidenza
U.T.I. Del Noncello	103.426	33,14	71	41,04	↑
U.T.I. Delle Valli E Delle Dolomiti Friulane	36.113	11,57	22	12,72	↑
U.T.I. Livenza-Cansiglio-Cavallo	62.741	20,11	23	13,29	↓
U.T.I. Sile E Meduna	52.247	16,74	19	10,98	↓
U.T.I. Tagliamento	57.524	18,43	38	21,97	↑
AAS5	312.051	100,00	173	100,00	

Fonte: rielaborazione analisi BM su dati INPS, 30 Aprile 2018 per REI e SIA; Gli Ambiti Territoriali Sociali sono identificati dal nome del Comune/Ente Capofila a Giugno 2018

Persone accolte dai Centri di Ascolto della Caritas Diocesana di Concordia-Pordenone

Nel 2016, ultimo dato disponibile, sono state accolte nei 14 Centri di Ascolto della Caritas Diocesana di Concordia-Pordenone oltre 1.000 persone, di cui il 76,1% è risultato di cittadinanza non italiana.

Fig. 4.14 – Persone accolte dai centri di ascolto Caritas della provincia nel 2016 per fascia d'età

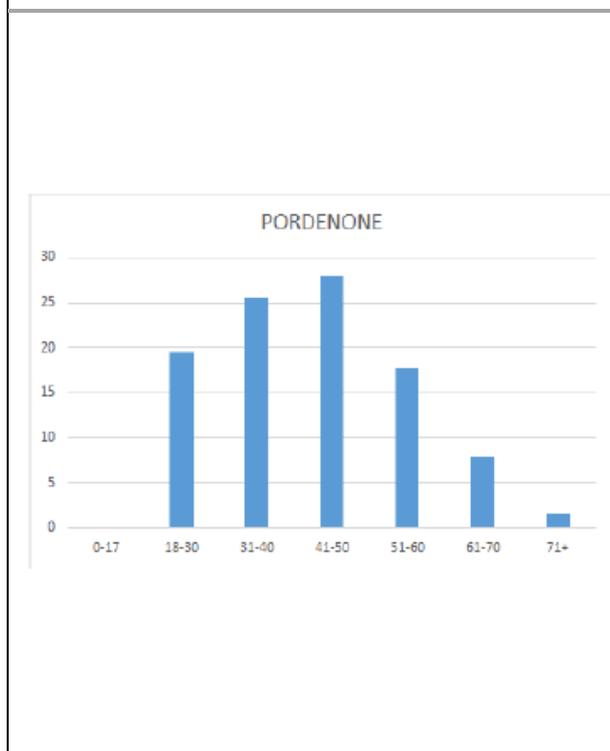
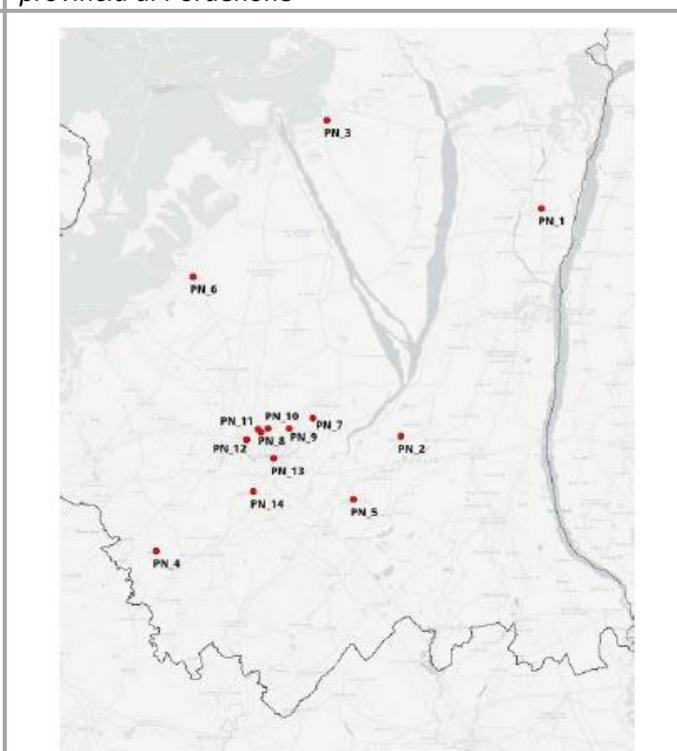


Fig. 4.15 – Localizzazione dei centri di ascolto Caritas (diocesani, foraniali/decanali e parrocchiali) in provincia di Pordenone



Fonte: elaborazioni su dati Caritas Diocesane di Concordia-Pordenone, Udine, Gorizia e Trieste - Osservatori Diocesani delle Povertà e delle Risorse - Rapporto Povertà Caritas 2017

4.3.3. Condizione abitativa delle famiglie e andamento degli sfratti

La condizione abitativa è un fattore determinante del benessere delle famiglie. La diffusione degli sfratti rappresenta un indicatore di particolare fragilità sociale. Di seguito illustreremo alcuni dati relativi a queste due dimensioni, ben consapevoli di ridurre la complessità contenuta nella povertà abitativa²⁹ e di limitare la necessaria base conoscitiva richiesta da approcci emergenti quali l’Housing First³⁰.

Condizione abitativa

In provincia di Pordenone, secondo l’ultimo censimento ISTAT del 2011 (ultimo dato disponibile), si trovano 126.671 abitazioni. Di queste 3.802 (equivalenti al 3% del totale) sono abitazioni di proprietà o in gestione ATER. I contratti stipulati dall’ATER con le famiglie sono 3.503 (il 56% dei quali è di fascia A, quella più bassa) equivalenti al 17,52% delle famiglie che vivono in affitto. Sono 1.986 le domande valide che, a fine 2016, risultano non soddisfatte. Buona parte si trova nel comune di Pordenone.

Fig. 4.16 – Abitazioni totali e abitazioni ATER (anno 2011)

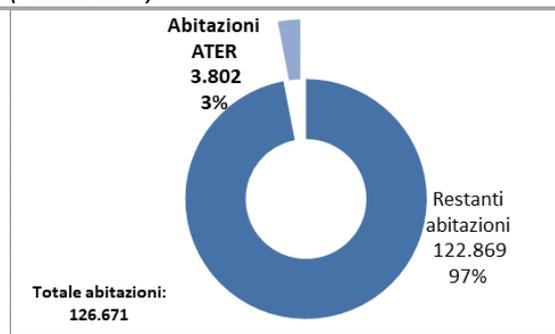


Fig. 4.17 – Condizione abitativa delle famiglie (anno 2011)

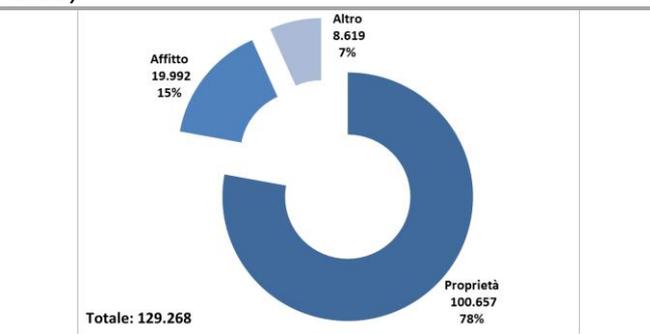
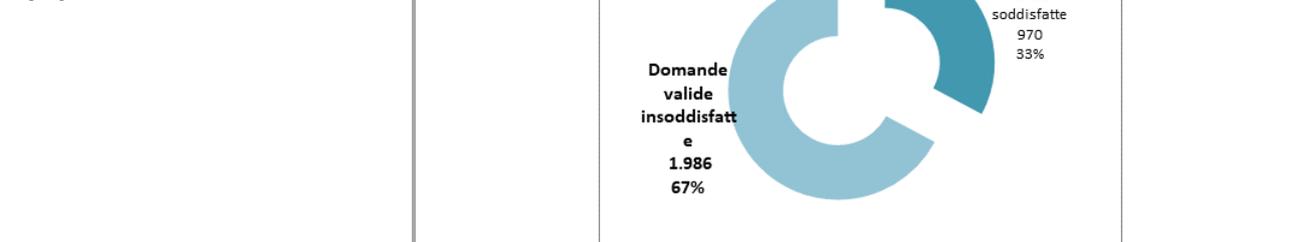


Fig. 4.18 – Domande valide risultanti insoddisfatte a fine 2016



Fonte: elaborazioni su dati ATER (Bilancio sociale 2016 basato su dati ISTAT, 2011)

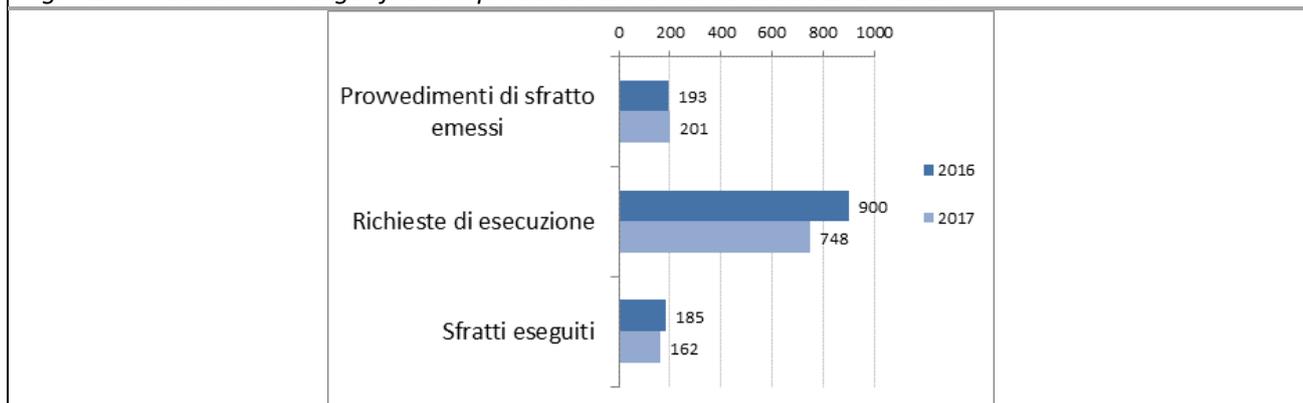
²⁹ In particolare non faremo qui riferimento alle persone senza dimora, di cui non si dispongono accurati dati aggiornati. In passato, un’analisi su questo tema è stata curata da e-labora, (cfr. Progetto “Sistema cerco casa”. *La povertà abitativa nei territori d’intervento della provincia di Pordenone, Rapporto di ricerca*, ottobre 2013).

³⁰ Per un approfondimento sul tema si rinvia a: Caterina Cortese (a cura di), SCENARI E PRATICHE DELL’HOUSING FIRST. Una nuova via dell’accoglienza per la grave emarginazione adulta in Italia. F. Angeli, Fio.PSD, 2016; Paolo Molinari, Anna Zenarolla (a cura di), PRIMA LA CASA. La sperimentazione dell’Housing First in Italia. F. Angeli, Fio.PSD, 2018.

Sfratti

Nel 2017 i provvedimenti di sfratto aumentano, anche se di poco (la maggior parte si concentrano nel comune di Pordenone), mentre le richieste di esecuzione e gli sfratti effettivamente eseguiti diminuiscono. L'andamento registrato in provincia di Pordenone ricalca quello regionale, mentre a livello nazionale anche i provvedimenti sono in calo.

Fig. 4.19 – Andamento degli sfratti in provincia di Pordenone. Anni 2016-2017



Fonte: elaborazioni su dati Uffici Giudiziari

5. Terzo Settore e altre risorse della comunità

Il capitolo fornisce una descrizione della presenza del Terzo settore e di altre importanti risorse attive nella comunità del Friuli Occidentale³¹. In particolare daremo riscontro delle fattorie didattiche e sociali, nonché delle assistenti familiari e degli amministratori di sostegno quali fondamentali figure di care-givers.

5.1. Enti del Terzo settore

Secondo il Codice del Terzo settore, recentemente emanato (art. 4 del D.Lgs 117/2017), “sono enti del Terzo settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore”.

Enti del Terzo settore

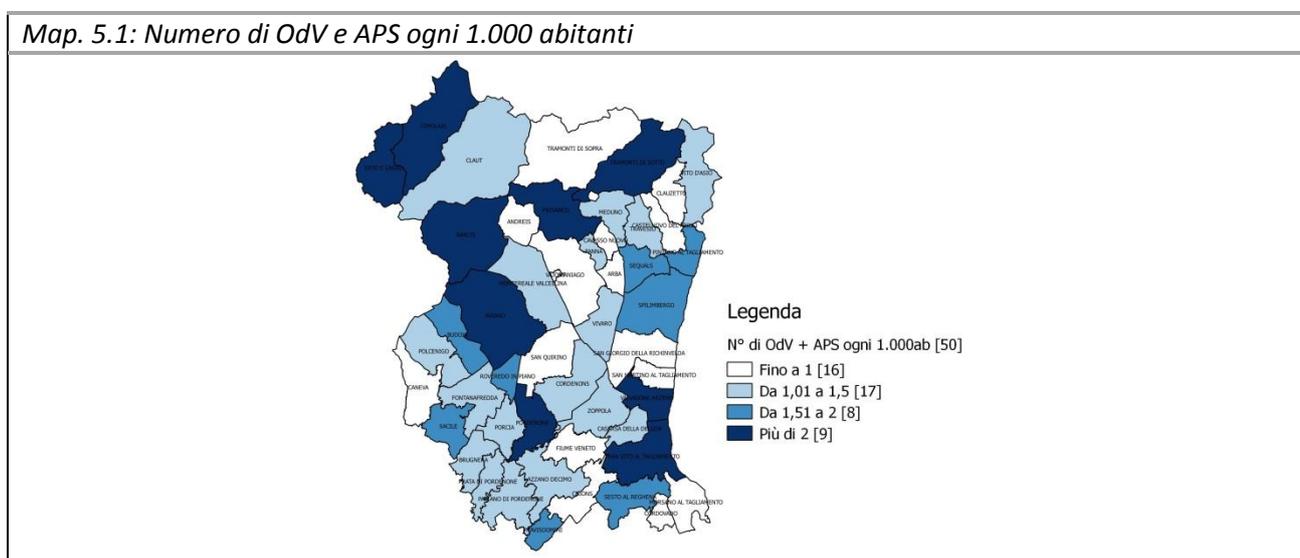
I dati sul Terzo settore sono tratti da diverse fonti amministrative e si riferiscono all'ultimo dato disponibile (date diverse relative al 2017 e al 2018).

Se consideriamo le principali fattispecie giuridiche che caratterizzano il Terzo settore, superiamo la presenza di 580 enti (il dato però non include le associazioni dilettantistiche sportive e le numerose aggregazioni che non sono iscritte al alcun registro o albo). Le iscrizioni al CSV ci forniscono un quadro più ampio che raggiunge 635 enti (pur non considerando cooperative sociali, fondazioni e imprese sociali).

La distribuzione territoriale di OdV e APS presenta forti disomogeneità.

³¹ L'indagine avviata per il presente rapporto aveva previsto un approfondimento riguardante gli enti del Terzo settore la cui collaborazione con l'AAS 5 è testimoniata anche da un sostegno economico (come contributo o corrispettivo di prestazione). Ebbene l'esplorazione delle informazioni contenute nella sezione Amministrazione trasparente del web istituzionale dell'Azienda non ha permesso il loro utilizzo per inaffidabilità e incompletezza.

Tab. 5.1: Enti del terzo settore secondo per forma giuridica	Tab. 5.2: Numero di enti iscritti al CSV per settore (alla data dell'8 gennaio 2019)																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Principali enti del TS</th> <th>N°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cooperative sociali</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>OdV</td> <td>327</td> </tr> <tr> <td>APS</td> <td>192</td> </tr> <tr> <td>Fondazioni</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Totale AAS5</td> <td>587</td> </tr> </tbody> </table>	Principali enti del TS	N°	Cooperative sociali	40	OdV	327	APS	192	Fondazioni	28	Totale AAS5	587	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Enti iscritti al CSV per settore</th> <th>N°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambientale</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>Culturale</td> <td>206</td> </tr> <tr> <td>Solidarietà internazionale</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>Sportivo</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Tutela dei diritti</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Sociale, sanitario e scoiosanitario</td> <td>262</td> </tr> <tr> <td>Totale AAS5</td> <td>635</td> </tr> </tbody> </table>	Enti iscritti al CSV per settore	N°	Ambientale	45	Culturale	206	Solidarietà internazionale	37	Sportivo	69	Tutela dei diritti	16	Sociale, sanitario e scoiosanitario	262	Totale AAS5	635
Principali enti del TS	N°																												
Cooperative sociali	40																												
OdV	327																												
APS	192																												
Fondazioni	28																												
Totale AAS5	587																												
Enti iscritti al CSV per settore	N°																												
Ambientale	45																												
Culturale	206																												
Solidarietà internazionale	37																												
Sportivo	69																												
Tutela dei diritti	16																												
Sociale, sanitario e scoiosanitario	262																												
Totale AAS5	635																												
Fonte: dati amministrativi diversi tratti da Albi ed elenchi	Fonte: elaborazioni su dati CSV Friuli Venezia Giulia																												



Fonte: albo OdV e APS, rapportati a dati demo Istat del 1.1.2018

5.2. Fattorie didattiche e fattorie sociali

La qualifica di fattoria didattica e di fattoria sociale è riconosciuta, previo accertamento dei requisiti, dall'Ente Regionale per lo Sviluppo Rurale (ERSA).

Le fattorie didattiche sono operatori agricoli riconosciuti che svolgono attività informative ed educative sul mondo rurale in particolare rivolte ad alunni e studenti.

Le fattorie didattiche assumono la qualifica di **Fattorie sociali** quando estendono i loro servizi a favore di persone che presentano forme di fragilità o di svantaggio psico-fisico o sociale o a fasce di popolazione che presenta forme di disagio sociale, attraverso l'offerta di servizi educativi, culturali, di supporto alle famiglie e alle istituzioni didattiche.

Secondo la normativa regionale in vigore (LR 2/2018), gli operatori dell'agricoltura sociale (fattorie sociali) possono essere:

- a) **gli imprenditori agricoli** di cui all' articolo 2135 del codice civile in forma singola o associata;
- b) **le cooperative sociali** di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali) e alla legge regionale 26 ottobre 2006 n. 20 (Norme in materia di cooperazione sociale), il cui

fatturato derivante dall'esercizio delle attività agricole svolte sia superiore al 30 per cento del fatturato complessivo o che dimostrino lo svolgimento di attività agricole nel rispetto del requisito inerente il tempo di lavoro previsto in materia di Imprenditore Agricolo Professionale (IAP).

Fattorie didattiche e sociali per distretto

I dati sono una elaborazione del database messo a disposizione online sul sito internet dell'ERSA³². Su un totale di 86 fattorie didattiche riconosciute a livello regionale, 25 hanno sede nel Friuli Occidentale. 11 di queste sono anche fattorie sociali³³.

Tab.5.3 - Numero di fattorie didattiche per distretto

Distretti	n°
Est	2
Nord	9
Ovest	6
Sud	6
Urbano	2
AAS5	25

Tab.5.4 - Numero di fattorie sociali per distretto

Distretti	n°
Est	1
Nord	5
Ovest	3
Sud	1
Urbano	1
AAS5	11

Fonte: ERSA

5.3. Assistenti familiari

Andamento e composizione delle assistenti familiari

Il numero delle assistenti familiari, assunte con regolare contratto di lavoro, ha raggiunto nel 2017 quota 3.500, registrando una crescita continua dal 2008. Indubbiamente, a questo numero vanno aggiunte coloro che svolgono questo lavoro in modo irregolare, benché è plausibile sostenere con un'incidenza inferiore a quella nazionale (stimata poco meno del 60% del totale)³⁴.

Nello stesso periodo si rileva anche una trasformazione della composizione delle assistenti familiari: la componente di cittadinanza italiana si è consolidata arrivando a poco meno un quinto del totale.

³² I dati sono resi disponibili al seguente indirizzo web:

<http://www.ersa.fvg.it/cms/consumatore/fattorie/Tipologie/03.html>

³³ Il dato pubblicato online è stato integrato da informazioni personali.

³⁴ Si rinvia, benché risulti ormai datata, alla ricerca AVER CURA. Assistenti familiari in provincia di Pordenone. Aspetti sanitari e sociali, curata da e-labora su incarico dell'AAS6 Friuli Occidentale nel 2009.

Fig. 5.1: Numero di assistenti familiari. Andamento 2008-2017

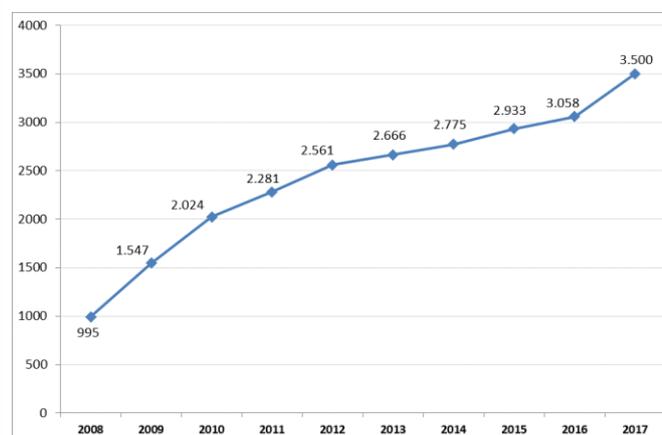
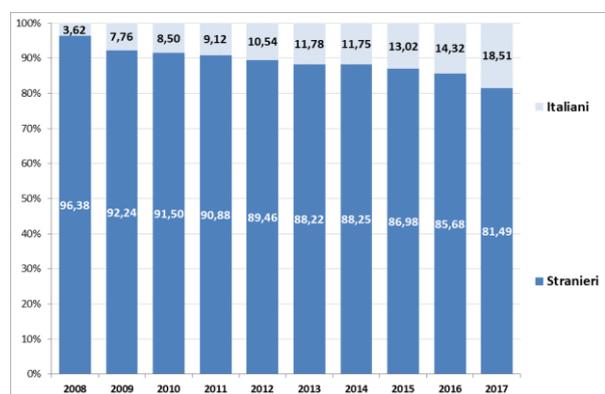


Fig. 5.2: Assistenti familiari suddivisi per nazionalità. Andamento % nel periodo 2008-2017



Fonte: INPS

5.4 L'amministrazione di sostegno

La legge 9 gennaio 2004 n°6³⁵ ha introdotto nel nostro ordinamento giuridico l'istituto dell'amministrazione di sostegno. Successivamente anche la Regione Friuli Venezia Giulia ha legiferato in materia (legge regionale del 16 novembre 2010 n°19³⁶), dando piena attuazione alla normativa nazionale anche mediante l'adozione di idonee misure regolamentari e finanziarie. Con questo istituto il legislatore si è prefisso di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni di vita quotidiana. Ha preso così avvio una profonda trasformazione culturale che muove verso una nuova forma di protezione dei soggetti deboli, imperniata sulle effettive esigenze e necessità della persona, inserita nel progetto individualizzato di vita ed in grado di fornire livelli maggiori di assistenza, senza peraltro inibire la capacità di agire degli individui.

Amministrazioni di sostegno per Distretto

Le elaborazioni effettuate sulla base dati SICID³⁷, presentano l'andamento delle amministrazioni di sostegno, suddivise per: procedimenti iniziali, sopravvenuti ed esauriti nel corso dell'anno, pendenti a fine anno), disaggregate per distretto sanitario. Si evince fino al 2015 un andamento crescente, successivamente una stabilizzazione.

Se nel Distretto Urbano si registra il numero maggiore di AdS (31,7% del totale aziendale), seguito dal Distretto Est (20,5%), è evidente che la distribuzione di beneficiari di questo istituto non segue quella

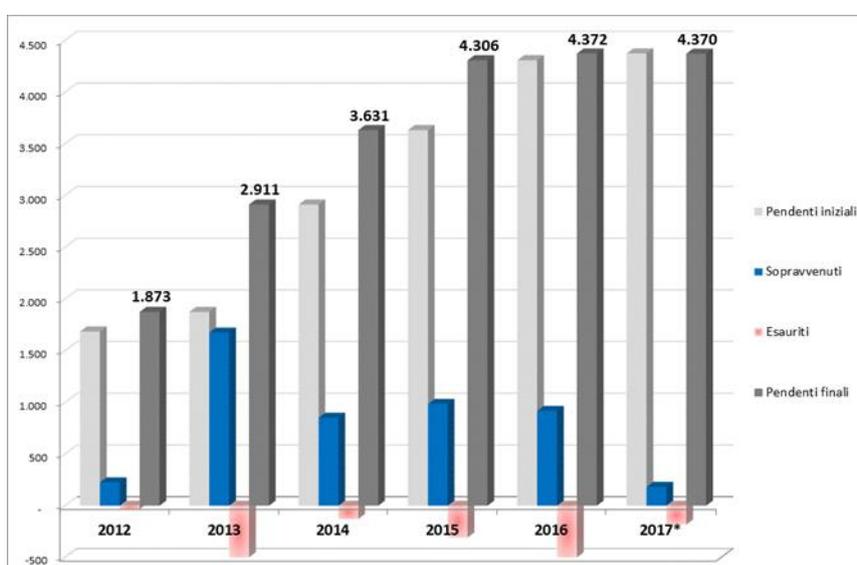
³⁵ "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministratore di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali".

³⁶ "Interventi per la promozione e la diffusione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli"

³⁷ Acronimo di: Sistema Informativo Contenzioso Civile Distrettuale, gestisce i registri del contenzioso civile, della volontaria giurisdizione (sezione in cui rientrano le amministrazioni di sostegno) e del contenzioso del lavoro; è utilizzato nei tribunali e nelle corti d'appello.

demografica, rilevando notevoli differenze territoriali. Più della metà dei beneficiari dell'istituto ha oltre 80anni (solamente nel Distretto Sud questa percentuale scende sotto il 47%); considerando anche la fascia 65-79anni, raggiungono circa i due tre quarti del totale. Oltre un quarto degli amministrati è nella fascia adulta (supera il 33% nel Distretto Sud e scende al 21% nel Distretto Ovest).

Fig. 5.3 - Andamento delle amministrazioni di sostegno (periodo 2012-2017) nella circoscrizione del Tribunale Ordinario di Pordenone



Fonte: Tribunale Ordinario di Pordenone

Fig. 5.4 - Numero di amministrazioni di sostegno per distretto alla data del 13 gennaio 2018³⁸

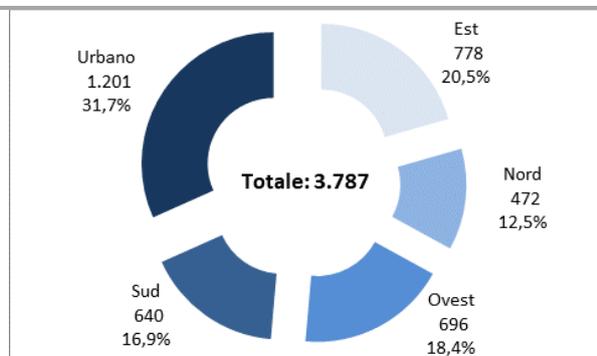
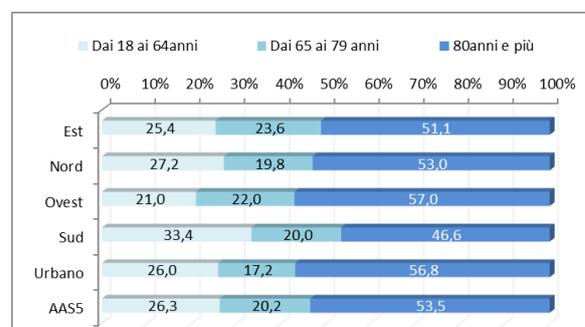


Fig. 5.5 - Numero di amministrazioni di sostegno per distretto e per fascia d'età alla data del 13 gennaio 2018 (esclusi i missing)³⁹



³⁸ I dati non includono le amministrazioni di sostegno pendenti nei comuni veneti.

³⁹ *Ibidem*

Fig. 5.6 - Incidenza delle amministrazioni di sostegno sulla popolazione per distretto alla data del 13/01/2018

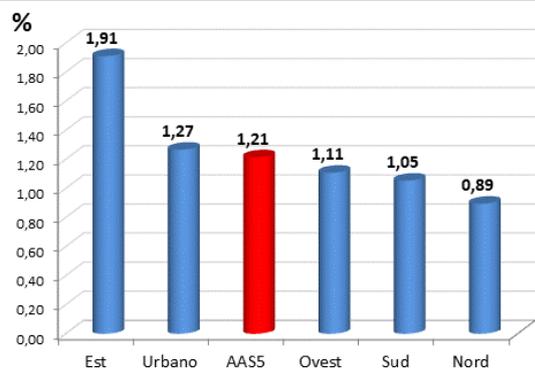


Fig. 5.7 - Incidenza degli amministrati con età 18-64anni sulla popolazione adulta per distretto alla data del 13/01/2018

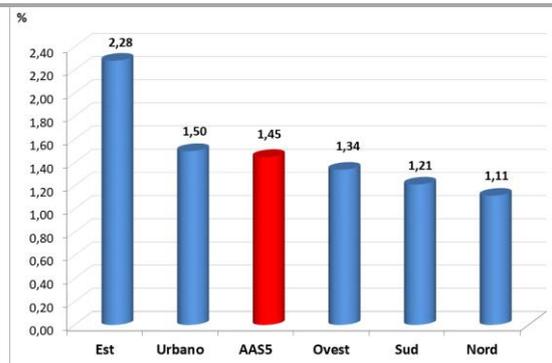
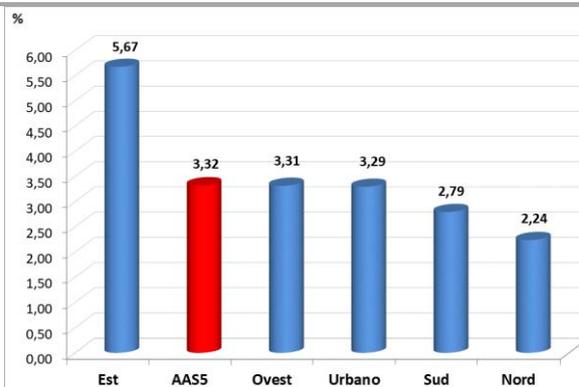


Fig. 5.7 - Incidenza degli amministrati con 65 anni e oltre sulla popolazione anziana per distretto alla data del 13/01/2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati forniti dal Tribunale Ordinario di Pordenone

La seconda parte del Profilo approfondisce la lettura dei dati derivanti dai sistemi informativi dell'AAS 5 e della Regione FVG rispetto alle principali aree di bisogno-intervento sociosanitario e sociale: area materno infantile, area dello svantaggio e della disabilità adulta, area anziani e non autosufficienze.

All'interno di queste aree, peraltro strettamente legate ed interconnesse le une alle altre, si presenteranno i principali dati dei Servizi, largamente intesi (sociosanitari, sociali, dell'istruzione, della previdenza, ecc.)

PARTE SECONDA – L'AREA SOCIOSANITARIA

6. Area materno infantile

In questo capitolo si cerca di dare conto delle principali dimensioni legate ai Servizi e agli interventi nei confronti dei minori e delle loro famiglie. Nella prospettiva adottata (cfr. Cap. II) non ci si è solamente soffermati sui dati di pertinenza dell'AAS 5, ma si è cercato di ricostruire, pur senza ambizione di esaustività, il contesto di bisogno e offerta più allargato, includendo istituzioni e servizi socioeducativi, socioassistenziali, dell'istruzione, ecc., nella prospettiva di fornire uno spunto di lettura integrata dei dati provenienti da comparti della Pubblica Amministrazione differenti, ma quotidianamente impegnati in un operare congiunto.

Bisogna tuttavia notare come la definizione stessa di "minore" non sia univoca: dal punto di vista legale i minori sono sicuramente i residenti compresi tra 0 e 17 anni, ma nelle statistiche spesso vengono considerati gli individui tra 0 e 14 anni, limite di riferimento anche per i Pediatri di libera scelta; l'azione dei servizi socioeducativi si estende fino al 21 anno di età o il compimento del ciclo scolastico, per la Neuropsichiatria il "limite d'azione" è fissato a 23 anni. Nel testo si terrà conto di queste specificità, confrontando i dati territoriali parametrati sulle specifiche fasce d'età.

6.1. Il contesto: minori e istituzioni scolastiche e servizi educativi

Definite le dinamiche demografiche minorili (cfr. cap. 3), in questa sezione del Profilo si intende presentare la situazione della popolazione minore d'età con riferimento alle istituzioni educative e scolastiche del territorio: quanti alunni ed alunne frequentano le scuole? Che tipologia di istituti? Quanti minori ricevono un supporto socioeducativo o assistenziale in ambito scolastico ed extrascolastico? Queste sono le principali domande a cui si cercherà di dare di seguito una risposta. I sotto paragrafi si articolano quindi in senso "progressivo" passando dall'analisi dei servizi per i minori di 3 anni, per poi avanzare nei diversi gradi scolastici.

Nidi, servizi integrativi e sperimentali

Nel territorio provinciale, al 2016, si contano 48 nidi d'infanzia, 15 servizi integrativi e 1 servizio sperimentale (tutte strutture autorizzate ex LR. 20/05⁴⁰).

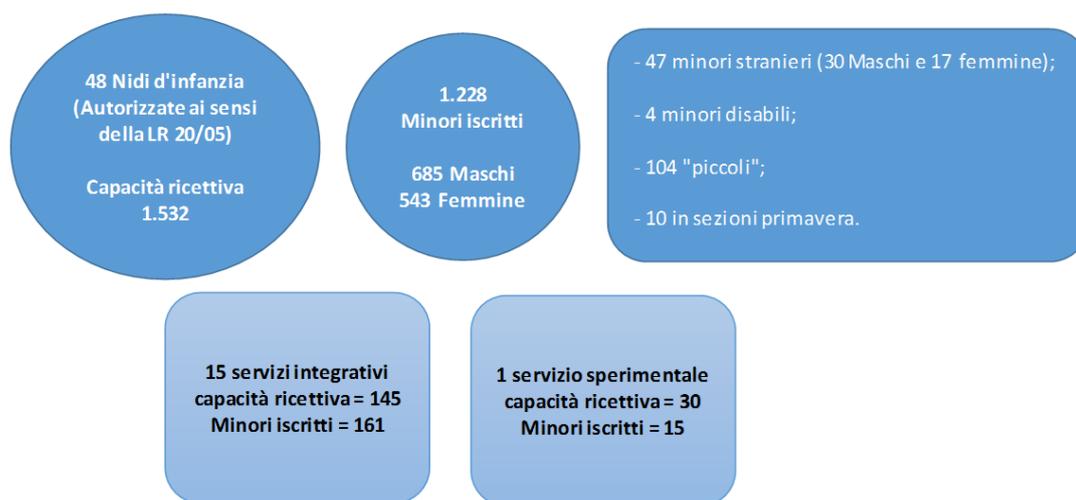
Per quanto riguarda i primi, essi hanno accolto 1.228 iscritti (pari all'11,9% dei residenti 0-3), in maggioranza maschi (685 contro le 543 femmine); 47 risultano i minori stranieri (3,8%), mentre 4 si trovano in condizione di disabilità.

L'offerta è primariamente privata (36 su 48 strutture), raccogliendo l'82,4% degli iscritti. Ciò è particolarmente evidente nel contesto pordenonese e sacilese, che sono anche quelli con il maggior numero di iscritti.

Nel complesso dei servizi alla prima infanzia trovano impiego 400 persone, in gran parte figure educative (62%) (Tab. e Fig. 6.2)

⁴⁰ Legge regionale 18 agosto 2005, n. 20 "Sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia".

Fig. 6.1 – Riepilogo strutture per la prima infanzia (pubbliche e private) e tipologia di minori accolti (2016)

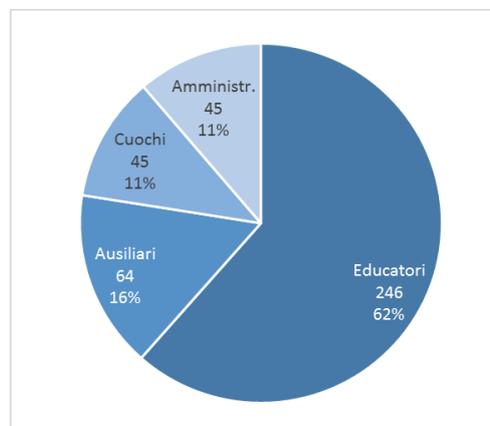


Tab. 6.1 – Asili nido pubblici e privati: N. strutture, capacità ricettiva, iscritti (2016)

	Nidi pubblici a gestione diretta o indiretta			Nidi privati			Nidi totali		
	N. strutture	Capacità ricettiva	N. Iscritti	N. strutture	Capacità ricettiva	N. Iscritti	N. strutture	Capacità ricettiva	N. Iscritti
EST	1	47	43	3	134	88	5	225	161
NORD	2	64	64	2	56	54	4	120	118
OVEST	1	50	51	10	337	283	11	387	334
SUD	2	66	55	7	137	103	9	203	158
URBANO	1	40	10	14	349	254	19	597	457
Area Vasta pordenonese	7	267	223	36	1.013	782	48	1.532	1.228
FVG	31	1.343	966	111	3.223	2.422	177	6.141	4.843

Tab. 6.2 e Fig. 6.2 – Riepilogo personale operante nei servizi alla prima infanzia per tipologia di struttura e figura professionale (v.a. e % 2016)

	Pubblico a gestione diretta	Pubblico a gestione indiretta o mista	Privato	TOTALE
Educatori	47	50	149	246
Ausiliari	15	15	34	64
Cuochi	6	7	32	45
Amministrativi	11	14	20	45
Totale	79	86	235	400



Fonte: Rapporto sociale regionale 2018

I minori nelle scuole di ogni ordine e grado⁴¹

Con riferimento all'A.S. 2016/17, nelle scuole della provincia risultano iscritti oltre 45.000 studenti, circa 1.200 in più rispetto alla popolazione residente tra i 4 e i 18 anni (43.846), ad indicare un bacino che si estende oltre i confini del territorio.

Gli iscritti alla scuola dell'infanzia risultano circa 8.550 in 106 strutture, per una media di 78 alunni per struttura. Gli istituti privati risultano maggioritari (58) rispetto a quelli pubblici (51). Le scuole dell'infanzia pordenonesi sembrano accogliere molti iscritti da fuori provincia, considerato che i minori tra i 4 e i 5 anni risultano 5.685.

Le scuole primarie raccolgono la maggioranza degli iscritti (14.945) in 90 strutture di cui 88 pubbliche, le secondarie di I grado 8.749 in 37 istituti, per una media di 236 alunni per istituto. Nella fascia di riferimento di ciascuno di questi due gradi la percentuale di copertura scende sotto il 100% (97,5 per le primarie, 76,1% per le secondarie di I grado).

Si conferma l'attrattività degli Istituti superiori (36 nell'area vasta) che contano 12.845 iscritti.

Va inoltre ricordato, pur nell'assenza di dati disaggregati a livello provinciale, che il Friuli Venezia Giulia presenta valori di dispersione scolastica del 6,3%, a fronte di una media nazionale del 13,6% e un obiettivo Europeo (Strategia EU2020) fissato al 10%⁴².

Tab. 6.3 – N. iscritti nelle scuole di ogni ordine e grado con sede nell'area vasta pordenonese (v.a. a.s. 2016/2017)

	Scuole dell'infanzia	Scuole primarie	Scuole secondarie 1° grado	Scuole secondarie 2° grado	Totale strutture
EST	1.145	2.023	1.068	1.767	6.003
NORD	1.329	2.242	1.382	1.288	6.241
OVEST	1.859	2.914	1.632	1.900	8.305
SUD	1.711	3.156	1.743	0	6.610
URBANO	2.453	4.610	2.924	7.890	17.877
Tot. Area vasta PN	8.497	14.945	8.749	12.845	45.036
Tot. Regione FVG	28.971	51.573	31.831	49.547	161.922
% Area vasta	29,3	29,0	27,5	25,9	27,8

Tab. 6.4 - N. strutture con sede nell'area vasta pordenonese per tipologia (v.a. 2016)

	Scuole dell'infanzia	Scuole primarie	Scuole secondarie 1° grado	Scuole secondarie 2° grado	Totale strutture
EST	17	11	6	5	39
NORD	27	19	8	5	59
OVEST	21	20	6	8	55
SUD	18	18	7	0	43
URBANO	26	22	10	18	76
Tot. Area vasta PN	109	90	37	36	272
Tot. Regione FVG	481	385	167	154	1187
% Area vasta	22,7	23,4	22,2	23,4	22,9

Fonte: Rapporto sociale Regionale

⁴¹ I dati si riferiscono alla sede dell'istituto, non alla residenza degli iscritti. I dati delle scuole secondarie di 2° grado comprendono i corsi di diploma e le scuole serali (fonti: MIUR, SIDI, USR FVG)

⁴² Fonte: MIUR "La dispersione scolastica nell'a.s. 2015/2016 e nel passaggio all'a.s. 2016/2017" (2017)

Tab. 6.5 – N. iscritti, N. strutture pubbliche e private paritarie, N. medio di alunni per tipologia di struttura (a.s. 2016/2017)

	Iscritti			Strutture			N. medio di iscritti per struttura		
	Statali	Paritarie	Totale	Statali	Paritarie	Totale	Statali	Paritarie	Totale
Scuole dell'infanzia	3.954	4.543	8.497	51	58	109	77,5	78,3	78,0
Scuole primarie	14.610	335	14.945	88	2	90	166,0	167,5	166,1
Scuole secondarie 1° grado	8.300	449	8.749	35	2	37	237,1	224,5	236,5
Scuole secondarie 2° grado	12.583	262	12.845	30	6	36	419,4	43,7	356,8
Totale strutture	39.447	5.589	45.036	204	68	272	193,4	82,2	165,6

Fonte: Rapporto sociale Regionale

I servizi socioeducativi per minori

I servizi socioeducativi gestiti dal Servizio sociale dei Comuni consistono in un'articolata serie di supporti e interventi a favore di minori e famiglie in condizione di svantaggio sociale⁴³, sia esso legato alle condizioni dei nuclei che a quella di disabilità del minore (interventi ex LR 41/1996⁴⁴). Nel periodo 2013-2017 il numero di minori presi in carico che beneficiavano di tali interventi è passato da 689 a 884 (+28,3%). Nel 2017 i due principali filoni di intervento coprivano quasi equamente il totale dell'utenza, ma se gli utenti con disabilità mostrano una crescita costante nel periodo, il supporto a famiglie in difficoltà ha subito una flessione nel biennio 2015-16.

Fig. 6.3 – Utenti 0-17 del SSC con interventi socioeducativi/assistenziali scolastici ed extrascolastici, distinti per tipologia (2013-2017)

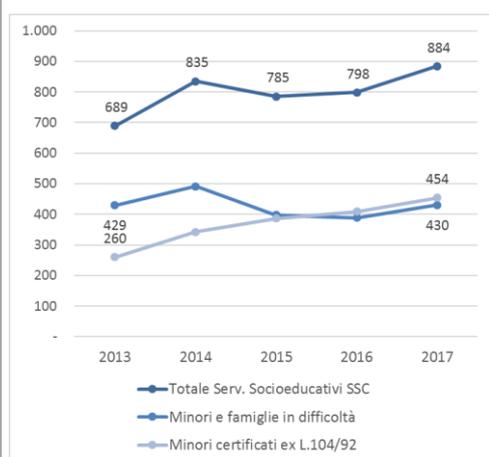
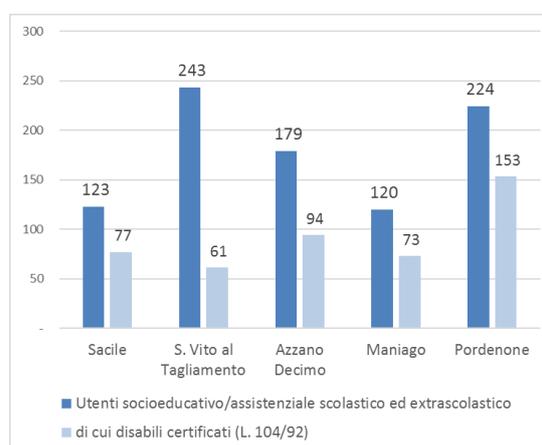


Fig. 6.4 - Utenti 0-17 del SSC con interventi socioeducativi/assistenziali scolastici ed extrascolastici e specifica minori con certificazione ex L. 104/92, per distretto (2017)



Fonte: Rapporto sociale regionale, varie annualità

⁴³ Tali servizi sono entrati nei Livelli essenziali stabiliti dalle Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà'. (DLgs 147/2017), nel Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2018-20, e nella DGR 1192/2018.

⁴⁴ Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate".

5.2. Minori con disabilità

In un'ottica di interesse sociosanitario, è parso opportuno approfondire la condizione dei minori residenti in condizione di disabilità, anche per contestualizzare alcuni ambiti di intervento specifici che si incontreranno nel seguito del capitolo. È necessario precisare tuttavia, che i dati presentati costituiscono indicatori di *proxy* del fenomeno, essendone i contorni poco definibili sulla base dei dati disponibili⁴⁵.

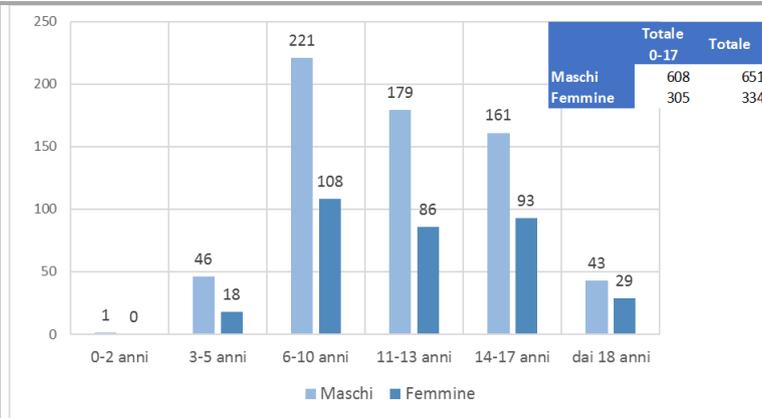
Minori certificati ex L. 104/1992 ai fini scolastici

Sulla base delle certificazioni ai fini scolastici rilasciate dall'AAS 5 e dalla Nostra Famiglia⁴⁶, nel 2016 si contavano 985 minori disabili nell'area vasta pordenonese, il 17,8 per mille dei minori residenti nel territorio. La componente maschile è largamente preponderante in tutte le fasce d'età considerate, con picchi nelle fasce corrispondenti alle scuole primarie e secondarie di I grado.

Tab. 6.6 – N. minori certificati ex L. 104/92 ai fini scolastici per Distretto di residenza e fascia d'età, % di Distretto e incidenza minori certificati su popolazione residente (2016)

	0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18 anni e oltre	Totale 0-17	Totale 0-18 e +	% Distretto (0-18 e +)	Minori certificati/Minori residenti *1.000
EST	0	10	77	42	50	3	179	182	18,5	26,5
NORD	1	20	42	44	39	9	146	155	15,7	18,0
OVEST	0	9	52	56	40	11	157	168	17,1	14,9
SUD	0	11	78	65	62	24	216	240	24,4	19,7
URBANO	0	14	80	58	63	25	215	240	24,4	14,3
AAS N. 5	1	64	329	265	254	72	913	985	100,0	17,8
FVG	29	304	1.219	945	1.033	378	3.530	3.908		
% AAS N. 5	3,4	21,1	27,0	28,0	24,6	19,0	25,9	25,2		

Fig. 6.5 – Minori certificati ex L. 104/92 ai fini scolastici per genere e fascia d'età (2016)



Fonte: AAS5/Nostra Famiglia

⁴⁵ I dati sulla disabilità e, più in generale, sui Disturbi specifici dell'Apprendimento e i Bisogni educativi speciali (non necessariamente compresi nella prima) risultano frammentati tra fonti dati diverse (INPS, AAS, Regione, Privati accreditati), solo parzialmente coordinate.

⁴⁶ Ente accreditato a tal fine.

Equipe Multidisciplinari per l'Handicap (EMDH) per minori

Le Equipe Multidisciplinari per l'Handicap (EMDH), previste dalla LR 41/1996 art.8, sono unità operative dei distretti e assolvono ai compiti di valutazione integrata, progettazione dei progetti di vita, raccordo interservizi, con la famiglia e la comunità, nell'ottica di un supporto ed accompagnamento assistenziale ed educativo del minore con disabilità. Rappresentano inoltre passaggio fondamentale per la fruizione delle misure previste dalla stessa LR 41/1996. Essa si rivolge a tutte le persone in condizione di disabilità che si rivolgono ai Servizi sociali e sociosanitari, ma oltre il 76% delle EMDH risulta per minori, 464 dei quali hanno ricevuto una valutazione nel corso del 2017.

La distribuzione per fasce d'età ricalca in buona sostanza quanto detto nel paragrafo precedente, con una concentrazione nelle fasce tra i 6 e i 14 anni, in particolare per la componente maschile; piuttosto differenziata risulta invece la distribuzione territoriale, che non sembra correlata a quella della popolazione minorile e dei minori certificati.

Tab 6.7 – Minori valutati in EMDH e % sul totale (2017)

	0-4	5-9	10-14	15-17	Totale 0-17	% EMDH
EST*	6	33	39	19	97	84,3
di cui maschi	3	25	32	13	73	88,0
di cui femmine	3	8	7	6	24	75,0
NORD	6	37	41	21	105	60,3
di cui maschi	4	28	31	15	78	78,8
di cui femmine	2	9	10	6	27	36,0
OVEST	7	32	46	12	97	91,5
di cui maschi	6	26	30	8	70	93,3
di cui femmine	1	6	16	4	27	87,1
SUD	19	24	31	16	90	81,8
di cui maschi	14	15	17	12	58	90,6
di cui femmine	5	9	14	4	32	69,6
URBANO	16	34	17	8	75	75,0
di cui maschi	10	26	16	7	59	74,7
di cui femmine	6	8	1	1	16	76,2
AAS 5**	54	160	174	76	464	76,7
di cui maschi	37	120	126	55	338	84,5
di cui femmine	17	40	48	21	126	61,5

Fonte: Distretti e (*) per il Distretto Est: SIASI

(**) il dato dell'AAS è indicativo in quanto somma di due fonti dati diverse (SIASI/Distretti)

Fig. 6.6 – N. minori valutati in EMDH per genere e fascia d'età (2017)

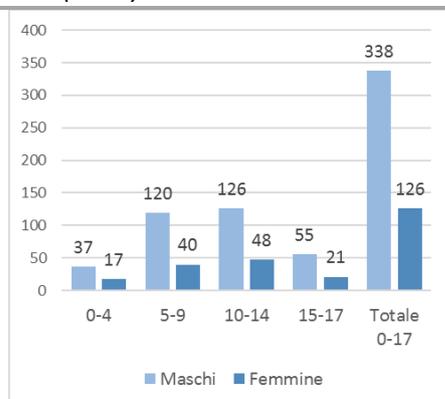
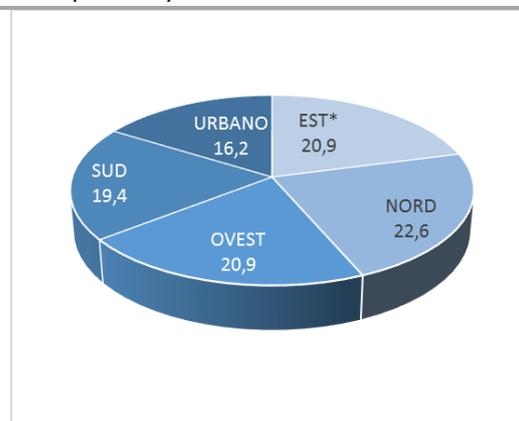


Fig. 6.7 – Scomposizione utenti valutati in EMDH per Distretto (% 2017)



Fonte: Distretti e (*) per il Distretto Est: SIASI

Minori disabili iscritti nelle scuole di ogni ordine e grado

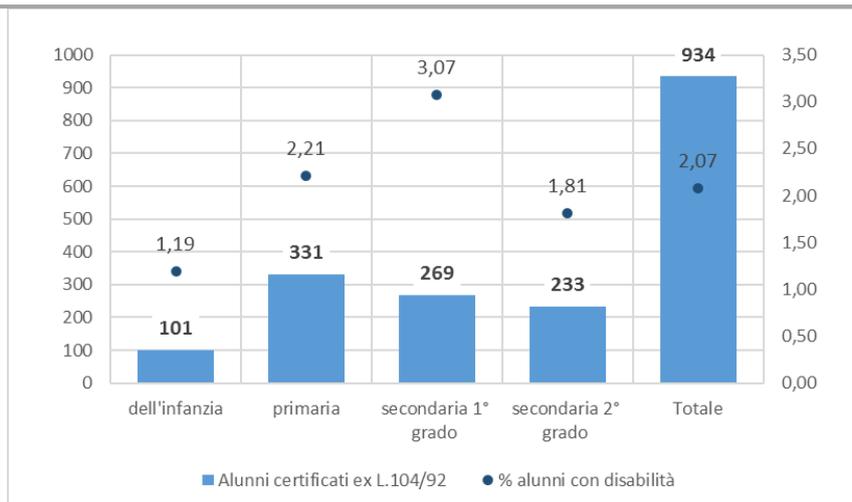
Nel 2017 risultano iscritti nelle scuole di ogni ordine e grado del territorio 934 alunni certificati ex L. 104/1992⁴⁷, pari al 2,07% degli iscritti. Le incidenze maggiori si registrano nelle scuole secondarie di primo grado (3,07%), minime nella scuola dell'infanzia (1,19)⁴⁸ e nelle scuole secondarie di II grado (1,81%).

Tab. 6.8 – N. iscritti e N. iscritti certificati ex L.104/92 nelle scuole di ogni ordine e grado dell'area vasta pordenonese e dei territori dei distretti (a.s. 2016/2017)

Scuola	Totale Alunni	Alunni certificati ex L.104/92	% alunni con disabilità	Tipologia di disabilità			N. ore sostegno
				Psico fisica	Visiva	Uditiva	
dell'infanzia	8.497	101	1,19	58	2	3	1.435
primaria	14.945	331	2,21	308	13	8	4.162
secondaria 1° grado	8.749	269	3,07	256	1	2	2.129
secondaria 2° grado	12.845	233	1,81	221	3	7	1.995
Totale	45.036	934	2,07	843	19	20	9.721

Fonte: Rapporto sociale Regionale

Fig. 6.8 – N. iscritti certificati ex L.104/92 per tipologia di scuola e incidenza sul totale degli iscritti (a.s. 2016/2017)



Fonte: Rapporto sociale Regionale

⁴⁷ I dati a disposizione non permettono di inquadrare il fenomeno dal punto di vista della gravità (stabilità dal co.1 o co.3 dell'art. 3 della L.104/1992)

⁴⁸ L'emersione delle problematiche, nonché il processo di individuazione, valutazione e diagnosi, spesso si collocano dopo l'inizio del ciclo dell'istruzione primaria.

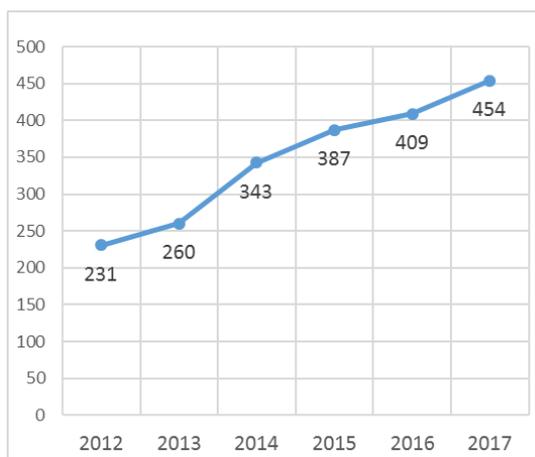
Servizi socioeducativi per minori disabili

I minori disabili certificati ex L. 104/1992 che ne facciano richiesta (per tramite delle loro figure di riferimento), hanno diritto ad una valutazione in EMDH e, dove necessario, all'attivazione di interventi in ambito scolastico ed extrascolastico di tipo socioeducativo e/o assistenziale (LR 41/1996). Nel pordenonese, tali interventi, di competenza comunale, vengono gestiti in forma associata dai SSC. Nel corso del capitolo si è già potuto introdurre (fig. 6.4) il dato sui flussi d'utenza del servizio, che nel 2017 ha raggiunto quota 454, superando gli interventi nell'area del supporto alle famiglie svantaggiate (51,4% degli utenti totali). Inoltre, a livello di area vasta si nota un rapido aumento dei casi (quasi raddoppiati dal 2012). A livello territoriale le incidenze maggiori sul totale dei beneficiari di questo tipo di interventi è piuttosto disomogeneo: nell'ambito urbano i minori disabili rappresentano il 68% dell'utenza, e anche a Maniago e Sacile tale percentuale supera il 60%. Il dato minimo di S.Vito si giustifica con la massiccia presenza di minori (non disabili) in attività di gruppo.

Tab. 6.9 - Minori disabili con Intervento socioeducativo/socioassistenziale scolastico ed extrascolastico per territorio di SSC (v.a. e % su totale utenti servizi socioeducativi)

	2015		2016		2017	
	N.	% su totale utenti	N.	% su totale utenti	N.	% su totale utenti
S. Vito al T.	67	26,0	64	27,7	61	25,1
Maniago	49	71,0	57	67,9	73	60,8
Sacile	67	73,6	73	64,0	77	62,6
Azzano Decimo	69	45,7	85	50,9	94	52,5
Pordenone	135	62,5	133	64,3	153	68,3
AAS5 Totale	387	49,3	409	51,3	454	51,4
FVG	1.684	52,0	1.883	54,7	2.010	57,7

Fig. 6.9 – Minori disabili con Intervento socioeducativo/socioassistenziale scolastico ed extrascolastico (Totale 5 SSC 2012-2017)



Fonte: Rapporto sociale regionale e SSC

6.3. Neuropsichiatria infantile e adolescenza

Il Servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI) è una struttura complessa dell'AAS5 che si occupa della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie e dei disturbi neuromotori e sensoriali di origine congenita ed acquisita; dei ritardi e dei disturbi del linguaggio e dell'apprendimento; delle difficoltà e delle alterazioni dello sviluppo psicologico, affettivo e relazionale.

Utenza ed interventi della NPI

In questo paragrafo vengono presentati i principali dati di riferimento dell'utenza e della struttura, con un approfondimento rispetto al genere e all'età degli assistiti, nonché alle principali variabili organizzative⁴⁹.

Nel raffronto tra il 2016 e il 2017 si nota un aumento della casistica del 8,6% (252 casi in più), indotto dall'impegno per l'esaurimento della lista d'attesa. Tale incremento, che porta a sfiorare i 3.200 casi, è peraltro visibile a livello di tutti i territori dell'azienda. Considerato che l'azione della NPI giunge fino al 23esimo anno d'età, i sistemi informativi aziendali parametrano l'utenza su questo valore di riferimento della popolazione, in base al quale si evince che il servizio prenda in carico il 4,7% dei residenti, percentuale che sale al 6,5% se si considera la sola fascia 0-17.

La scomposizione dell'utenza per Distretto evidenzia proporzioni solo in parte dettate dal bisogno emerso, quanto da modalità organizzative specifiche, quali ad esempio evidenti nel Distretto azzanese, dove il raccordo con specifiche progettualità del SSC implica una maggiore segnalazione dei casi e una conseguente presa in carico più estesa (5,7% della popolazione 0-23).

In linea con gli andamenti delle certificazioni, le fasce di maggior attività sono quelle sovrapponibili al periodo di frequenza della scuola primaria (5-9 anni, pari al 35% del totale), seguita da quella tra i 10 e i 14 anni (28,8%), mentre più modesto risulta l'intervento per adolescenti e giovani (area di integrazione con il DSM); circa il 5% dei minori in carico non supera i 24 mesi d'età.

Nel 2017, su un'utenza di oltre 3.000 minori, vi sono state 985 prime visite e 1.125 segnalazioni. Il dato sulle prime visite risulta in leggera flessione rispetto al 2016, ma costituisce comunque il 30% del totale delle prese in carico. Anche in questo caso le differenze territoriali risultano marcate: si passa dal 40% di prime visite sul totale utenti di Sacile al 22,5 di S.Vito.

Oltre la metà degli interventi del Servizio è costituito da trattamenti (logopedici, riabilitativi fisioterapici, neuro psicomotori, psicoeducativi) nel contesto di una presa in carico; circa il 28% riguarda invece attività di tipo diagnostico/valutativo, mentre la restante parte consiste in attività organizzative e di funzionamento (gruppi di lavoro esterni, incontri di integrazione scolastica, ecc.)

⁴⁹ Va segnalato che la NPI non dispone di un sistema di registrazione ed elaborazione dati aggiornato, così che risulta difficile il reperimento di molte delle informazioni utili ai fini di questo documento, in particolare quelle diagnostiche. Nel 2019 è prevista l'implementazione di un sistema informatizzato specifico unico a livello regionale.

Fig. 6.10 – Utenti NPI per Distretto (v.a. 2016-2017)

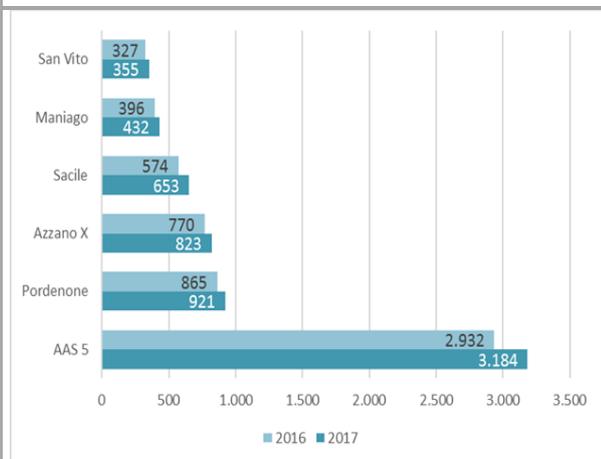


Fig. 6.11 – Incidenza utenti seguiti dalla NPI su popolazione 0-23 dei Distretti e dell’AAS 5 (2017)

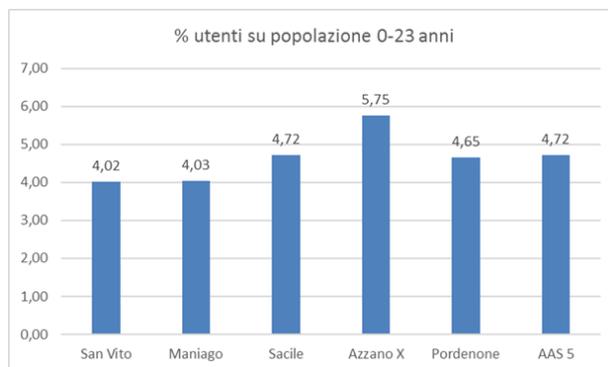


Fig. 6.12 – Utenti NPI per genere e fascia d’età (2017)

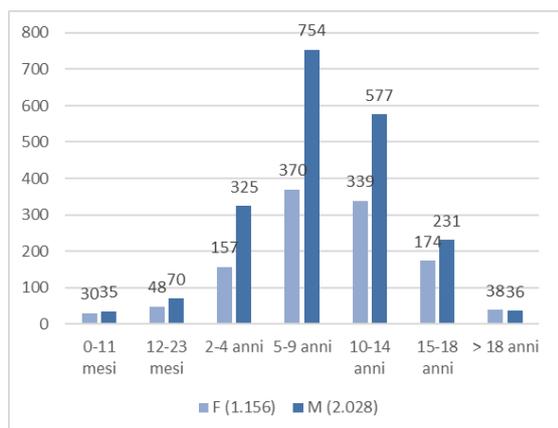
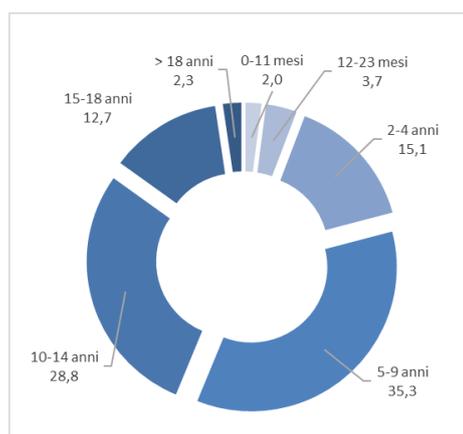


Fig. 6.13 – Utenza NPI per fascia d’età (% 2017)



<i>Tab. 6.10 – NPI: N. prime visite e segnalazioni per Distretto (2016-2017)</i>			% P.V. su totale utenti					
	N° prime visite	2016	2017	2016	2017	Segnalazioni 2017	% PV su segnalazioni	
	NPI San Vito	98	80	30,0	22,5	103	77,7	
	NPI Maniago	145	103	36,6	23,8	112	92,0	
	NPI Sacile	233	267	40,6	40,9	296	90,2	
	NPI Azzano X	300	246	39,0	29,9	288	85,4	
	NPI Pordenone	390	289	45,1	31,4	326	88,7	
AAS 5	1.166	985	39,8	30,9	1.125	87,6		
<i>Tab. 6.11– Interventi NPI per macrotipologia (v.a. e % 2017)</i>			Interventi		% Tipologia			
			2017		2017			
	Trattamenti/prese in carico		16.871		50,9			
	Valutazioni/diagnosi		9.459		28,5			
	Attività di funzionamento		3.950		11,9			
	Certificazioni		2.885		8,7			
Totale		33.165		100,0				

Fonte: NPI

6.4. Consulteri familiari

In questo paragrafo si presentano i principali dati relativi all'utenza e l'attività dei Consulteri familiari dell'area vasta direttamente gestiti dall'AAS 5⁵⁰. Essi costituiscono il riferimento per la cittadinanza rispetto alle problematiche della salute e tutela della donna (in particolare nel percorso pre-post parto ma anche per i casi di maltrattamento e violenza) e dell'uomo, della genitorialità, dei minori (tutela, problematiche adolescenziali, adozioni).

Utenza e principali interventi dei Consulteri familiari

Nei consulteri familiari dell'AAS 5 sono state seguite, nel corso del 2017, oltre 10.000 persone, pari al 3,2% della popolazione, circa un centinaio in più rispetto al 2016⁵¹. Aumenti più sostenuti dell'utenza si registrano nel Distretto Urbano (+21,8%) e nel Sud (+16,9%), più modesti nell'Est (+10,5), mentre calano il Nord (-0,9%) e l'Ovest (-6,4%).

Il 10,6% dell'utenza è rappresentato da neonati entro il primo anno di vita, le fasce minorili e giovanili (1-19 anni) circa il 15%, anche se è nella fascia dei giovani adulti (20-39) che si concentra la maggioranza relativa dell'utenza (47,3%). Il restante quarto supera i 40 anni (costituito principalmente da casi di separazione o divorzio). Il 75% delle persone seguite è cittadina italiana, 6 su 100 da Paesi dell'UE, 18 sono extracomunitari.

Nel 2017 circa 1 donna su dieci tra i 15 e i 64 anni risulta in carico ai Consulteri. Nella Figura 6.16 si possono osservare sensibili variazioni territoriali, con un picco nel sanvitese (16%) e un minimo nell'Ovest (7,1%). Tali differenze sono in buona parte legate alle specificità dei contesti: nel sanvitese la presenza dei servizi ospedalieri fa sì che ci sia un raccordo molto stretto tra i Servizi, ma fa anche sì che vi sia una quota di "immigrazione" da fuori provincia e regione. Differentemente, nel contesto urbano la compresenza di 3 Consulteri e di 2 strutture ospedaliere differenzia e integra l'offerta dei CF dell'AAS 5, costituendo peraltro riferimento anche per il sacilese.

Con riferimento ai percorsi pre e post natali, nel 2017 sono state monitorate il 38,8% delle donne in gravidanza (13,9% degli interventi totali), mentre oltre l'80% delle neo mamme è stata seguita a supporto del puerperio attivo (29,4% degli interventi). In quest'area si concentra la maggioranza degli interventi (43,5%), seguita dagli interventi legati alla salute sessuale e alla prevenzione oncologica (25,4%). Assieme a quelli di sostegno materno infantile (6,3%) e al supporto nell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG, 2,7%), essi costituiscono la parte a carattere più marcatamente sociosanitario dell'attività consultoriale (circa ¾ degli interventi). Essi sono tuttavia anche quelli a carattere più "prestazionale", perlomeno in riferimento all'area di intervento sociale, i cui interventi sono meno numerosi ma hanno carattere di processo. In maggioranza legate a situazioni di conflittualità, separazione e divorzio. In quest'area si segnala inoltre che 160 persone sono state seguite in percorsi di adozione (20 in più rispetto al 2015), e che si sono registrate, nel 2017, 14 adozioni.

⁵⁰ Esistono infatti Consulteri familiari privati accreditati, e svariati professionisti privati che si occupano di problematiche consultoriali.

⁵¹ Tale aumento è solo in parte dovuto ad un maggior accesso, quanto anche ad un miglioramento nella registrazione dei dati.

Fig. 6.14 – Utenti seguiti dai CF (v.a. 2016-2017)

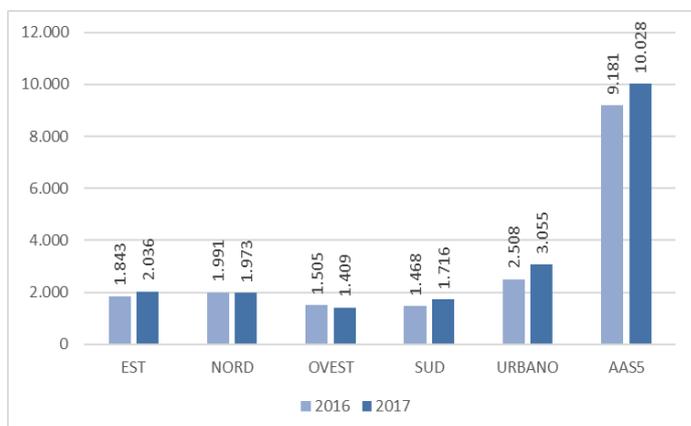


Fig. 6.15 – Utenza CF per fascia d'età (v.a. e % 2017)

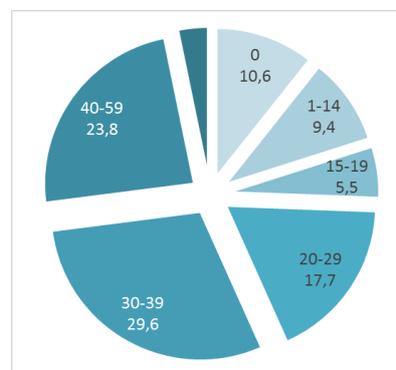


Fig. 6.16 - Incidenza % donne utenti su totale pop. femminile 15-64 (anni 2016, 2017)

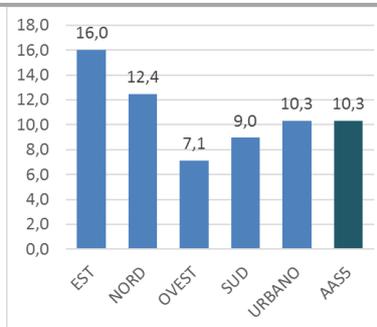


Fig. 6.17 – N. donne in gravidanza monitorate nei CF e % gestanti monitorate su totale parti (2017)

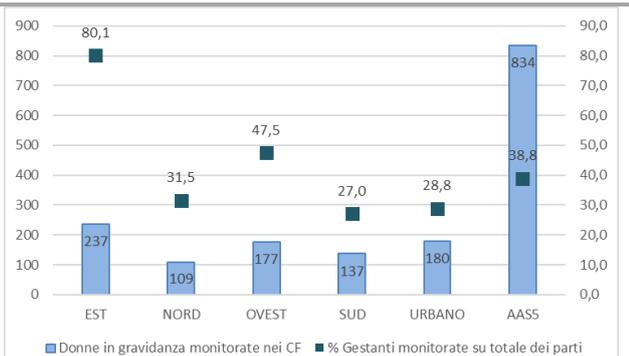
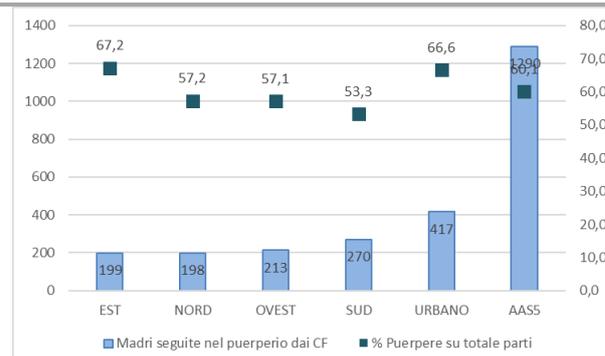


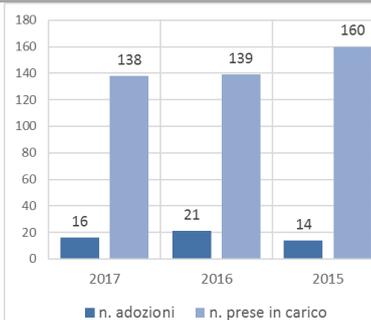
Fig. 6.18 – N. donne seguite nel puerperio nei CF e % puerpere monitorate su totale parti (2017)



Tab. 6.12 – Interventi CF suddivisi per tipologia: a prevalenza sociosanitaria e sociale (v.a. e % 2017)

	SAN	SOC	TOTALE	% INT.	% SAN	% SOC
Gravidanza	11.969	206	12.175	29,4	98,3	1,7
Salute sessuale e prevenzione oncologica	10.469	23	10.492	25,4	99,8	0,2
Puerperio (primi 40gg dopo parto)	5.689	68	5.757	13,9	98,8	1,2
Conflittualità, separazione e divorzio	11	4.423	4.434	10,7	0,2	99,8
Altre problematiche consultoriali	40	3.467	3.507	8,5	1,1	98,9
Sostegno materno infantile	2.338	275	2.613	6,3	89,5	10,5
IVG-IVG minori	993	105	1.098	2,7	90,4	9,6
Adozione ed affidi		944	944	2,3	0,0	100,0
Maltrattamento, trascuratezza		334	334	0,8	0,0	100,0
Totale	31.509	9.845	41.354	100,0	76,2	23,8

Fig. 6.19 – N. adozioni e N. prese in carico del CF (2015-17)



Fonte: AAS 5 e Consultori Familiari

6.5. Minori in comunità e in affido

In questo paragrafo vengono presentati i dati relativi ai minori che, per problematiche sanitarie ma soprattutto sociali, si trovano nella condizione di non risiedere, o non completamente, con il proprio nucleo familiare.

Minori in comunità

Si presentano di seguito i principali dati riguardanti i minori dell'area vasta collocati fuori famiglia e ospitati in comunità (Comunità familiari, Comunità socio educative, Comunità bambino-genitore, Alloggi ad alta autonomia, Comunità terapeutico-riabilitative).

Dai dati dei SSC risultano, al 2017, 121 minori collocati in questo tipo di strutture, a cui se ne aggiungono 10 in carico all'AAS 5.

Per quanto riguarda i primi, il trend si mostra in decisa crescita, un aumento segnato esclusivamente dalla componente italiana, laddove gli stranieri diminuiscono. Il numero maggiore di minori si colloca nella fascia tra i 14 e i 17 anni, seguita dai 6-10 anni; 12 casi superano la maggiore età mentre 24 si collocano nella fascia pre-scolare. I maschi risultano preponderanti fino ai 10 anni, mentre nella fascia adolescenziale prevalgono le femmine. Una lieve maggioranza risulta collocata in strutture in regione, ma il trend di crescita maggiore si registra nei collocamenti fuori regione.

Tab. 6.12 – Utenti 0-21 in carico al SSC in comunità per ambito socioassistenziale

	0-2 anni	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-17 anni	18-21 anni	Totale
S. Vito al T.	2	0	3	1	6	0	12
Maniago	1	5	1	3	7	2	19
Sacile	1	1	4	0	6	1	13
Azzano Decimo	1	0	7	0	8	3	19
Pordenone	5	8	13	6	20	6	58
Totale AAS 5	10	14	28	10	47	12	121
FVG	60	56	98	49	183	82	528

Fig.6.20 – Andamento minori in carico al SSC in comunità per nazionalità (v.a. 2015-17)

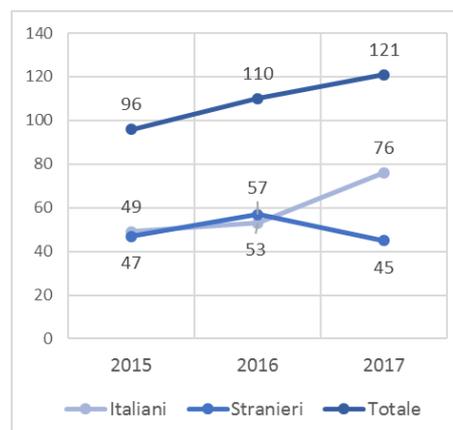


Fig. 6.21 – Minori in carico al SSC in comunità per genere e fascia d'età (2017)

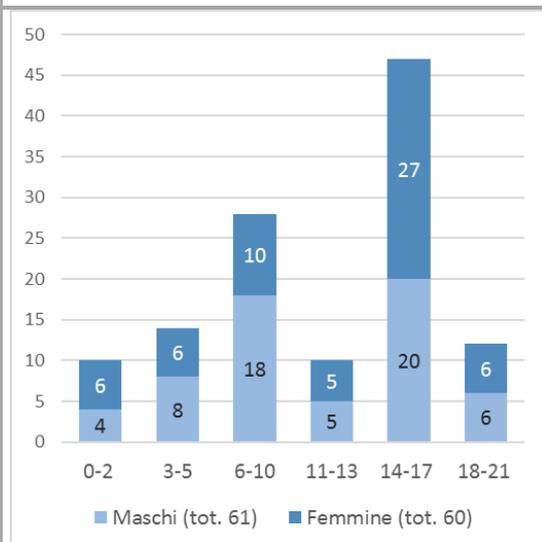
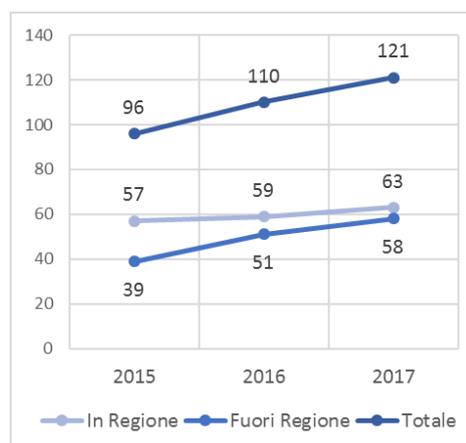
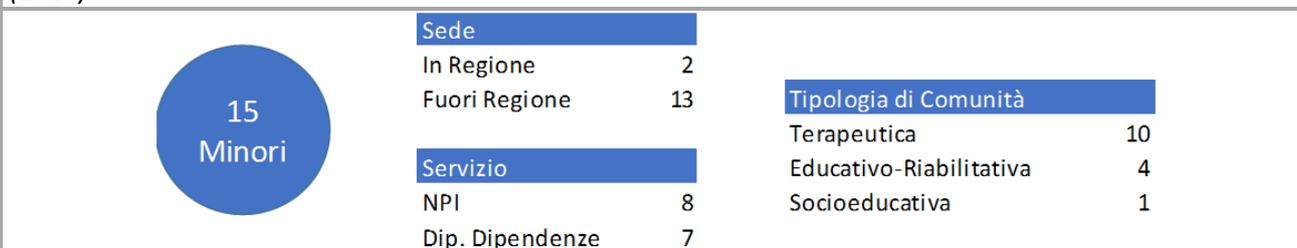


Fig. 6.22 – Andamento minori in carico al SSC in comunità per sede della struttura (v.a. 2015-17)



Fonte: CSI

Fig. 6.23 – Principali caratteristiche dei minori in Comunità gestiti dai Servizi dell'AAS 5 (escluso disabili) (2017)



Fonte: AAS 5, Uffici amministrativi

Minori in affido⁵²

Nel corso del 2017 64 minori hanno trovato sostegno in forme di affido tradizionale o leggero, con la prima tipologia largamente preponderante (57). A differenza del trend di collocamento in comunità, i numeri dei minori in affido calano sensibilmente (85 nel 2015), specialmente nelle forme leggere. Il collocamento giudiziale (ovvero su ordinanza del Tribunale per i minorenni) risultano 40, oltre il doppio rispetto alle situazioni consensuali. In questo secondo caso la soluzione parentale è lievemente superiore, mentre nei casi giudiziali è più frequente il collocamento extrafamiliare. In termini relativi i minori collocati da meno di un anno sono maggioritari (22), ma 28 casi superano i 2 anni di collocamento.

Tab. 6.13 – Utenti 0-21 in carico al SSC in affido per tipologia (v.a. 2015-17)

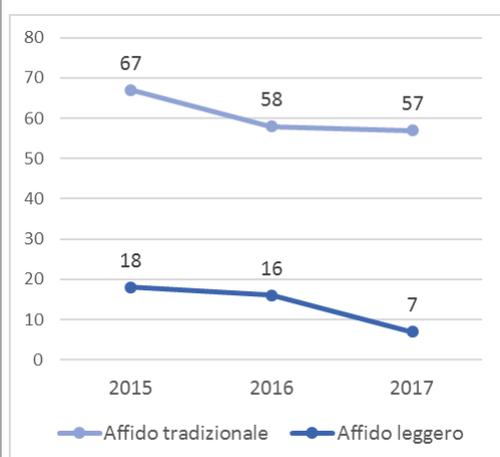


Fig. 6.24 – Andamento minori in carico al SSC in affido per tipologia (2015-17)

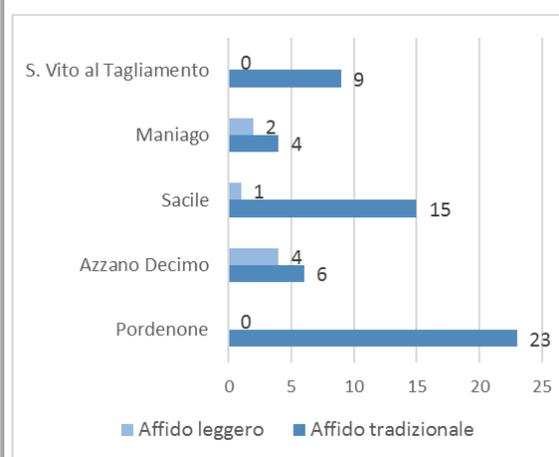
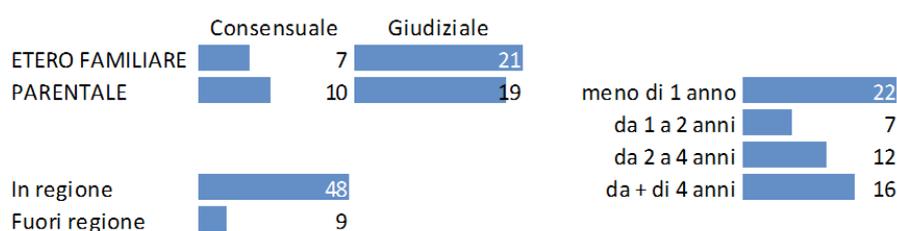


Fig. 6.25 – Minori in affido tradizionale: principali caratteristiche (v.a. 2017)



Fonte: Rapporto sociale regionale 2018

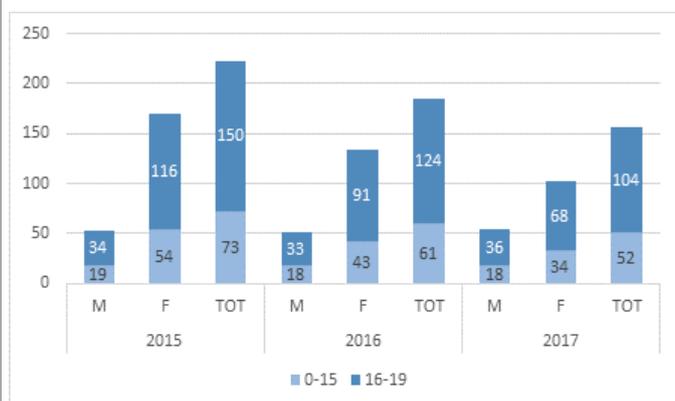
⁵² Per un approfondimento sulle tipologie di affido e la normativa di riferimento si veda l'Allegato alla DGR 1115/2015

6.6. Minori, dipendenze e salute mentale

L'utenza minorile in carico al DSM

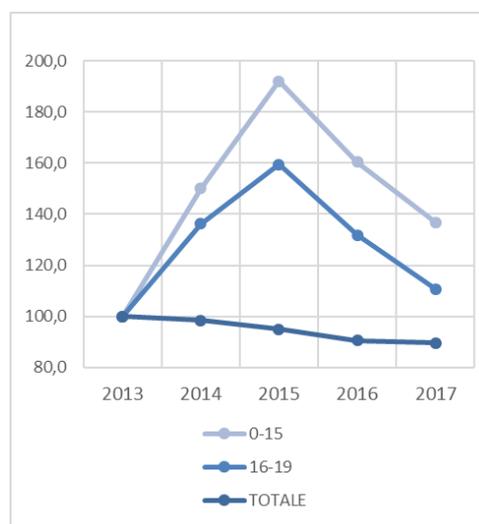
Nel 2017 risultano in carico al DSM 156 minori, 104 dei quali nella fascia tra i 15 e i 19 anni. Questi ultimi sono costituiti principalmente da ragazze seguite dal Centro Disturbi Alimentari (CDA) presso l'ospedale di S. Vito (5,2% dei casi seguiti). Il numero di minori cresce fino al 2015, per poi calare bruscamente, seguendo gli andamenti della casistica del Servizio; ciononostante, nel periodo 2013-2017 le componenti minorili segnano un aumento proporzionalmente maggiore al resto delle fasce d'età.

Fig. 6.26 – Utenti 0-19 in carico al DSM per genere e fascia d'età (v.a. 2015-17)



Utenti 0-19 in carico = 156 (7,9% del totale)

Fig. 6.27 – andamento utenza DSM per fasce d'età (2013-17; n.i. 2013=100)



Fonte: SISSR/DSM

Minori e giovani in carico al Dipartimento per le dipendenze

Nel quinquennio 2013-2017 l'utenza 0-19 del Dipartimento per le Dipendenze è più che raddoppiata, passando da 23 a 56 unità, pari al 3,7% degli utenti. L'andamento territoriale risulta ondivago, ma spicca l'aumento considerevole nell'azzanese nel corso del 2017.

L'analisi per problematica rivela una prevalenza - in continua crescita nel periodo osservato - di dipendenza da sostanze stupefacenti, mentre quelle da alcol, tabacco o comportamentali vengono prese in carico generalmente in una fase successiva della vita. Si sottolinea che i soggetti in carico potrebbero manifestare anche problematiche multiple.

Fig. 6.28 – Utenti Dip. Dipendenze (0-19 anni) e % su totale utenti Dip.Dip.

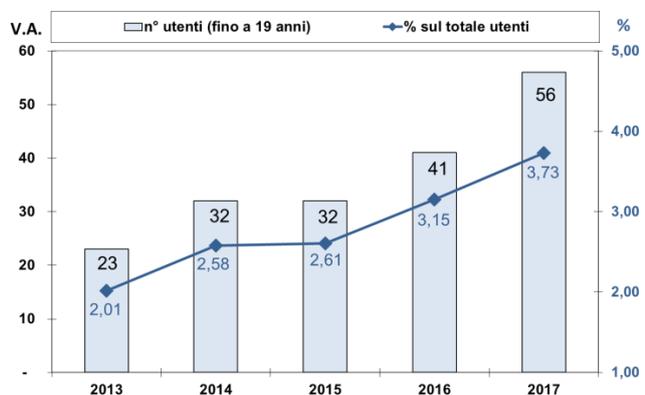
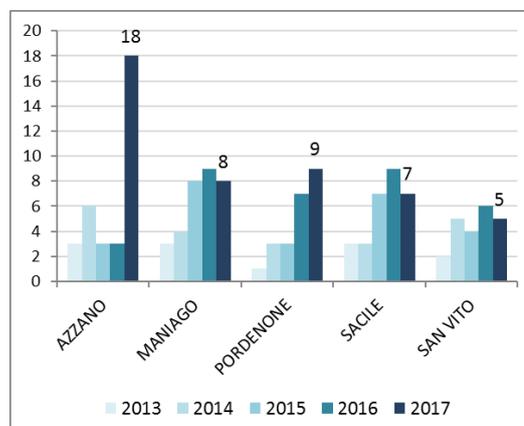


Fig. 6.29 - Utenti Dip. Dipendenze (0-19 anni) per distretto



Tab. 6.14 – Utenti Dip. Dipendenze (0-19 anni) per tipo di problematica trattata

Problematica	2013	2014	2015	2016	2017
Comportamentale	1	0	0	0	3
Tabagismo	0	0	0	0	0
Carcere	1	0	0	1	1
Accertamenti	10	9	5	6	9
Tossicodipendenza	12	21	25	34	47
Alcool	0	3	3	2	0
TOTALE	24	33	33	43	60

Fonte: Dipartimento delle Dipendenze

6.7. Vaccinazioni

Coperture vaccinali nei primi due anni di vita

Dai dati dell'Istituto superiore di Sanità (ISS) si può notare come, nel 2017, il FVG si collochi su valori prossimi seppur inferiori alla media nazionale per quanto riguarda le principali vaccinazioni in età 0-2 anni (fanno eccezione Meningococco e varicella, dove in regione la copertura è maggiore rispetto al territorio nazionale). Per quanto riguarda le vaccinazioni per morbillo, parotite e rosolia (MPR), il dato nel territorio dell'AAS 5 risulta in crescita rispetto al minimo registrato nel 2015, non riuscendo tuttavia a raggiungere la soglia di sicurezza del 90% (nel territorio superata dal solo Distretto Est e Urbano).

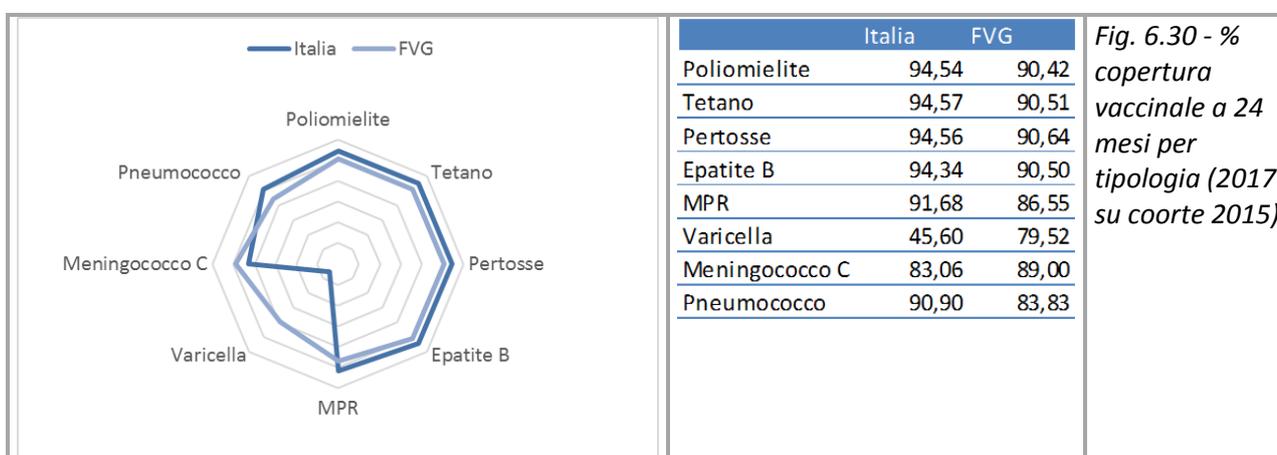


Fig. 6.30 - % copertura vaccinale a 24 mesi per tipologia (2017 su coorte 2015)

Fonte: Istituto superiore della sanità

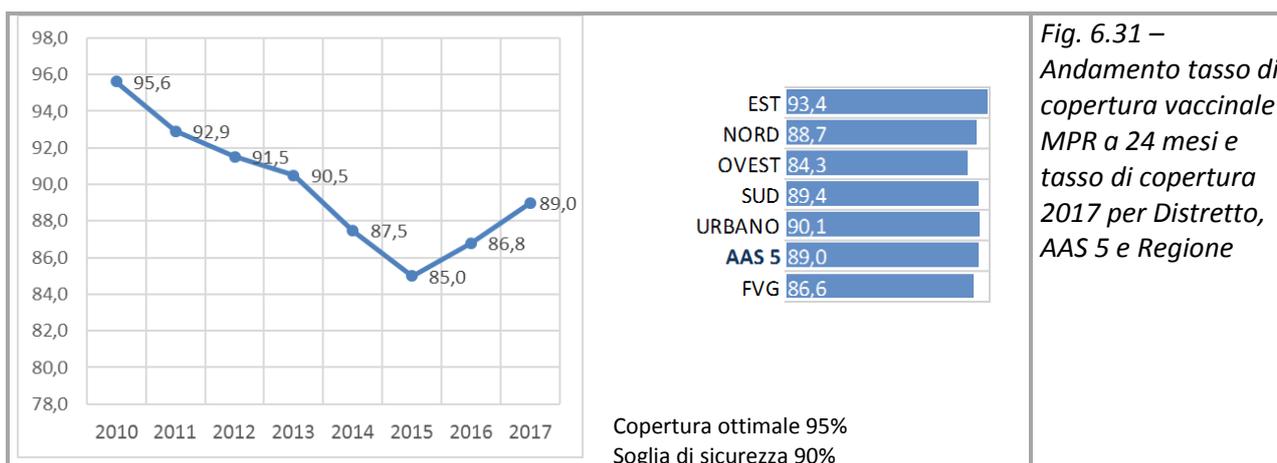


Fig. 6.31 - Andamento tasso di copertura vaccinale MPR a 24 mesi e tasso di copertura 2017 per Distretto, AAS 5 e Regione

Fonte: AAS 5, profili di Salute

7. Area svantaggio e disabilità adulta

In questo capitolo si è deciso di accorpate le informazioni dei Servizi *principalmente* rivolti alla popolazione adulta, sebbene l'attività di alcune strutture (es: DSM, Dipartimento per le Dipendenze) si rivolga anche a minori ed anziani. Nel testo si potranno comunque trovare le distribuzioni per fascia d'età.

7.1. Le Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per adulti

Una prima dimensione di esplorazione riguarda le Unità di valutazione distrettuale, le "porte di ingresso" per l'accesso alla presa in carico da parte dei Servizi.

Utenza valutata e territorio

Nel 2017 sono state effettuate 1.114 UVD per 755 adulti. La distribuzione e gli andamenti territoriali risulta piuttosto disomogenea, individuando un tasso di circa 4 utenti valutati su 1.000 abitanti nell'area vasta. Nel complesso, le UVD dedicate agli adulti coprono il 16,5% del totale.

Tab. 7.1 - N. adulti valutati in UVD per distretto, N. UVD e n. medio di UVD per utente (2017)

	Utenti	N. UVD	N. medio UVD pro-utente
EST	112	160	1,43
NORD	123	197	1,60
OVEST	125	184	1,47
SUD	218	340	1,56
URBANO	177	233	1,32
AAS N. 5	755	1114	1,475497

Fig. 7.1 – Utenti valutati in UVD ogni 1.000 abitanti 18-64enni (2017)

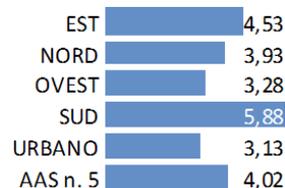


Fig. 7.2 – N. UVD per utenti 18-34enni per distretto (v.a. 2015-2017)

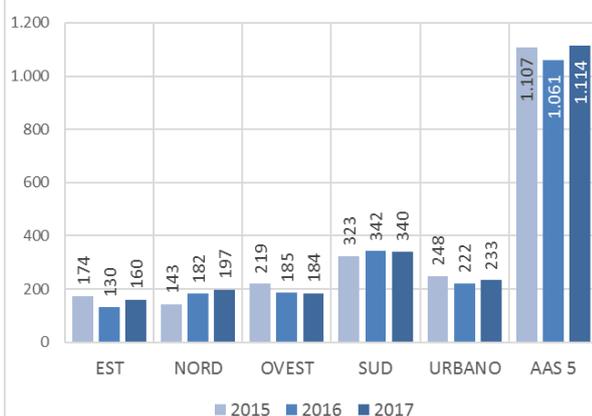
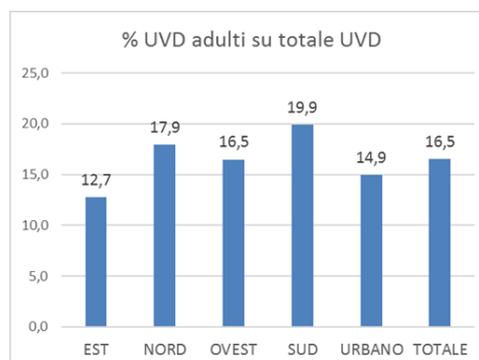


Fig. 7.3 – Incidenza UVD per adulti su totale UVD per distretto (2017)



Fonte: SIASI

Provenienza e Destinazione

L'analisi sulle provenienze, ovvero il soggetto inviante l'utente in UVD, registra al primo posto le dimissioni ospedaliere (18,4%), seguito dall'area dei servizi per la salute mentale (che nel complesso coprono circa il 25% del totale) e da quella della disabilità. Minoritarie seppur presenti l'area delle non autosufficienze, della riabilitazione, dell'assistenza domiciliare.

Analoghe posizioni si ritrovano nelle destinazioni, laddove tuttavia l'ospedale diventa residuale mentre cresce l'impatto dei servizi riabilitativi e del sostegno alle non autosufficienze a domicilio.

Fig. 7.4 – UVD adulti per provenienza e destinazione (v.a. e % 2017)

PROVENIENZA			DESTINAZIONE		
Totale complessivo	1.114	100,0	Totale complessivo	1.114	100,0
Ospedale	205	18,4	Sostegno a progetti per persone DSM	213	19,1
Sostegno a progetti per persone DSM	142	12,7	Sostegno alla vita indipendente	155	13,9
Sostegno alla vita indipendente	123	11,0	Ricoveri RSA	138	12,4
Centro di Salute Mentale	113	10,1	Assegno per autonomia	86	7,7
Nessun Servizio	98	8,8	Altro Servizio Socio-Sanitario	79	7,1
Altro Servizio Socio-Sanitario	75	6,7	Ass. Dom. Int. Intrasanitaria	61	5,5
Assegno per autonomia	69	6,2	Ass.Dom.Integr.con cure palliative	59	5,3
Ricoveri RSA	51	4,6	Centro di Salute Mentale	46	4,1
Altro Servizio Sanitario	31	2,8	Case di Riposo	44	3,9
Centro Diurno	31	2,8	Altro Servizio Sanitario	36	3,2
Contributo per aiuto familiare	24	2,2	Contributo per aiuto familiare	29	2,6
Ass. Domiciliare Privata	23	2,1	Ospedale	23	2,1
Servizio Tossicodip.	18	1,6	Nessun Servizio	21	1,9
Alloggio Protetto - Com.Alloggio	13	1,2	Centro Diurno	20	1,8
Ass. Dom. Int. Intrasanitaria	13	1,2	Servizio Tossicodip.	19	1,7
Serv. Ass. Dom. Socio-Ass.	13	1,2	Alloggio Protetto - Com.Alloggio	14	1,3
Hospice	11	1,0	Serv. Ass. Dom. Semplice	12	1,1
CSM 24 ore	10	0,9	Residenza Polifunzionale	9	0,8
Case di Riposo	9	0,8	Ass. Dom. Int. Socio-Sanitaria	8	0,7
Struttura Residenziale DSM	8	0,7	CSM 24 ore	7	0,6
Dimissione da Servizio Precedente	8	0,7	Altra Strutt.Accogli.Serv.Sociale	7	0,6
Residenza Polifunzionale	7	0,6	Serv. Ass. Dom. Socio-Ass.	5	0,4
Serv. Ass. Dom. Semplice	6	0,5	Struttura Residenziale DSM	5	0,4
Altra Strutt.Accogli.Serv.Sociale	4	0,4	Ass. Domiciliare Privata	4	0,4
Ass. Dom. Int. Socio-Sanitaria	2	0,2	Telesoccorso - Telecontrollo	4	0,4
Ass.Dom.con vicinato/volontariato	2	0,2	Hospice	3	0,3
Consultorio Familiare	2	0,2	Comunità terap. tossicodip.	2	0,2
Casa Albergo	2	0,2	Consultorio Familiare	2	0,2
Comunità terap. tossicodip.	1	0,1	Ass. Dom. Int. Intrasociale	1	0,1
			Dimissione da Servizio Precedente	1	0,1
			Casa Albergo	1	0,1

Fonte: SIASI

6.2. Utenti e attività del Dipartimento di Salute Mentale

L'utenza del Dipartimento di Salute Mentale

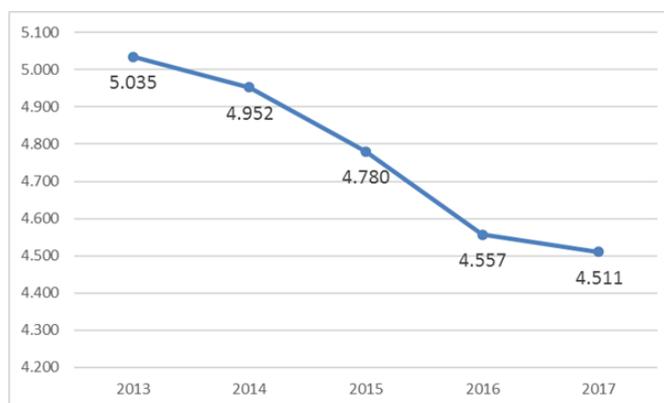
Nel corso dell'ultimo quinquennio l'utenza del DSM è passata da 5.035 a 4.511 casi, subendo un calo del 10,4% e attestandosi sull'1,9% della popolazione residente. Poco meno di un quarto risultava una prima visita. Lo spostamento verso la medicina generale di parte delle patologie comuni (ansia, depressione) e delle situazioni con patologie neurodegenerative preponderanti, si riflette con un aumento della complessità dei casi ed un generale allungamento del periodo di presa in carico.

Dal punto di vista territoriale, l'incidenza maggiore si registra nel contesto Urbano (2,3% della popolazione), seguito dall'Ovest e dal Nord (attorno al 2%). La percentuale cala all'1,6 nel sanvitese, ma bisogna considerare la presenza del CDA presso l'ospedale di S. Vito, e risulta minima nell'azzanese (1,3%).

Dal punto di vista dell'età, si nota un aumento dei casi minori di 19 anni (si veda anche cap.6), significativo in sé, ma residuale nel complesso dell'utenza, si nota un andamento che tende a polarizzarsi intorno alle fasce centrali della popolazione in carico, ovvero quelle tra i 40 e i 59 anni.

Eccezion fatta per i giovani adulti, in tutte le fasce d'età la componente femminile è preponderante.

Fig. 7.5 e Tab. 7.2 – Andamento utenza DSM per struttura (2013-2017)



	2013	2017	% 2017	Var. %		Incidenza su pop. 0-64 (2017)
				2013/2017	2016/2017	
AA5 - U.O. C.S.M. EST (VIA MODOTTI)	644	521	10,8	-19,1	-0,6	1,66
AA5 - U.O. C.S.M. NORD (VIA UNITA' D'ITALIA)	913	792	16,5	-13,3	-5,3	2,02
AA5 - U.O. C.S.M. OVEST (VIA ETTOREO)	1.188	991	20,6	-16,6	-6,3	2,04
AA5 - U.O. C.S.M. SUD (V. 25 APRILE - AZZANO X)	711	598	12,4	-15,9	-3,1	1,25
AA5 - U.O. C.S.M. URBANO	1.739	1.654	34,4	-4,9	6,2	2,32
AA5 - U.O. SEMPLICE C.D.A. (C/O OSP. SAN VITO)	258	250	5,2	-3,1	-17,5	
Utenti	5.035	4.511		-11,9	-1,8	1,89

Fonte: SISSR/DSM

Fig. 7.6 – Scomposizione utenza DSM per fascia d'età e genere (2017)

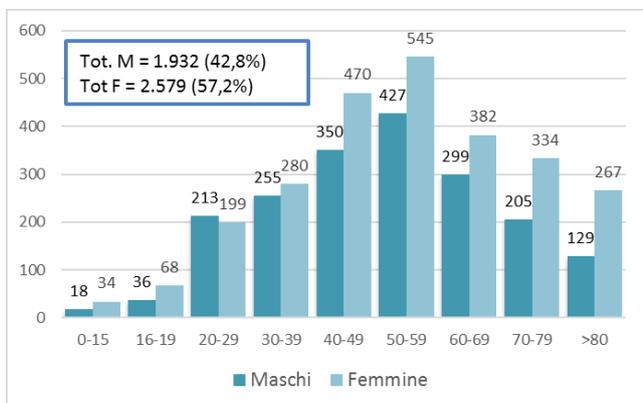


Fig. 7.7 – Variazione % utenza per fascia d'età 2013-2017

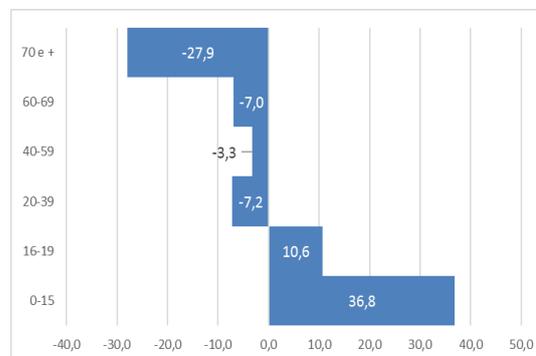
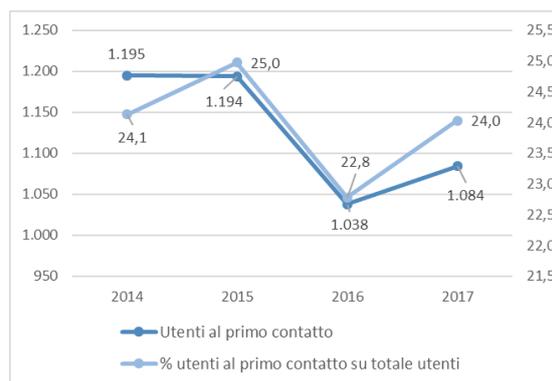


Fig. 7.8 – Andamento utenza DSM per genere (2015-17, n.i. 2015=100)



Fig. 7.9 – Utenti al primo contatto e incidenza su casi in carico (v.a. e % 2014-17)

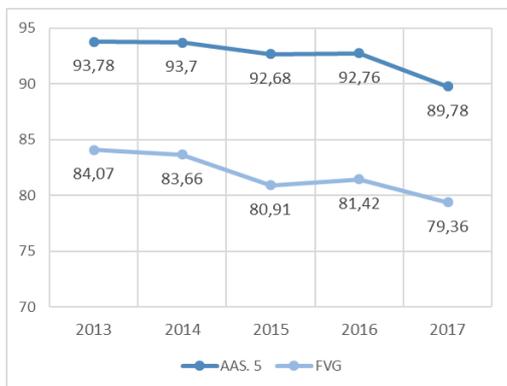


Fonte: SISSR/DSM

Valutazioni diagnostiche

Seppur in calo, la percentuale di utenti con valutazione diagnostica si mantiene attorno al 90%, circa 10 punti in più rispetto alla media regionale. Oltre ¼ delle diagnosi riguarda tre aree principali di problematicità: le sindromi affettive e i disturbi dell'umore, le sindromi fobiche legate a stress e somatofobia e le schizofrenie.

Fig. 7.10 – Andamento della percentuale di utenti con valutazione diagnostica su totale utenti, confronto AAS 5 Regione FVG (2013-2017)



Utenti con valutazione diagnostica: 4.050

Tab. 7.3 – Scomposizione percentuale delle valutazioni diagnostiche secondo la classificazione ICD-10 (2017)

	% 2017
Sindromi affettive (disturbi umore) (F30-F39)	29,5
Sindromi fobiche, legate a stress e somatofobia (F40-F48)	25,6
Schizofrenia, sindrome schizot e sindromi deliranti (F20-F29)	21,6
Disturbi personalità e comportamento (F60-F69)	7,7
Sindr e dist psichici natura organica (F00-F09)	5,9
Sindr e dist comp da alterazioni funz fisiol (F50-F59)	5,5
Ritardo mentale (F70-F79)	3,4
Sindr e dist psich da uso sostanze psicoattive (F10-F19)	2,2
Sindr e disturbi comportamento con esordio infanzia e adolesc (F90-F98)	0,4
Disturbo mentale non spec altrove (F99)	0,3
Sindr disturbi da alterato sviluppo psicol (F80-F89)	0,3
Totale utenti con valutazione diagnostica	100,0

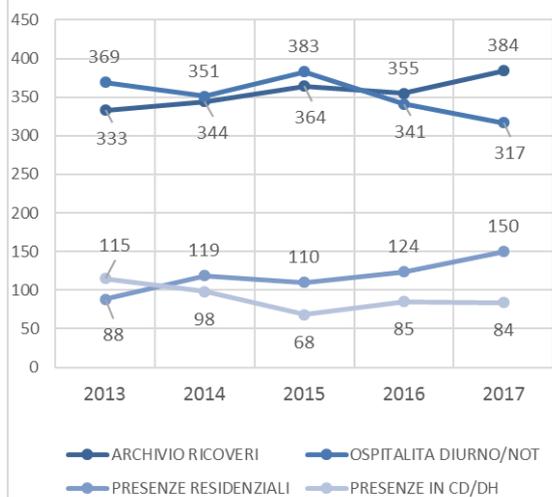
Fonte: SISSR/DSM

Le attività del DSM e dei centri territoriali

Nel periodo 2013-2017 si registra un aumento dei ricoveri presso il Servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC), con 337 dimissioni per Trattamento sanitario Obbligatorio/volontario (TSO/TSV), un numero che supera il 50% di quello regionale e individua un tasso di spedalizzazione quasi doppio, principalmente indotto dalla nota carenza di risorse per i Centri 24 ore (317 presenze) e supportato da altre forme residenziali (ad es.: gruppi appartamento), che contano 150 presenze nell'anno. 84 infine le presenze in Centro diurno/Day hospital.

A livello territoriale si rende visibile quanto alla drastica riduzione dell'utenza faccia contro l'aumento rilevante degli interventi (indicatore di complessità).

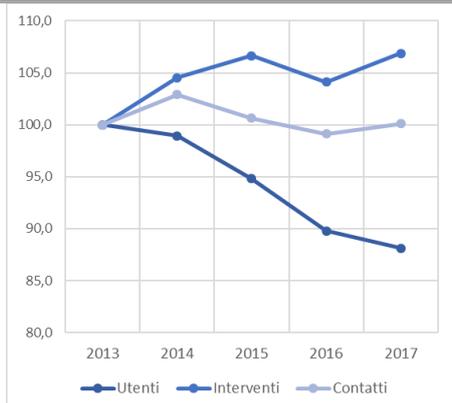
Fig. 7.11 – Andamento presenze in strutture per tipologia (v.a. 2013-2017)



Tab. 7.4 – Dimissioni per TSO/TSV per Azienda (v.a. 2017) e tasso di spedalizzazione (% 2017)

Azienda	Dimessi SPDC in TSO/TSV per residenza	Tasso di Spedalizzazione
ASUI TRIESTE	=	=
ALTO FR.-COLLINARE-MEDIO FR.	58	4,0
ASUI UDINE	164	7,6
BASSA FRIULANA-ISONTINA	7	0,3
FRIULI OCCIDENTALE	337	12,9
REGIONE FVG	569	6,8

Fig. 7.12 – Andamento Utenti, interventi e contatti registrati nei CSM dell'AAS 5 (2013-17, n.i. 2013=100)



Tab. 7.5 e 7.6 - Utenti, interventi e contatti: andamento AAS 5 2013-2017 (v.a., int. Pro-capite e rapporto contatti/interventi) e v.a 2017 per struttura

	2013	2014	2015	2016	2017
Utenti	5.035	4.952	4.780	4.557	4.511
Interventi	81.683	85.383	87.130	85.054	87.301
Contatti	64.879	66.758	65.300	64.323	64.942
interventi pro-utente	16,2	17,2	18,2	18,7	19,4
Contatti/interventi	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7

	Utenti	Interventi	contatti
U.O. C.S.M. EST (VIA MODOTTI)	521	12.831	8.173
U.O. SEMPLICE C.D.A. (C/O OSP. SAN VITO)	250	3.285	2.060
U.O. C.S.M. NORD (VIA UNITA' D'ITALIA)	792	15.810	13.868
U.O. C.S.M. OVEST (VIA ETTOREO)	991	17.745	12.045
U.O. C.S.M. SUD (V. 25 APRILE - AZZANO X)	598	13.221	9.546
U.O. C.S.M. URBANO	1.654	24.409	19.250
AAS 5	4.501	87.301	64.942

Fonte: SISSR/DSM

7.3. Utenti e attività del Dipartimento per le Dipendenze

Caratteristiche dell'utenza del Dipartimento per le Dipendenze

Nel periodo considerato l'utenza del DD ha visto una decisa crescita, in particolare trainata dalla componente maschile nell'ultimo biennio, e che si attesta su circa 5 casi ogni 1.000 abitanti.

La fascia d'età maggiormente rappresentata è quella degli over 50 (41%), peraltro in decisa crescita, seguita dai 40-49enni (23,1%); oltre i 2/3 dell'utenza appartiene ai grandi adulti. Come visto nel cap. 6, sensibile risulta l'aumento dei minori.

Le principali dipendenze delle persone in carico sono relative ad alcol e sostanze stupefacenti (entrambe in crescita); al terzo posto si colloca la dipendenza comportamentale (in particolare da gioco d'azzardo) che registra un incremento; crescono altresì gli accertamenti.

Fig. 7.13 – Andamento utenza Dip. Dip. per genere (v.a. 2013-2017)

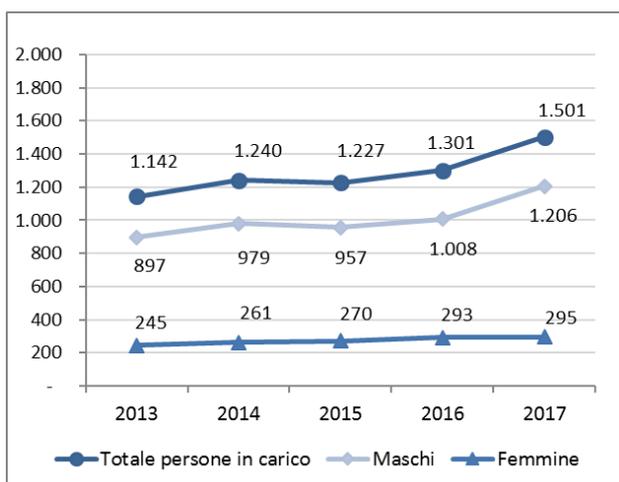


Fig. 7.14 – Utenti Dip. Dip. ogni 1.000 ab. (2017)

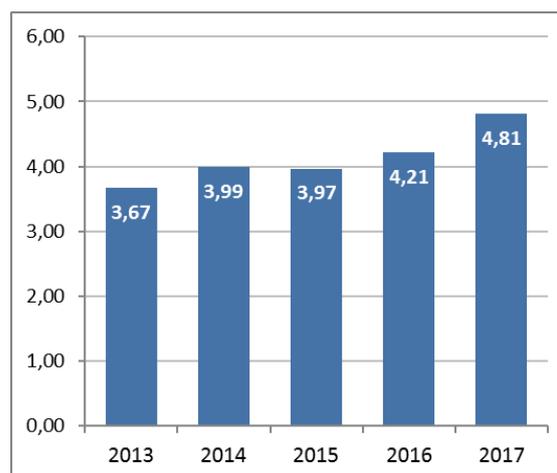
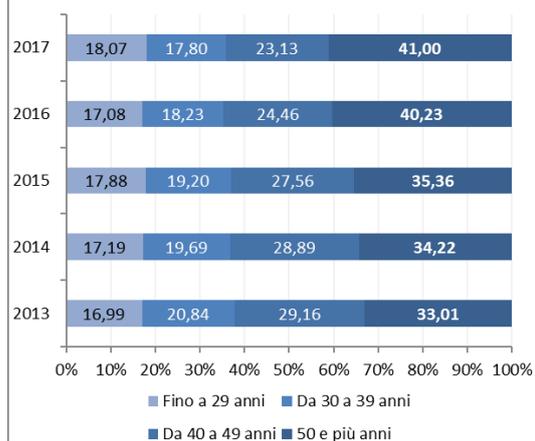
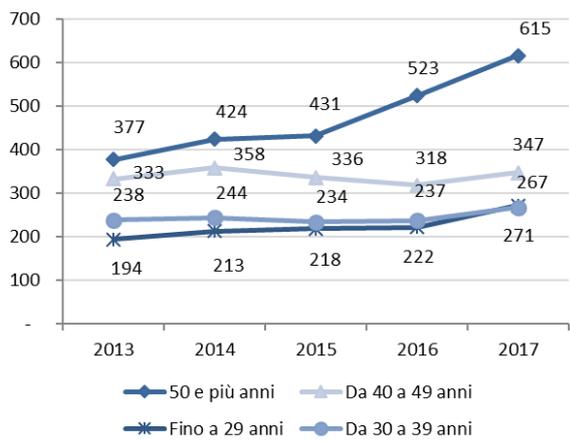


Fig. 7.15 – Andamento utenza Dip. Dip. per fascia d'età (v.a. 2013-2017)

Fig. 7.16 – Scomposizione % dell'utenza del Dip. Dip. per fascia d'età (2013-17)



Tab. 7.7 – Utenza Dip. Dip. per problematica (v.a. 2013 e 2017, % 2017 e var. % 2013-17)

	2013	2017	% 2017	Var. % 2013-17
Alcolismo	458	593	37,2	29,5
Tossicodipendenza	442	534	33,5	20,8
Accertamenti	124	244	15,3	96,8
Comportamentale	108	127	8,0	17,6
Carcere	45	50	3,1	11,1
Tabagismo	44	45	2,8	2,3
TOTALE	1.221	1.593	100,0	30,5

Fig. 7.17 – Utenti Dip. Dip. in carico per alcolismo, scomposti per territorio (v.a. 2013 e 2017)

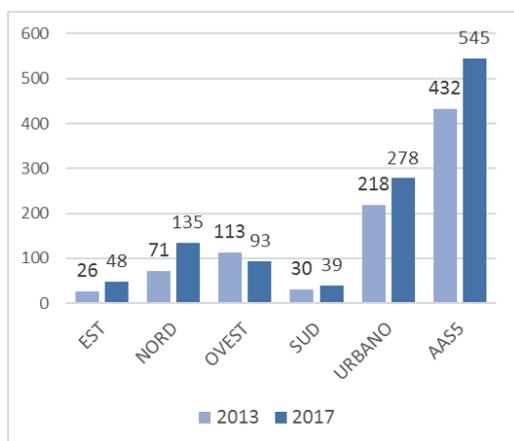
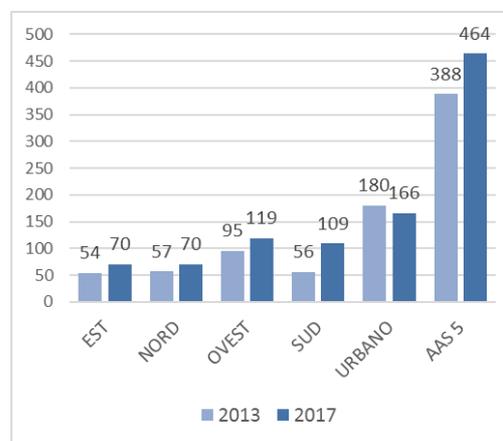


Fig. 7.18 – Utenti Dip. Dip. in carico per tossicodipendenza, scomposti per territorio (v.a. 2013 e 2017)



7.4. Servizi per la disabilità

Gli utenti dei Servizi in Delega (LR 41/1996)

Nel corso del 2017 gli utenti dei servizi per la disabilità dell'AAS 5 hanno raggiunto le 426 unità. Il 54,7% dell'utenza è costituita da ultra 35enni con disabilità stabilizzata accolta nei Centri socio-Riabilitativi Educativi (CSRE), una tipologia che evidenzia peraltro i maggiori aumenti nel quadriennio (+17,8%), seguita dai 14-35enni accolti nei medesimi centri; gli aumenti più considerevoli si registrano nel distretto Ovest, i minimi nell'Est. A livello di area vasta il tasso di presa in carico ogni mille abitanti passa dall'1,16 del 2014 all'1,40 del 2017. 76 utenti trovano invece collocazione in soluzioni abitative protette, 72 in centri residenziali per gravi e gravissimi.

Va sottolineato inoltre che, a fronte di risorse dei Comuni e delle compartecipazioni di fatto immutati dal 2011, i servizi resi sono aumentati grazie ai finanziamenti regionali stanziati per le iniziative innovative implementate nel territorio da parte dell'AAS 5.

Si ricorda inoltre che al contesto dei servizi alla disabilità afferisce anche l'attività del Servizio di Inserimento Lavorativo (SIL) dell'AAS 5, i cui dati verranno più specificamente trattati nel prossimo paragrafo.

Fig. 7.19 – Andamento utenza per tipologia (v.a. 2014-17)

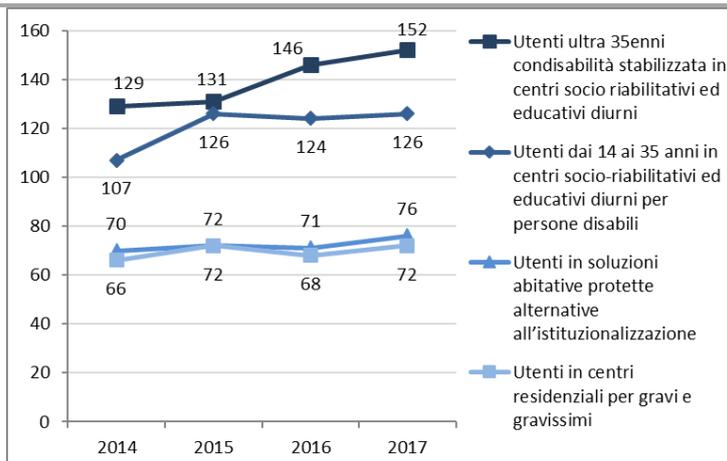


Fig. 7.20 – Utenza CSRE per distretto (v.a. e var. % 2014-17)

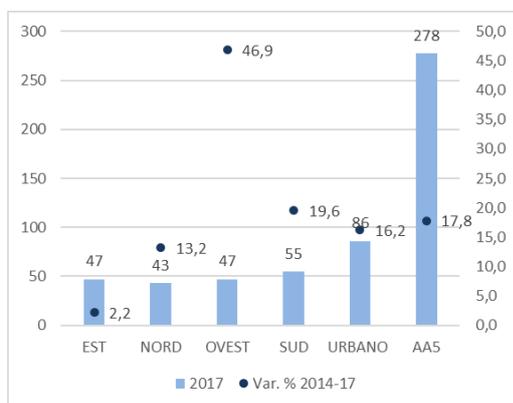
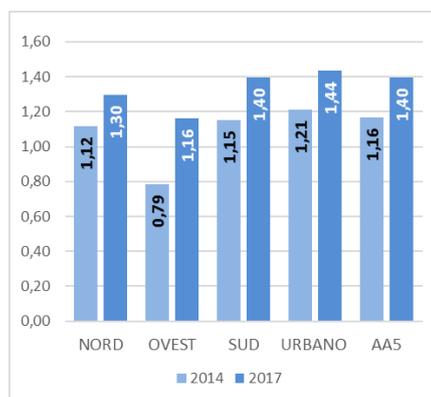


Fig. 7.21 – Utenza CSRE ogni 1.000 ab. Tra i 14 e i 65 anni per distretto (2014-2017)



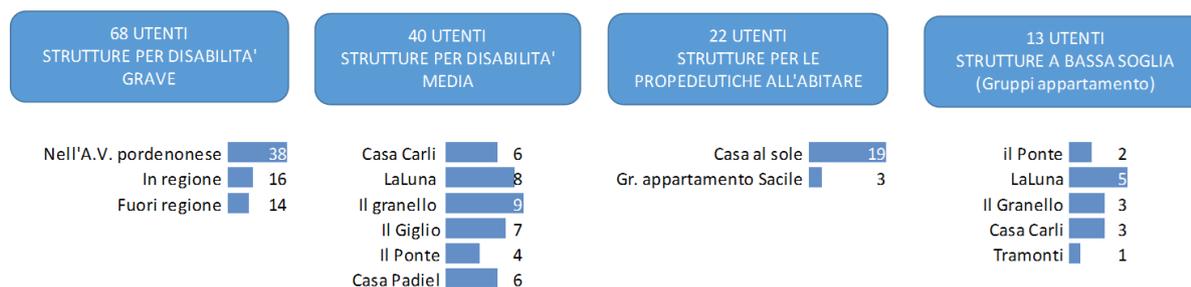
Sistema dell'abitare sociale

Il "sistema per l'abitare sociale" consiste in un sistema di strutture residenziali e di progetti residenziali finalizzati alla creazione e rafforzamento della vita autonoma delle persone con disabilità (PcD). Il sistema è organizzato in funzione delle caratteristiche specifiche delle PcD e consiste in⁵³:

- Strutture per disabilità grave;
- Strutture per disabilità media;
- Strutture per la propedeutica all'abitare;
- Strutture a bassa soglia di protezione;

In totale, il sistema per l'abitare sociale ha accolto 143 utenti nel 2017. La maggioranza ha trovato collocazione in centri per disabilità grave (68), 40 in centri per disabilità lieve e 35 (ovvero quasi un quarto del totale) in gruppi appartamento o strutture propedeutiche all'abitare autonomo. Per quanto riguarda i primi, si evidenzia come poco meno della metà degli utenti ha trovato collocazione fuori dal territorio dell'AAS 5. Nelle figure che seguono sono presentati i dati di dettaglio.

Fig. 7.22 – Utenti accolti nel sistema per l'abitare sociale per tipologia e struttura (v.a. 2017)



Fonte: AAS 5/DSS

⁵³ Nel corso del 2018 si sono aggiunte tre strutture residenziali per anziani che, all'interno del contesto del "Dopo di noi" hanno attivato moduli specifici per PcD, nonché un gruppo appartamento a S.Giovanni di Casarsa per PcD media.

Servizi semiresidenziali e comunitari in rete

Il sistema dei Servizi semiresidenziali e comunitari in rete copre il ventaglio di offerta semiresidenziale, l'attività delle Unità Educative Territoriali (UET)⁵⁴ e specifiche azioni (quali ad esempio le attività per le PcD che invecchiano) che si svolgono nel ciclo diurno, rivolte tanto ai beneficiari diretti che alle loro famiglie e alla comunità. Anch'esse sono organizzate per tipologia di utenza (disabilità grave, media e bassa) e comprendono tanto un'offerta a gestione diretta quanto indiretta. Nel corso del 2017 sono state supportate 76 PcD in centri per disabilità grave, 105 in quelli per disabilità media, 52 nelle UET (disabilità lieve) e 2 presso l'ASP D.Moro di Morsano al Tagliamento.

Nel corso dell'anno 152 PcD hanno inoltre beneficiato del sistema di trasporti (domicilio-strutture/centri) e 26 dei soggiorni estivi.

Fig. 7.23 – Utenti in strutture semiresidenziali per disabilità grave (2017)

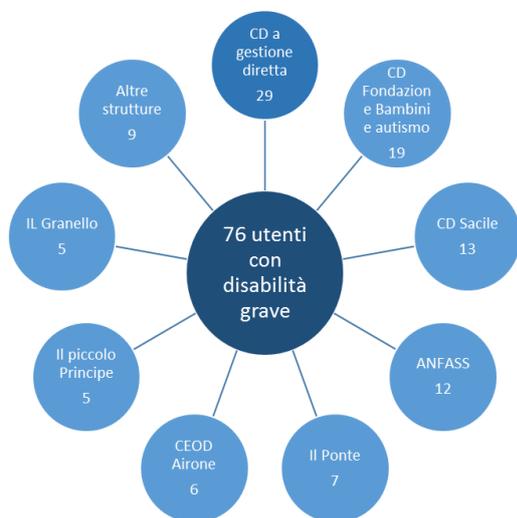
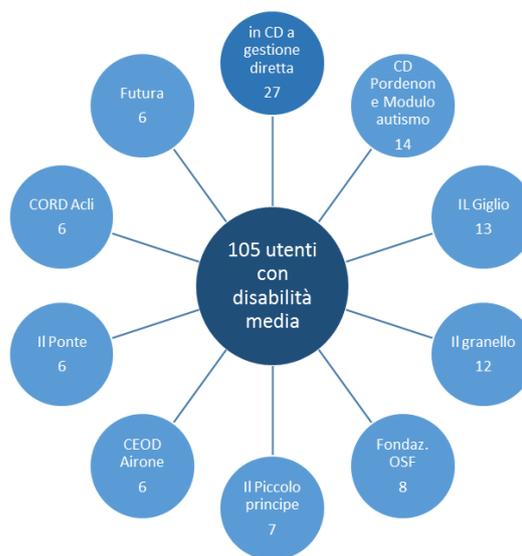
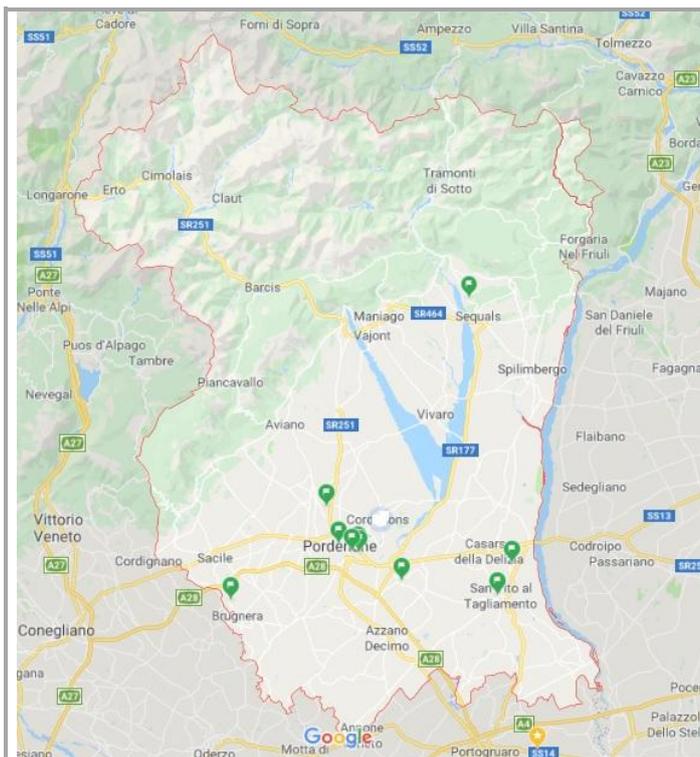


Fig. 7.24 - Utenti in strutture semiresidenziali per disabilità media (2017)



⁵⁴ Le UET sono costituite da piccoli nuclei di persone con disabilità, coordinate da un educatore, e si collocano in luoghi significativi della comunità locale



Map. 7.1 – Sedi UET dell’AAS 5 (2017)

52 Utenti seguiti nelle UET

AREA URBANA	23
AREA NORD	8
AREA SUD	5
AREA EST	9
AREA OVEST	7

Tab. 7.8 – Utenti UET per area (2017)

PROGETTI SVILUPPATI NEL 2017

- I.CAN - integrazione, auto-mutuo aiuto, net work
- Anch'io sono grande! Prove di futuro (ex Prog. Mandarda)
- Lasciami Uscire
- Atelier di stimolazione sensoriale
- Avvio alla vita indipendente per PcD intellettiva, life skills and peer education
- Sperimentazione del terapeuta occupazionale
- Con farina del nostro sacco
- Sviluppo F.S. Il nuovo Fiore

Fig. 7.25 – Progetti implementati nel corso del 2017 dai Servizi per PcD dell’AAS 5

Fonte: AAS 5/DSS

Agricoltura sociale⁵⁵

Con il termine “Agricoltura sociale” (AS) si intende “l’insieme delle pratiche svolte da aziende agricole, cooperative sociali e altre organizzazioni del Terzo settore, in cooperazione con i servizi sociosanitari e altri Enti pubblici del territorio, che coniugano l’utilizzo delle risorse agricole e il processo produttivo con lo svolgimento di attività sociali finalizzate a generare benefici inclusivi, a favorire percorsi terapeutici, riabilitativi e di cura, a sostenere l’inserimento sociale e lavorativo, a favorire la coesione sociale [...]”⁵⁶. Nel territorio pordenonese, l’AS è da tempo luogo di osservazione e inserimento occupazionale da parte del SIL, ma ha trovato una piena collocazione con il Piano triennale per la disabilità 2007-2010, innestando percorsi abitativi in agriturismo e moduli di “cure verdi” per gli utenti dei CSRE, ivi comprese le esperienze di orto sociale in contesto urbano. Attualmente, l’AAS 5 mantiene una rete di 22 soggetti luogo di inserimento lavorativo e ha strutturato 4 poli su un modello a rete (“hub and spoke”). Le attività sono state inoltre oggetto di valutazione in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità.

⁵⁵ Per un approfondimento sul tema dell’agricoltura sociale e delle attività in atto a livello di AS FO, si veda il Quaderno di approfondimento N.2 “Agricoltura sociale. Nuovi scenari di inclusione”, a cura della Direzione sociosanitaria. Sul tema delle fattorie didattiche e sociali si rimanda invece al cap. 5.2.

⁵⁶ Forum nazionale Agricoltura sociale (di cui l’AAS5 è socio dal 2018)

La spesa per le PcD

Nel corso del 2017 l'AAS 5 ha investito circa 12 milioni e 700 mila euro in servizi, progetti ed interventi a favore delle PcD in carico. La quota maggioritaria (circa la metà dei fondi) ha finanziato il sistema semiresidenziale e comunitario in rete mentre quello per l'abitare sociale il 42,7%. Rispetto ai preventivi si nota un investimento maggiore nelle aree di sviluppo delle autonomie e comunitarie.

Fig. 7.26 – Spesa Servizi per la disabilità 2017 per area e tipologia di servizio

TIPOLOGIA SERVIZIO		Consuntivo 2017	% sul totale	Consuntivo Area	% Area
Sistema abitare sociale	PcD GRAVE	3.280.547,44	25,8	5.424.977,43	42,7
	PcD MEDIA	1.622.434,17	12,8		
	Propedeutica all'abitare	382.275,82	3,0		
	Str. a bassa soglia	139.720,00	1,1		
Sistema semiresidenziale e comunitario in rete	PcD GRAVE	2.668.265,37	21,0	6.303.235,55	49,6
	PcD MEDIA	2.222.303,09	17,5		
	PcD LIEVE (UET)	550.950,94	4,3		
	PcD anziane	18.884,00	0,1		
	Trasporti	842.832,15	6,6		
Supporto alle famiglie	Progetto mansarda	25.222,52	0,2	170.031,99	1,3
	Progetti di autonomia (Fondo Etico)	74.267,60	0,6		
	Soggiorni estivi	70.541,87	0,6		
SIL	Borse Lavoro	801.379,69	6,3	801.379,69	6,3
TOTALE		12.699.624,66	100,0		

Fonte: AAS 5/DSS

7.5. Supporto ed accompagnamento al lavoro

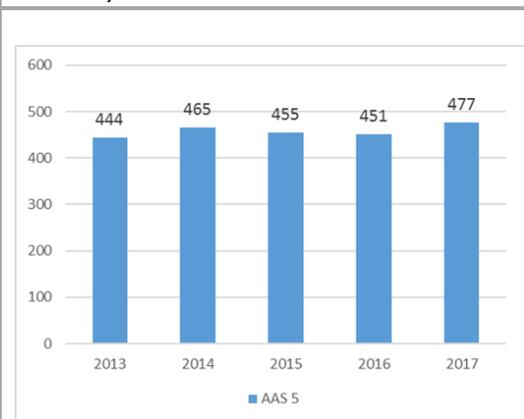
Il Servizio di Inserimento Lavorativo

Nel corso del 2017 il SIL ha seguito 477 persone, pari a 2,5 ogni 1.000 abitanti, con un massimo nel sanvitese (2,9) e un minimo nel Distretto nord (2,1). Il trend risulta in crescita del 7,4% nel quinquennio, con una tendenza confermata dal dato dell'ultimo biennio (+5,8%). Le crescite maggiori si registrano nei Distretti Sud e Ovest, Nord e Urbano risultano stabili, cala l'utenza del Distretto Sud, seppur di soli 6 casi. Per quanto riguarda le fasce d'età, l'utenza sotto i 24 anni risulta in calo, a differenza dei 25-34enni che subiscono un'impennata nel 2017. In lieve flessione anche la fascia 35-44, mentre crescono i casi di persone più mature (45-64 anni).

Circa un quarto dei casi in carico presenta uno svantaggio di tipo intellettuale (in crescita), seguito dalle persone con svantaggio multiplo (in lieve flessione) e psichico (anch'esso in lieve calo). Crescono le problematiche legate alla disabilità fisica, superando il 20% dell'utenza totale.

Per quanto riguarda le azioni di contrasto e supporto messe in atto, nel corso del 2017 si registrano 357 inserimenti lavorativi, oltre la metà dei quali è rappresentato da inserimenti sociolavorativi (ISL) e 46 assunzioni, principalmente attraverso il canale del collocamento mirato. Oltre il 40% degli interventi attivati riguarda progetti di integrazione lavorativa ex LR 41/1996, il 18% supporto all'assunzione, il 13,8% per progetti di inserimento lavorativo ex LR 20/2005.

Fig. 7.27 – Andamento Utenza SIL (v.a. 2013-17)



Tab. 7.9 – Utenti SIL 2013 e 2017, var.% 2013-17 e 2016-17, N. utenti ogni 1.000 ab. Per distretto

Distretto	Utenti 2013	Utenti 2017	Var.% 2013-17	Var.% 2016-17	Ut./pop. *1.000 (2017)
EST	78	72	-7,7	7,5	2,91
NORD	60	65	8,3	0,0	2,08
OVEST	99	102	3,0	9,7	2,68
SUD	86	94	9,3	9,3	2,54
URBANO	119	142	19,3	2,2	2,51
AAS 5	444	477	7,4	5,8	2,54

Fig. 7.28 – Andamento utenza SIL per distretto (2013-2017, n.i. 2013=100)

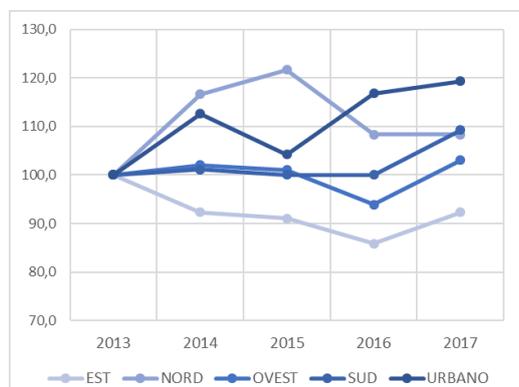
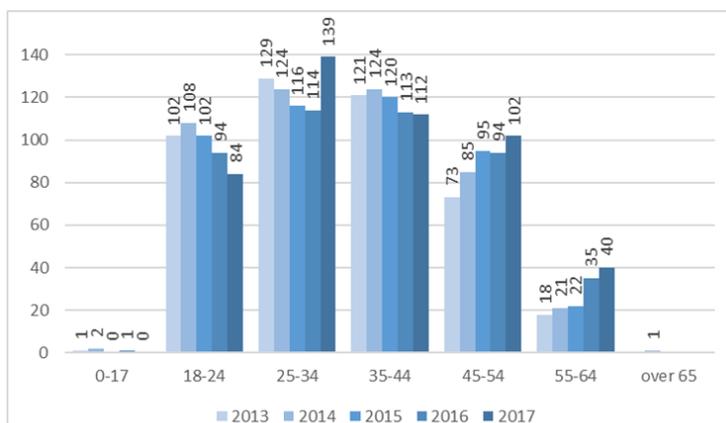


Fig. 7.29 - Andamento utenza SIL per fascia d'età (v.a. 2013-2017)



Tab. 7.10 – Utenza SIL per tipologia di svantaggio (v.a. 2013-2017, Var. % 2013-17 e % 2013-2017)

	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 2013-17	% 2013	% 2017
Fisico	77	78	76	81	97	20	18,0	20,3
Intellettivo	84	100	99	107	128	44	19,6	26,8
Multiplo	116	115	110	105	104	-12	27,1	21,8
Psichiatrico	42	41	33	25	24	-18	9,8	5,0
Psichico	105	99	96	92	91	-14	24,5	19,1
Sensoriale	4	6	7	5	5	1	0,9	1,0
NC	0	0	0	0	28	=	0,0	5,9
Totale	428	439	421	415	477	49	100,0	100,0

Tab. 7.11 – Tirocini per tipologia (v.a. e % 2017)

Tipologia	N.	%
ISL	202	56,6
TFSSVCO	74	20,7
TFSCSCOM	40	11,2
TFSCON	30	8,4
TFSA	7	2,0
TFSSOGG	4	1,1
Totali	357	100,0

Tab. 7.12 – Interventi per tipologia (v.a. e % 2017)

Tipologia	N.	%
LR 41/96: Progetti di integrazione lavorativa	252	42,4
Supporto all'assunzione	107	18,0
LR 18/05: Progetti di inserimento lavorativo	82	13,8
Osservazione/valutazione	37	6,2
Consulenza al soggetto	29	4,9
Consulenza ai servizi	26	4,4
Approfondimento segnalazione	24	4,0
LR 18/05: prestazioni per collocamento mirato	10	1,7
Consulenza al CPI	9	1,5
Osservazione/valutazione c/o scuole	9	1,5
Consulenza al DSM	4	0,7
Individual Placement Support DISABILITA'	2	0,3
Individual Placement Support DSM	2	0,3
Mediazione al collocamento senza tirocinii	2	0,3
Totali	595	100,0

Tab. 7.13 – Inserimenti lavorativi per tipologia (v.a. 2017)

Tipologia	N.
L.68 conv. assunzione a termine	20
L.68 nominativa a termine	7
L.68 conv. assunzione t. ind.	5
L.68 nominativa t. indeterminato	4
L.68 trasf. da t. det. in t. ind.	3
L.68 nom. a termine in autonomia	2
Ordinario	2
Ordinario - A Termine	1
Ordinario - Apprendista	1
ordinario socio coop. sociale	1
Totali	46

Fonte: SILweb

Gli strumenti per l'inserimento sociolavorativo

Nel contesto pordenonese sono state attivate Borse lavoro per 974 utenti, in lieve flessione rispetto all'anno precedente soprattutto nelle fasce giovanili (minori di 34 anni), mentre crescono quelle per i grandi adulti. Trattasi di una casistica in maggioranza maschile, in tutte le fasce (54,1%). Circa un terzo delle BL è attivato dai 5 SSC (334, pari al 36,1%), seguiti dal SIL e dal DSM (rispettivamente 31,1 e 29,8% del totale); in totale quindi, circa 2/3 delle BL risultano attivate da Servizi dell'AAS 5.

Rispetto al contesto regionale, quello locale si distingue per l'attivazione di progetti FAP per persone con problematiche di salute mentale (unici in regione), e per l'elevata incidenza delle BL del SSC per svantaggiati e le BL in area devianza (ciascuna di esse copre poco meno della metà del totale regionale).

Tali strumenti hanno individuato nel 2017 una spesa totale di poco superiore ai 2 milioni di euro, pari a circa il 30% del totale regionale. Nella tabella 7.16 è riportata la spesa pro-capite per singolo Ente erogatore, che si assesta sui 2.200 euro annui, con minimi per quanto riguarda il Dipartimento per le dipendenze e il DSM e massimi negli ambiti Urbano e sanvitese e SIL.

La maggioranza relativa degli inserimenti avviene in cooperative sociali, seguite dalle ditte private e dalla pubblica amministrazione.

Fig. 7.30 – Utenti in BL per fascia d'età (v.a. 2016-2017)

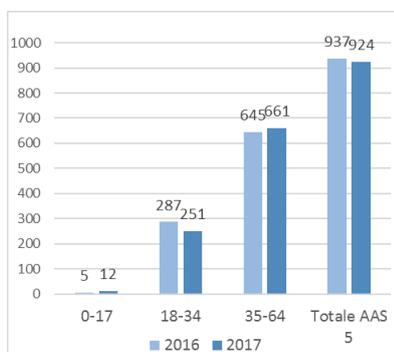
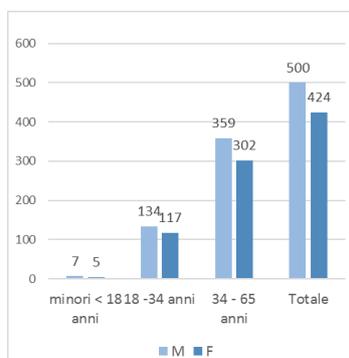


Fig. 7.31 – Utenti in BL per genere e fascia d'età (2017)



Tab. 7.14 – Utenti in BL per soggetto erogatore (v.a.e % 2017)

Erogatore	N.	%
6.1 - Ambito Sacile	91	9,8
6.2 - Ambito San Vito al T.	23	2,5
6.3 - Ambito Azzano Decimo	37	4,0
6.4 - Ambito Maniago	64	6,9
6.5 - Ambito Pordenone	119	12,9
DSM - A.S.S. N.5	275	29,8
Ddip - A.S.S. N.5	28	3,0
SIL	287	31,1
TOTALE	924	100,0

Fonte: Rapporto sociale regionale 2018

Tab. 7.15 – Inserimenti lavorativi per tipologia (v.a. 2017)

Ente Gestore	Tipologia	Specifica	6.1 - Ambito Sacile	6.2 - Ambito San Vito al T.	6.3 - Ambito Azzano Decimo	6.4 - Ambito Maniago	6.5 - Ambito Pordenone	DSM	D.dip	SIL	Totale	TOTALE FVG	% su Tot. FVG	
SSC/Comuni	Borse Lavoro SSC per svantaggiati		77	1	33	31	99				241	424	56,8	
	Borse Lavoro comunali per svantaggiati		0	19		33	0				52	303	17,2	
	Borse lavoro disagio e devianza (minori e infra 21enni) rif. DPR Reg 264/2008		13	1	4	0	8				26	56	46,4	
	Borse lavoro disagio e devianza (adulti) rif. DPR Reg 264/2008		1	2		0	12				15	31	48,4	
	Tirocini formativi e di orientamento ex D.P.Reg 166/2013 art.2 c.		0	0	0	0	0				0	16	0,0	
AAS N.5	Inserimenti lavorativi L.68/99 integrata LR 18/05	TFSSVCOM								56	56	245	22,9	
		TFSA								7	7	35	20,0	
	Strumenti SIL TFS e ISL LR 41/96 integrata LR 18/05	TFSCON									21	21	109	19,3
		TFSCOM									28	28	103	27,2
		ISL									175	175	531	33,0
	Strumenti DSM	LR 72/80 (Fondi ASS)							183			183	862	21,2
		Progetti di inserimento sociolavorativo su fondi FAP							92			92	92	100,0
Strumenti Dipartimento Dipendenze LR 57/82 (fondi ASS)	Alcologia								12		12	109	11,0	
	Tossicodip.								16		16	186	8,6	
Altri strumenti di inserimento											0	10	0,0	

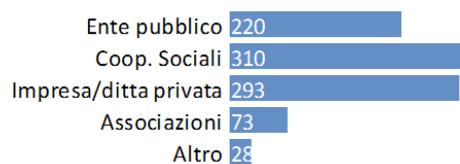
Fonte: Rapporto sociale regionale 2018

Tab. 7.16 – Spesa BL e spesa pro-utente per ente erogatore (2017)

Ente erogatore	Spesa totale	Spesa pro-utente
6.1 - Ambito Sacile	197.858,59	2.174,27
6.2 - Ambito San Vito al T.	63.703,33	2.769,71
6.3 - Ambito Azzano Decimo	77.905,00	2.105,54
6.4 - Ambito Maniago	128.965,00	2.015,08
6.5 - Ambito Pordenone	341.052,78	2.865,99
DSM - A.S.S. N.5	446.811,32	1.624,77
Ddip - A.S.S. N.5	37.164,88	1.327,32
SIL	753.815,90	2.626,54
Totale AAS 5	2.047.276,80	2.215,67
TOTALE FVG	6.881.288,58	2.211,21

Fonte: Rapporto sociale regionale 2018

Fig. 7.32 – BL per luogo di inserimento (2017)



7.6. La casistica adulta del SSC

L'utenza adulta del SSC

L'aumento dei fenomeni di precarietà economico-lavorativa e le ripercussioni sui nuclei familiari residenti ha individuato un aumento considerevole delle prese in carico dei SSC per adulti e famiglie. Nel solo triennio 2015-17 si registrano quasi 700 casi in più (+15,5%). Nel complesso quindi, l'utenza adulta sfiora il 50% dei casi in carico, anche se con incidenze differenziate a seconda dei contesti⁵⁷. Il 38,5% della casistica è cittadina straniera, con picchi nei contesti pordenonese e sacilese (sopra il 40%) e minima nel maniaghese.

Tab 7.17 – Utenza SSC 18-64 anni per ambito (2015-17) e var.

	2015	2016	2017	Var. Ass. 2015-17
Sacile	1.228	1.495	1.574	346
S. Vito al Tagliamento	836	889	934	98
Azzano Decimo	1.316	1.282	1.229	-87
Maniago	1.045	1.074	1.099	54
Pordenone	2.634	2.819	2.931	297
AAS5 Totale	7.044	7.530	7.738	694

Fig. 7.31 – percentuale adulti su totale casistica SSC per ambito e regione (2017)

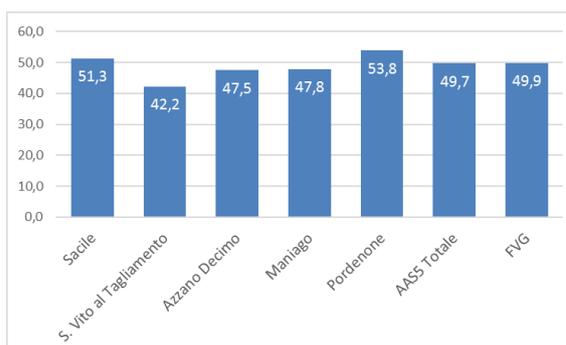


Fig. 7.32 – Variazione utenza adulta per ambito e regione (% 2015-17)

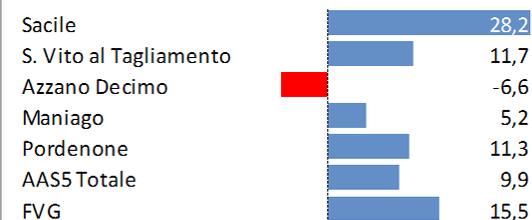
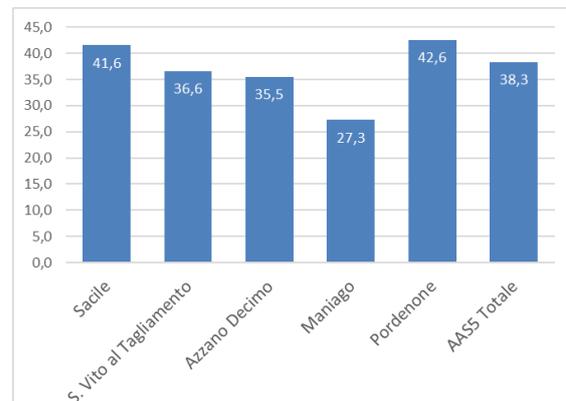


Fig. 7.33 – incidenza casistica straniera su totale utenza adulta SSC (2017)



Fonte: Rapporto sociale regionale

⁵⁷ L'utenza dell'ambito azzanese risulta sottostimata per problematiche legate alla registrazione del dato.

7.7. Infortuni e malattie professionali

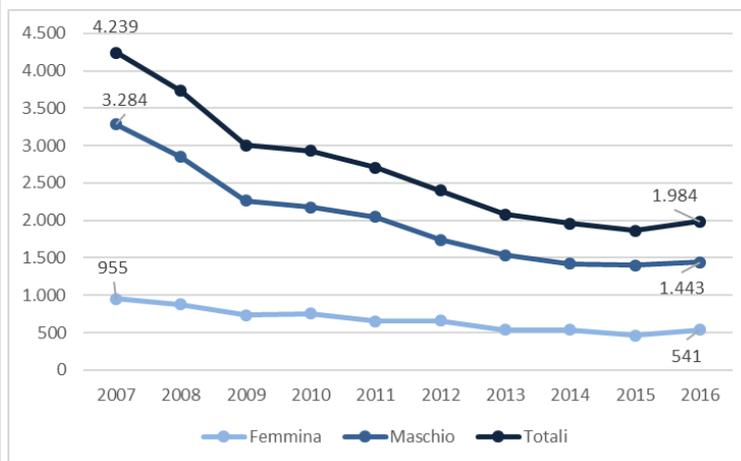
Gli infortuni in occasione di lavoro

Nel territorio dell'AAS 5 si assiste ad un calo sensibile degli infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente con una riduzione da 4.329 casi del 2007 a 1.984 nel 2016 (pur in lieve aumento rispetto all'anno precedente). Il 72% degli infortuni interessa lavoratori maschi, poco più di un quarto le lavoratrici. Tale calo si innesta in un contesto che vede l'area pordenonese quale contesto con un tasso standard di infortuni inferiore al resto della regione per tutto il periodo 2012-2016 (15,6 infortuni ogni 1.000 addetti nel 2016).

Circa 9 casi su 10 provengono dai settori industriali, manifatturiero ed artigianale, mentre rimangono residuali gli infortuni in agricoltura e nel settore pubblico. Al crescere dell'età cresce il numero degli infortuni, che raggiunge il picco tra i 40-44enni e si mantiene corposo fino alla coorte dei 50-54enni⁵⁸.

Per quanto concerne invece gli infortuni denunciati (3.690 nel 2016), il 12,1% ha avuto responso negativo e il 17,7% rientrava nei massimali di franchigia. Circa la metà degli infortuni denunciati (1.829) ha implicato un'indennità temporanea, per lo più ridotta entro i 20 giorni di assenza; il 9,7% dei casi ha invece subito postumi permanenti, anche questi, nel complesso, di lieve entità (il 95% degli esiti risulta inferiore al 16% di inabilità al lavoro).

Fig. 7.34 – Andamento Infortuni in occasione di lavoro, definiti positivamente, nel territorio dell'AAS 5 per genere (v.a. 2007-2016)



Tab. 7.18 – Tasso standardizzato di infortuni per provincia (2012-17)

	2012	2013	2014	2015	2016
Gorizia	22,56	19,95	18,95	20,98	23,82
Pordenone	17,56	16,92	16,73	15,38	15,56
Trieste	21,70	18,84	20,28	17,09	17,57
Udine	20,11	21,58	19,42	20,85	18,52

Tab. 7.19 - Andamento Infortuni in occasione di lavoro, definiti positivamente, per macro settore di attività (2012-2016)

	2012	2013	2014	2015	2016
Industria	2.168	1.878	1.763	1.650	1.783
Agricoltura	187	159	152	163	151
Stato	45	41	46	50	50
TOTALE	2.400	2.078	1.961	1.863	1.984

⁵⁸ Trattasi di un dato peraltro coerente con la distribuzione della popolazione in età lavorativa.

Fig. 7.35 – N. Infortuni in occasione di lavoro, definiti positivamente, per fascia d'età (2016, tot. = 1.984)

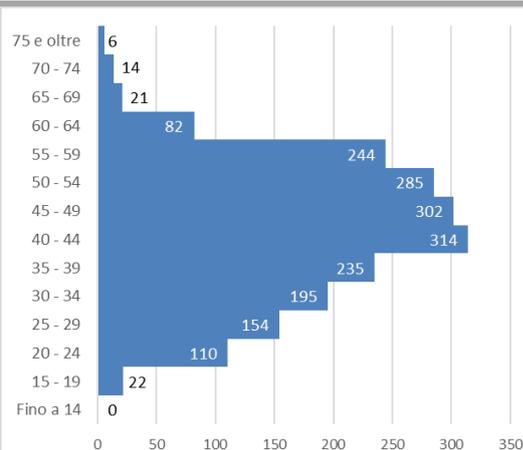
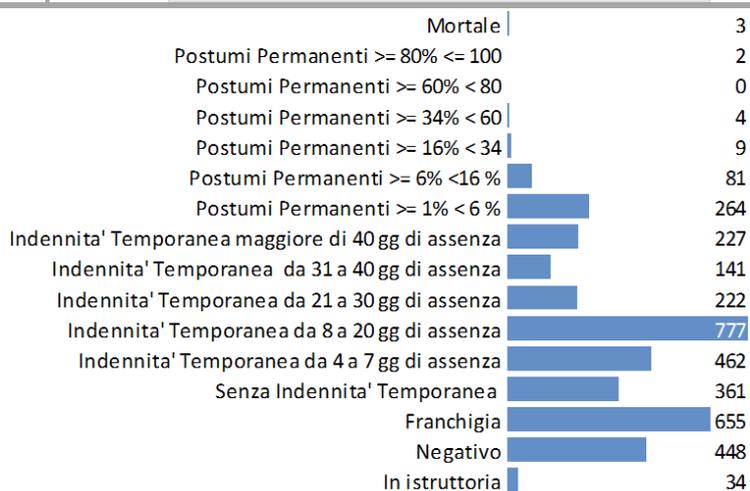


Fig. 7.36 – N. infortuni denunciati per tipologia di esito (2016, tot. 3.690)



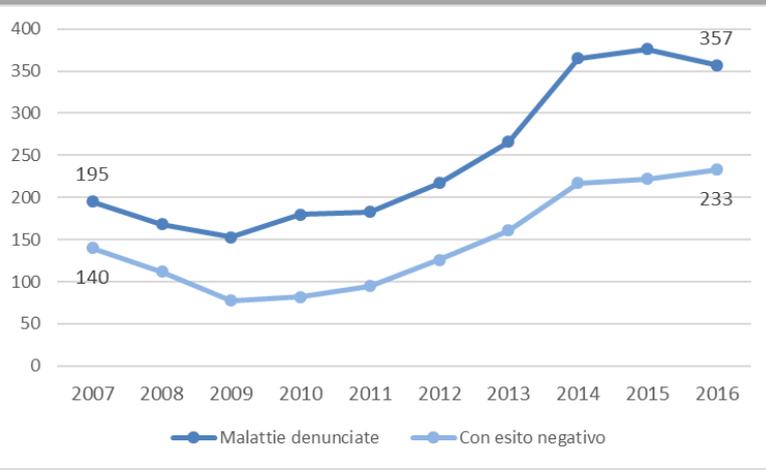
Fonte: INAIL

Malattie professionali

A differenza degli infortuni, il numero delle malattie professionali denunciate cresce, sebbene per la maggior parte abbiamo un responso negativo da parte di INAIL. Le due dimensioni variano in maniera armonica fino al 2013, in seguito le denunce tendono a calare. Nel 2016, delle 357 denunce, 233 hanno avuto esito negativo; le denunce con esito positivo non hanno generalmente carattere di temporaneità, bensì hanno portato al riconoscimento di un'inabilità permanente (109), nella maggioranza dei casi inferiore al 16%. Anche tra le malattie professionali del 2016 si devono annoverare dei casi con esito mortale.

Nel periodo 2014-2016 il 60% delle malattie riconosciute interessava l'apparato muscolo-scheletrico, seguite dalle neuropatie (19%) e dalle patologie dell'apparato uditivo (10%).

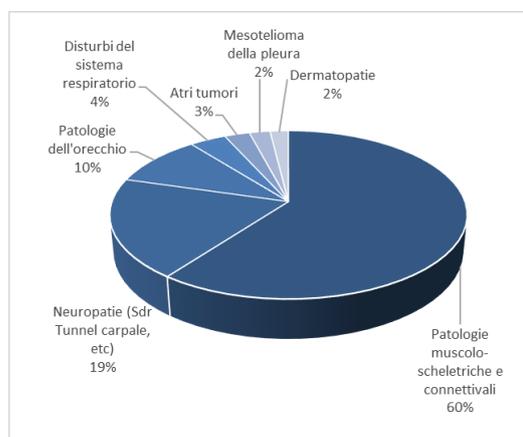
Fig. 7.37 – Andamento malattie denunciate e esiti negativi (2007-2016)



Tab. 7.20 – Malattie professionali denunciate per esito (2016)

Negativo	233
Temporanea	5
Postumi Permanenti $\geq 1\% < 6\%$	58
Postumi Permanenti $\geq 6\% < 16\%$	46
Postumi Permanenti $\geq 16\% < 34\%$	6
Postumi Permanenti $\geq 34\% < 60\%$	1
Postumi Permanenti $\geq 60\% < 80\%$	0
Postumi Permanenti $\geq 80\% \leq 100\%$	0
Mortale	3
In istruttoria	5

Fig. 7.38 – Tipologia di malattie professionali riconosciute (cum. 2013-2016)



Fonte: INAIL

8. Area anziani e non autosufficienze

In questo capitolo si cercherà di ricostruire le principali dimensioni d'azione dei Servizi, organizzandole secondo un'ipotetica filiera di intervento che parte dal domicilio e termina in struttura, passando attraverso varie forme di supporto, sia nei luoghi di vita che in centri semiresidenziali e residenziali.

8.1. Le Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per anziani

Utenza valutata e territorio

Nel corso del 2017 sono state effettuate 5.289 UVD per 3.744 anziani residenti, pari al 5% della popolazione di riferimento. Circa il 40% dei casi ha avuto più di una sessione valutativa nel corso dell'anno. La disaggregazione territoriale presenta variazioni anche significative, non completamente ascrivibili al bisogno territoriale quanto a pratiche differenziate nei vari contesti. In ogni caso, le sessioni UVD per anziani coprono in tutti i territori il 75% o più del totale.

Tab. 8.1 - N. UVD anziani per distretto, N. UVD e n. medio di UVD per utente (2017)

	Utenti	N. UVD	N. medio UVD pro-utente
EST	636	987	1,55
NORD	634	875	1,38
OVEST	691	913	1,32
SUD	894	1.282	1,43
URBANO	865	1.232	1,42
AAS N. 5	3.720	5.289	1,42

Tab. 8.2 – Utenti valutati in UVD ogni 1.000 abitanti over 65enni (2017)

EST	67,81
NORD	46,97
OVEST	48,28
SUD	69,54
URBANO	36,75
AAS n. 5	50,56

Fig. 8.1 – N. UVD per utenti over 65enni per distretto (v.a. 2015-2017)

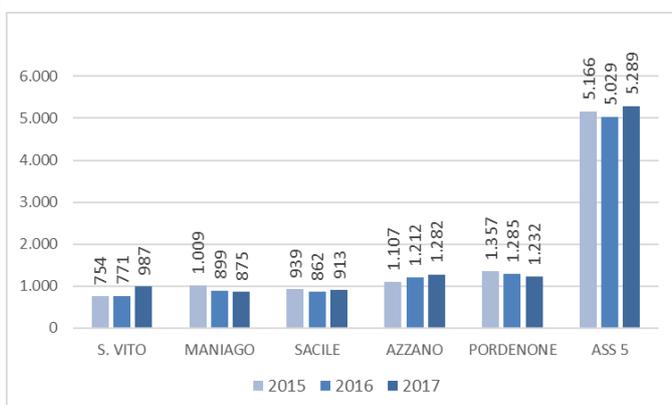
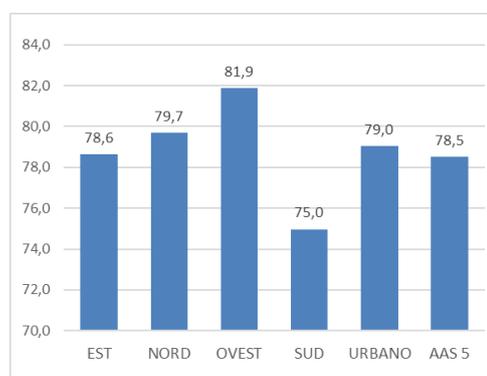


Fig. 8.2 – Incidenza UVD per anziani su totale UVD per distretto (2017)



Provenienza e Destinazione

L'analisi di provenienze e destinazioni evidenzia il peso delle dimissioni ospedaliere (più di un terzo delle provenienze), ma circa 1 UVD su 5 è convocata per persone non precedentemente in carico ai Servizi. Importante anche il peso degli invii da parte di servizi e misure per il supporto alla domiciliarità (30,2% in totale). Le prime due destinazioni (RSA e Case di riposo), che coprono circa il 45% del totale, evidenziano il carico sanitario e assistenziale della casistica, ma considerevole è anche il ricorso a forme di supporto domiciliare (servizi domiciliari e FAP).

Fig. 8.3 – UVD anziani per provenienza e destinazione (v.a. e % 2017)

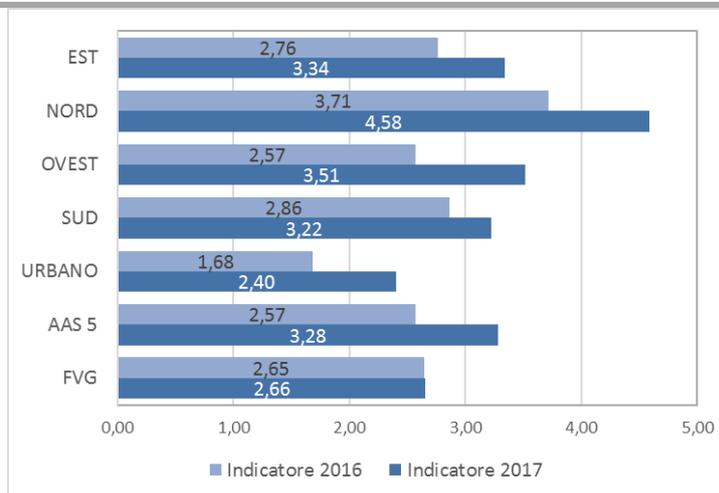
PROVENIENZA			DESTINAZIONE		
Totale complessivo	5.289	100,0	Totale complessivo	5.289	100,0
Ospedale	1.882	35,6	Ricoveri RSA	1.409	26,6
Nessun Servizio	1.053	19,9	Case di Riposo	931	17,6
Ass. Domiciliare Privata	587	11,1	Contributo per aiuto familiare	729	13,8
Contributo per aiuto familiare	455	8,6	Ass. Dom. Int. Intranitaria	654	12,4
Ricoveri RSA	355	6,7	Altro Servizio Sanitario	413	7,8
Ass. Dom. Int. Intranitaria	199	3,8	Assegno per autonomia	276	5,2
Assegno per autonomia	195	3,7	Ass.Dom.Integr.con cure palliative	237	4,5
Altro Servizio Sanitario	101	1,9	Serv. Ass. Dom. Semplice	179	3,4
Case di Riposo	98	1,9	Centro Diurno	151	2,9
Centro Diurno	98	1,9	Nessun Servizio	75	1,4
Serv. Ass. Dom. Socio-Ass.	89	1,7	Telesoccorso - Telecontrollo	66	1,2
Serv. Ass. Dom. Semplice	70	1,3	Ospedale	41	0,8
Altra provenienza	107	2,0	Altra destinazione	128	2,4

8.3. Servizi domiciliari per persone non autosufficienti

Indicatore sintetico dell'assistenza domiciliare

L'indicatore dell'assistenza domiciliare è una misura sintetica data dalla percentuale di anziani assistiti a domicilio (SID e SRD, vedi prossimi paragrafi) sul totale della popolazione anziana. Esso si riferisce a tutti gli utenti con piano assistenziale e un coefficiente di intensità assistenziale maggiore del valore-soglia di 0,14⁵⁹. Come si nota in figura 8.7, i valori registrati nei territori dell'AAS 5 risultano in crescita e superiori alla media regionale, fatta eccezione per il contesto urbano dove la presenza ospedaliera e di strutture per anziani non autosufficienti diminuiscono l'impatto dei servizi domiciliari. Si ricorda che l'obiettivo a tendere regionale è fissato su un valore del 3,8%.

Fig. 8.4 – Valore CIA per distretto, AAS 5 e regione FVG (2016-2018)



Fonte: SISR

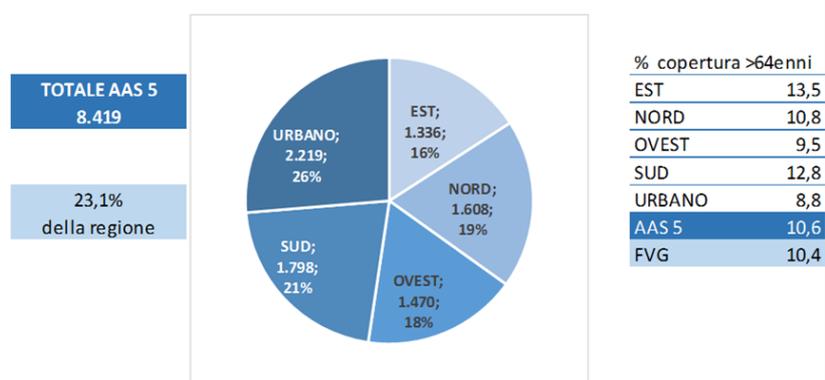
⁵⁹ Calcolo CIA: N. giorni con accessi SID e SRD/durata della presa in carico.

8.3.1. Il Servizio infermieristico domiciliare (SID)

L'utenza del SID

Nel corso del 2017, oltre 8.400 utenti hanno beneficiato del Servizio Infermieristico Domiciliare, con una copertura oscillante tra l'8,8% e il 13,5% degli anziani residenti (dato di area vasta: 10,6%). 4 utenti su 10 risultano in carico con Piano assistenziale (PA), a fronte del 50% regionale. Gli utenti anziani con PA rappresentano il 4,3% degli over 65 residenti.

Fig. 8.5 – Tot. Utenti SID per distretto e % di copertura sul totale degli anziani (2017)



% copertura >64enni	
EST	13,5
NORD	10,8
OVEST	9,5
SUD	12,8
URBANO	8,8
AAS 5	10,6
FVG	10,4

Tab. 8.3 - Utenti SID con Piano assistenziale per distretto (2016-2017)

	2016	2017	Var. Ass.	Var. %	% 2016	% 2017
EST	425	402	-23	-5,4	32,1	30,1
NORD	812	878	66	8,1	47,9	54,6
OVEST	589	618	29	4,9	40,1	42,0
SUD	688	658	-30	-4,4	38,7	36,6
URBANO	949	876	-73	-7,7	43,6	39,5
AAS 5	3.458	3.430	-28	-0,8	41,0	40,7
FVG	17.664	18.307	643	3,6	49,6	50,2

Fig. 8.6 - % Utenti SID anziani con piano assistenziale su popolazione > 64 (2016-17)



Fonte: SIASI

Gli accessi del SID

Gli 8.419 utenti seguiti nel 2017 hanno beneficiato di 125.647 accessi domiciliari, pari a circa 15 accessi pro-capite. Il dato tuttavia deve essere letto anche in funzione della presenza o meno del PA. Infatti, se l'utenza con PA rappresenta il 40% del totale, gli interventi attivati per questi pazienti coprono il 73% degli accessi, per una media di 26,7 accessi pro-capite. La numerosità maggiore si registra nel Distretto Nord, mentre i contesti urbani segnano i valori proporzionalmente inferiori.

Fig. 8.7 – N. accessi SID per Distretto (v.a. 2016-2017 e % 2017)

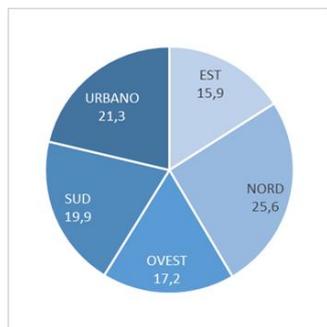
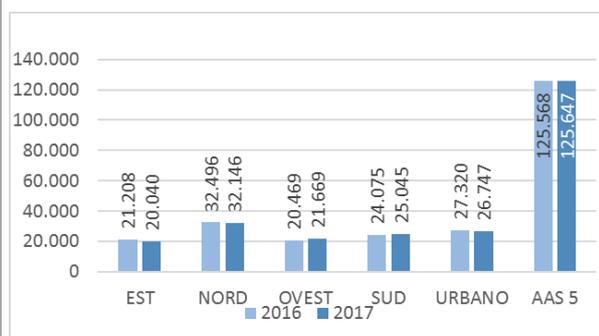
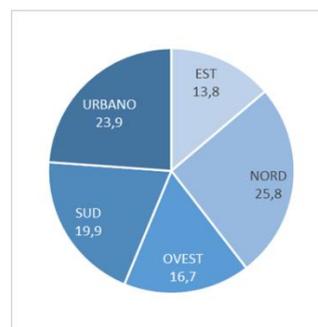
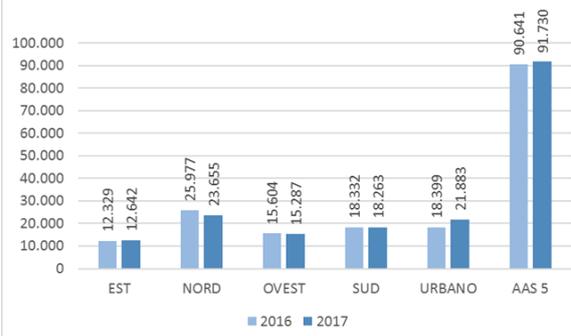


Fig. 8.8 - N. accessi SID per utenti con piano assistenziale per Distretto (v.a. 2016-2017 e % 2017)



Fonte: SIASI

Utenti in carico con cure palliative domiciliari

Poco più del 10% dell'utenza con PA risulta in carico per cure palliative domiciliari (387 persone). Considerata la specifica condizione di questo tipo di utenza, i coefficienti assistenziali tendono a concentrarsi su valori elevati. Questo appare più evidente nel contesto montano, nel Distretto Est e in quello Urbano.

Fig. 8.9 – Utenti ADI in carico con cure palliative per distretto (2017)

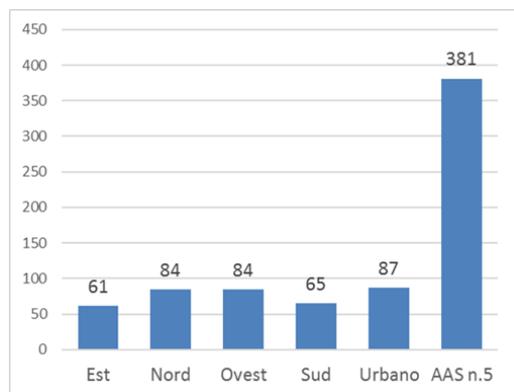
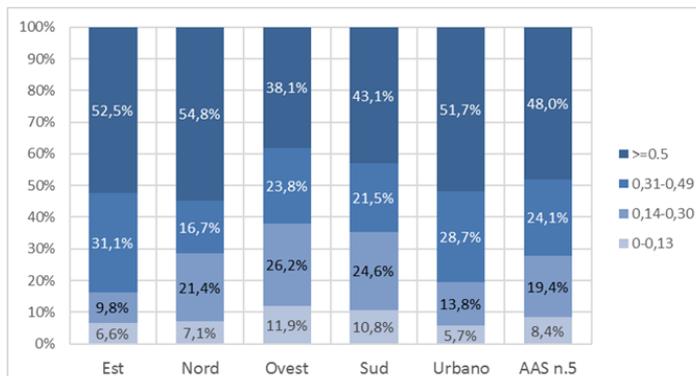


Fig. 8.10 - Scomposizione Utenti con cure palliative per valore CIA e distretto (2017)



8.3.2. Il Servizio Riabilitativo domiciliare (SRD)

Utenza del SRD

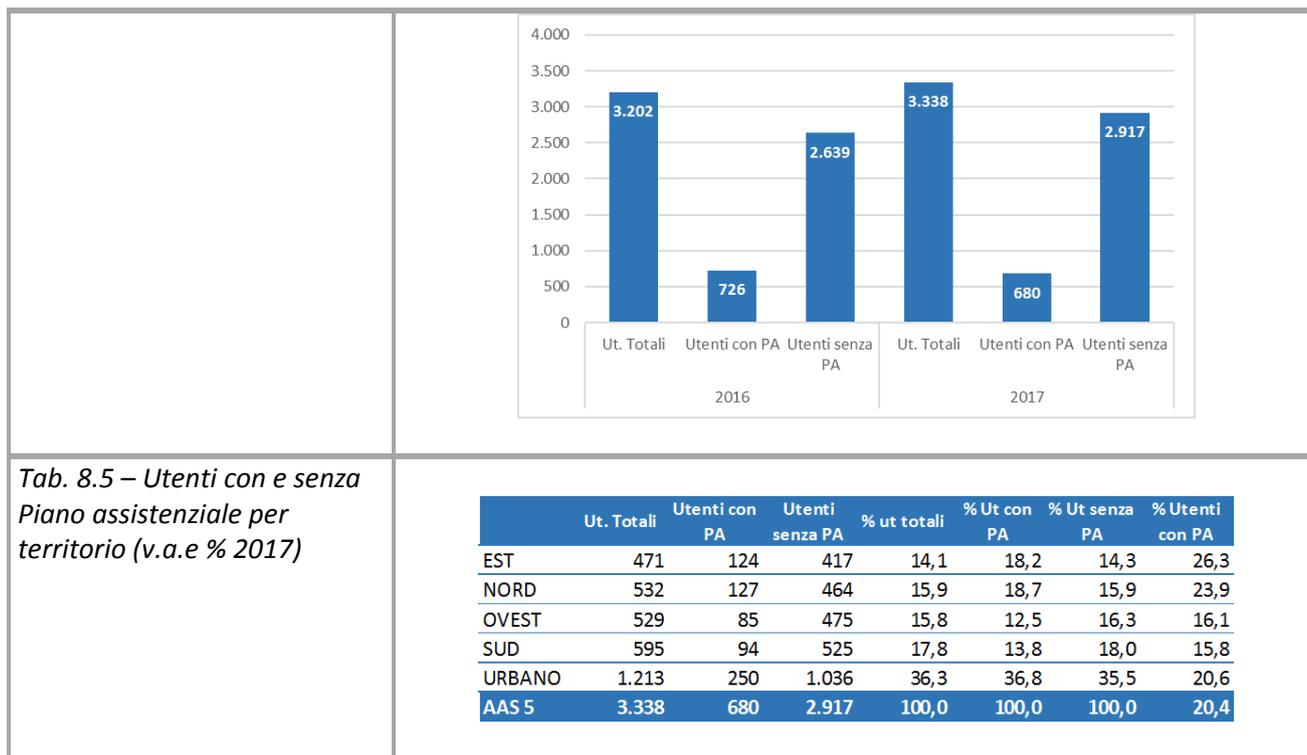
Su un totale di quasi 3.500 utenti seguiti dal SRD nel corso del 2017, il 59,7% presentava necessità riabilitative in forza di problematiche stabilizzate, circa un terzo in seguito a fenomeni acuti e intensivi, meno del 20% per problematiche transitorie. La quasi totalità degli interventi avviene a domicilio, minoritario il ricorso alle prestazioni ambulatoriali o in struttura.

L'utenza con PA supera di poco il 20%, oscillando dal 16% del Distretto Sud e Ovest e il 26,3% del Distretto Est.

Tab. 8.4 – Utenti SRD per luogo dell'intervento e tipologia riabilitativa (v.a. e % 2017)

	Intensiva	Stabilizzata	Transitoria	TOT	%
Domiciliare	1.046	1.972	586	3.338	95,4
Ambulatoriale	53	100	44	190	5,4
In Str. Anziani	3	5	0	8	0,2
In Str. Disabilità	15	20	0	34	1,0
Totale	1.090	2.087	614	3.498	100,0
%	31,2	59,7	17,6	100,0	

Fig. 8.11– Utenti SRD con e senza Piano assistenziale (2016-2017)



Tab. 8.5 – Utenti con e senza Piano assistenziale per territorio (v.a.e % 2017)

Territorio	Ut. Totali	Utenti con PA	Utenti senza PA	% ut totali	% Ut con PA	% Ut senza PA	% Utenti con PA
EST	471	124	417	14,1	18,2	14,3	26,3
NORD	532	127	464	15,9	18,7	15,9	23,9
OVEST	529	85	475	15,8	12,5	16,3	16,1
SUD	595	94	525	17,8	13,8	18,0	15,8
URBANO	1.213	250	1.036	36,3	36,8	35,5	20,6
AAS 5	3.338	680	2.917	100,0	100,0	100,0	20,4

Fonte: SIASI

Gli accessi del SRD

Nel corso del 2017, il SRD ha effettuato oltre 11.000 accessi, pari a 3,3 accessi per utente. La quota ascrivibile ai beneficiari con PA si assesta attorno al 52%, per un totale di 8,5 accessi pro capite. Rispetto a quanto visto in riferimento al SID, per questo servizio la componente con PA è inferiore, pur rimanendo comunque quella che racchiude la maggioranza degli interventi.

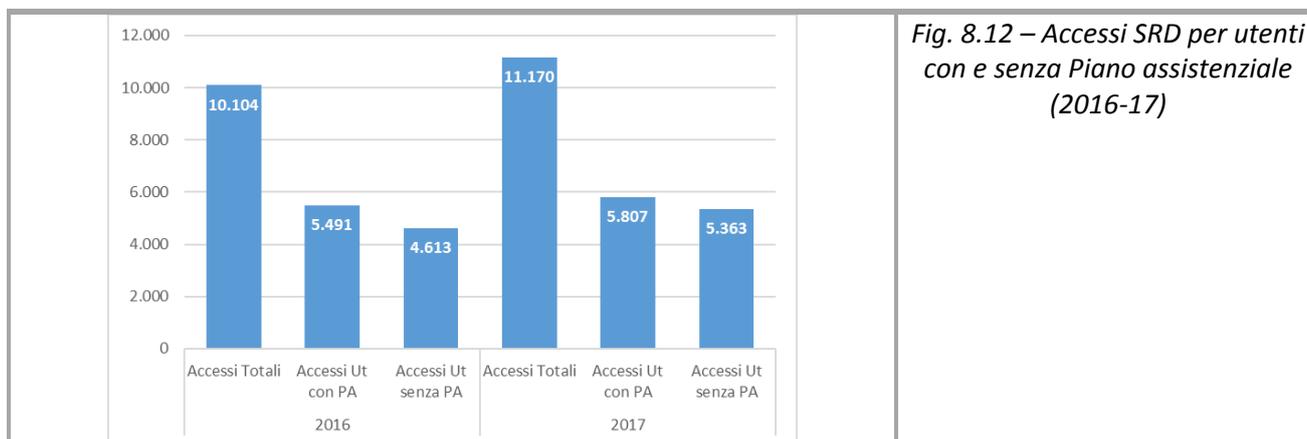


Fig. 8.12 – Accessi SRD per utenti con e senza Piano assistenziale (2016-17)

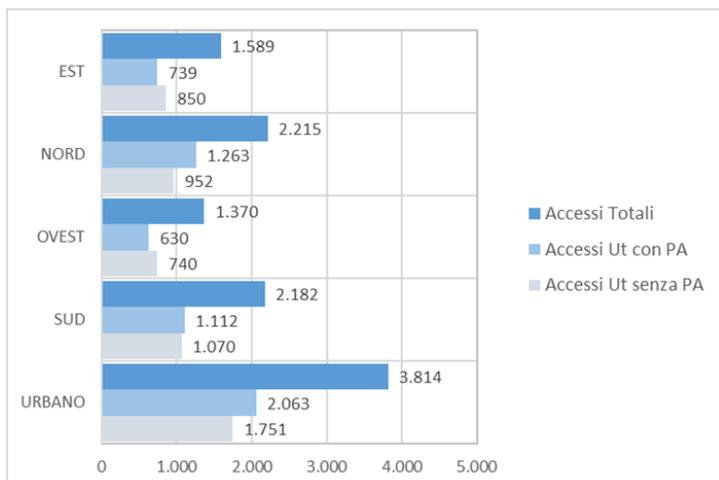


Fig. 8.13 e Tab. 8.5 - Accessi SRD per utenti con e senza Piano assistenziale per distretto (v.a. e % 2017)

	Accessi Totali	Accessi Ut con PA	Accessi Ut senza PA	% accessi totali	% accessi Ut con PA	% accessi Ut senza PA	% Accessi ut con PA su tot accessi
EST	1.589	739	850	14,2	12,7	15,8	46,5
NORD	2.215	1.263	952	19,8	21,7	17,8	57,0
OVEST	1.370	630	740	12,3	10,8	13,8	46,0
SUD	2.182	1.112	1.070	19,5	19,1	20,0	51,0
URBANO	3.814	2.063	1.751	34,1	35,5	32,6	54,1
AAS 5	11.170	5.807	5.363	100,0	100,0	100,0	52,0

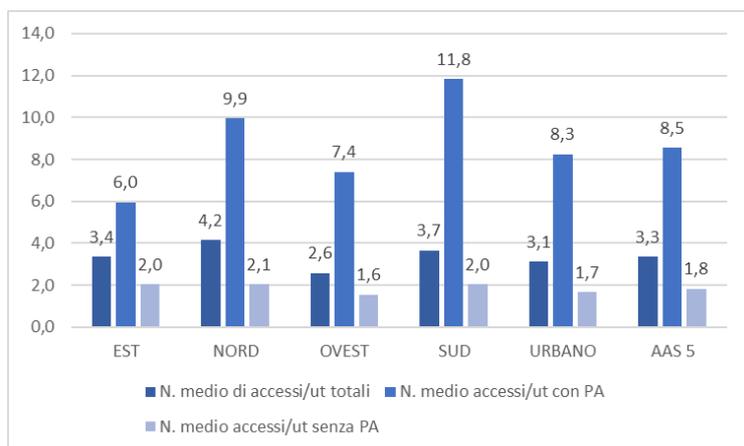


Fig. 8.14 – N. medio di accessi SRD per utenti con e senza Piano assistenziale per distretto (v.a. e % 2017)

Fonte: SIASI

8.3.3. Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), Integrata (ADI)

Utenti ADP e ADI

L'ADP consiste nell'accesso domiciliare dei MMG; laddove ciò avvenga con altre figure sanitarie (più comunemente infermieri), essa assume la definizione di ADI (assistenza domiciliare integrata). Per quanto riguarda la prima, nell'AAS 5 si concentra il 28,1% dell'utenza regionale (1.753 casi) e il 32,5% degli accessi (22.229), più ridotte le dimensioni dell'ADI, che annovera 395 utenti e 5.206 accessi. Pur in questa asimmetria d'utenza, nel 2017 il numero di accessi pro-capite dell'ADI ha superato quelli dell'ADP.

Tab 8.6 – Utenti e Accessi ADP e ADI per Azienda e rapporto utenti e accessi ADP/ADI (2017)

	ADP				ADI				A.P.D./A.D.I.	
	N. Utenti	N. Accessi	% Utenti	% Accessi	N. Utenti	N. Accessi	% Utenti	% Accessi	N. Utenti	N. Accessi
ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI	665	5.890	10,6	8,6	132	1.408	6,4	6,4	5,0	4,2
ASUI TRIESTE	960	7.724	15,4	11,2	225	1.621	11,0	7,4	4,3	4,8
ASUI UDINE	1.110	14.719	17,8	21,4	221	2.991	10,8	13,7	5,0	4,9
BASSA FRIULANA-ISONTINA	1.760	18.030	28,2	26,3	1.076	10.611	52,5	48,6	1,6	1,7
FRIULI OCCIDENTALE	1.753	22.299	28,1	32,5	395	5.206	19,3	23,8	4,4	4,3
REGIONE FVG	6.248	68.662	100,0	100,0	2.049	21.837	100,0	100,0	3,0	3,1

Fig. 8.15 – Utenti ADP e ADI (2015-2017)

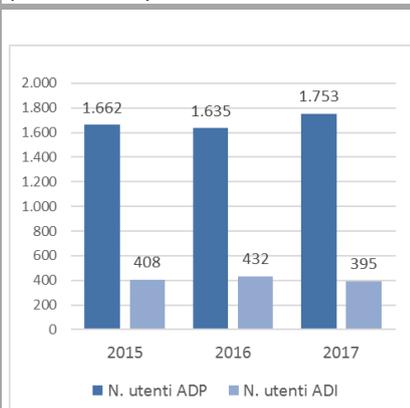


Fig. 8.16 – N. accessi ADP e ADI (2015-2017)

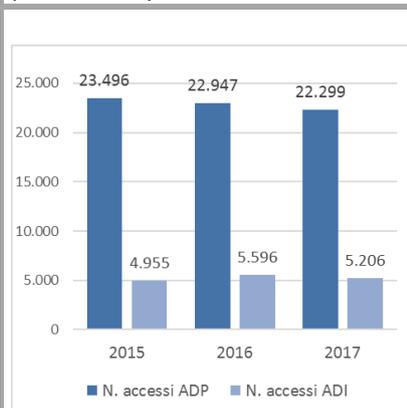
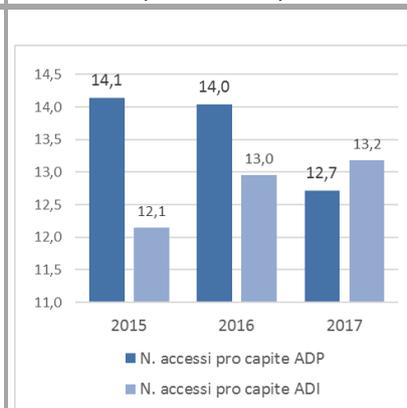
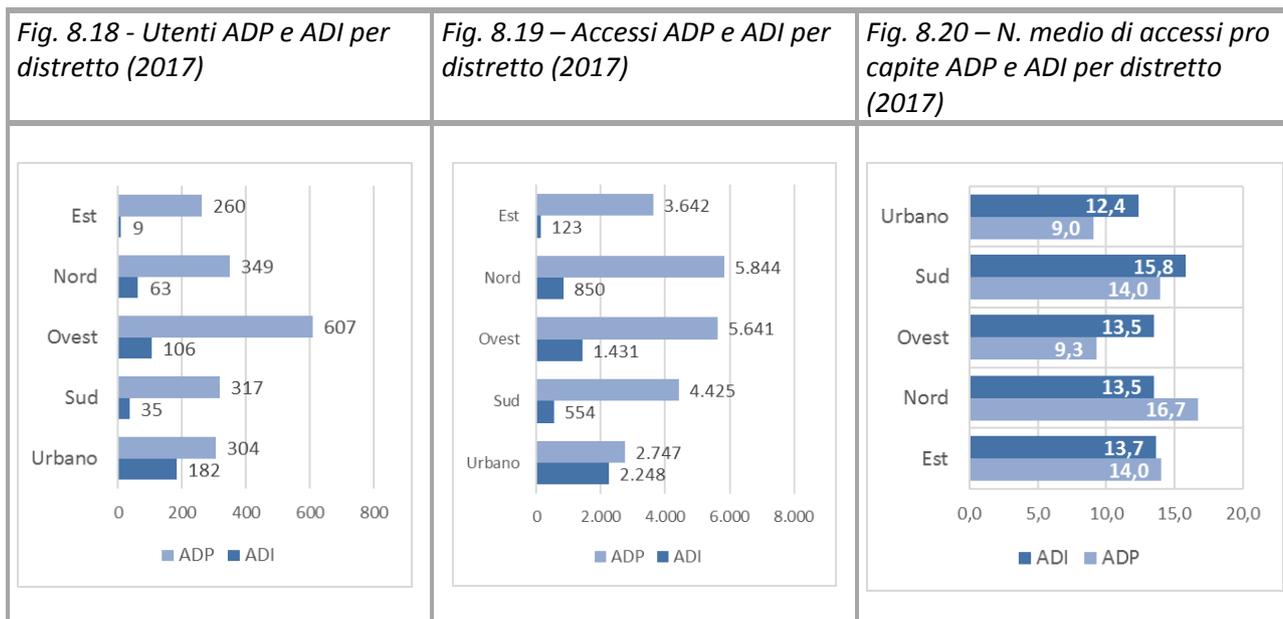


Fig. 8.17 – N. accessi pro capite ADP e ADI (2015-2017)



Fonte: SIASI



Fonte: SIASI

8.3.4. Il Servizio di Assistenza Domiciliare del SSC (SAD) e il Fondo Autonomia Possibile (FAP)

In questo paragrafo si riportano congiuntamente i dati del SAD e del FAP in quanto principali misure del SSC per la promozione della permanenza nei luoghi di vita. Il primo è uno strumento di offerta diretta di servizi, mentre il secondo (comunque inquadrato in una presa in carico) consiste in un'erogazione economica finalizzata a sostenere i caregiver familiari e le potenzialità residue dei beneficiari attraverso l'acquisto di beni e servizi.

L'utenza del SAD

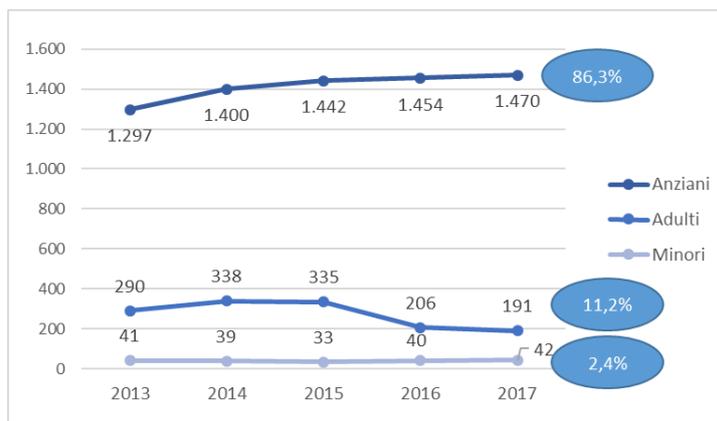
Nell'area vasta il numero di assistiti dal SAD cresce fino al 2015, per poi diminuire nel 2016 e stabilizzarsi nel 2017 stabilizzarsi e attestarsi sulle 1.703 unità. Oltre l'86% dei casi seguiti ha superato i 65 anni, categoria che segna aumenti modesti ma costanti nel periodo 2013-17. In calo invece gli adulti, mentre i minori si attestano sul 2,4% del totale, con un andamento stabile nel tempo.

Tab. 8.7 - Utenti SAD per SSC (2013-17)

	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 2013-17
Sacile	245	287	318	351	343	98
S. Vito al Tagliamento	161	200	197	162	178	17
Azzano Decimo	495	463	517	518	496	1
Maniago	363	385	359	276	291	-72
Pordenone	365	445	421	395	395	30
AAS5 Totale	1.628	1.777	1.810	1.700	1.703	75

Fonte: Rapporto sociale regionale 2018

Fig. 8.21 – Andamento utenti SAD nel pordenonese per fascia d'età (v.a. 2013-2017 e % 2017)



Fonte: Rapporto sociale regionale 2018

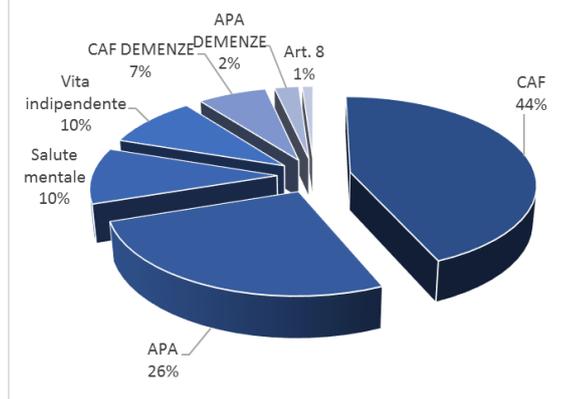
I beneficiari del FAP

Il Fondo Autonomia Possibile è una misura regionale a supporto dell'assistenza a domicilio di persone non autosufficienti e disabili, nonché per progetti di sostegno del DSM. Nel corso del 2017 ne hanno beneficiato 1.730 utenti, pari al 23,8% regionale. Il 46% ha beneficiato del Contributo finalizzato all'assunzione di assistenti familiari (CAF e CAF demenze), il 28% dell'Assegno per l'autonomia, orientato a supportare i caregivers familiari. Il filone della Vita Indipendente (SVI) e delle forme di sostegno ex art.8 riguardano più specificamente l'area delle disabilità in tutte le fasce d'età, e coprono l'11% del totale. Il 10% rimanente riguarda progetti per persone con problematiche di salute mentale.

Tab. 8.8 – N. beneficiari FAP per tipologia e SSC, % AAS 5 su totale FVG (2017)

Ambito	APA	APA DEMENZE	CAF	CAF DEMENZE	Salute mentale	Sostegno ad altre forme di emancipazione e di inserimento sociale (art.8)	Vita indipendente	Totale FAP
Sacile	75	5	238	10	37	5	35	399
S. Vito al Tagliamento	55	7	82	28	14	5	32	215
Azzano Decimo	72	5	153	16	30	2	41	309
Maniago	31	10	147	54	31	5	18	293
Pordenone	233	16	149	14	73	2	42	518
AAS 5 Totale	466	43	769	122	182	19	167	1.730
FVG	2.351	248	3.264	549	499	168	614	7.274
% AAS 5	19,8	17,3	23,6	22,2	36,5	11,3	27,2	23,8

Fig. 8.22 – Utenti beneficiari FAP per tipologia di misura (% 2017)



Fonte: Rapporto sociale regionale 2018

8.4. Strutture semiresidenziali e le residenze sanitarie assistenziali (RSA)

Centri diurni per anziani non autosufficienti

Nell'area vasta sono presenti 219 posti letto in strutture semiresidenziali per anziani nonautosufficienti che accolgono 250 utenti, per un totale di 25.421 giornate di presenza. La distribuzione dei posti letto rispetto alla popolazione si assesta sul 2,7, ma risultano vistosi i differenziali territoriali, con minimi nel contesto urbano (1,2) e Nord (1,6) e massimi nell'Ovest (4,1). Nel confronto tra il 2016 e il 2017 calano vistosamente le giornate con contributo al 100% (giornate intere con pasto), mentre aumenta il ricorso parziale (mezza giornata). Le prime rimangono tuttavia la soluzione preponderante.

Tab. 8.9 – Utenti, Posti letto e giornate di presenza per tipologia (2016-17), variazione 2016-17 e PL ogni 1.000 ab. (2017)

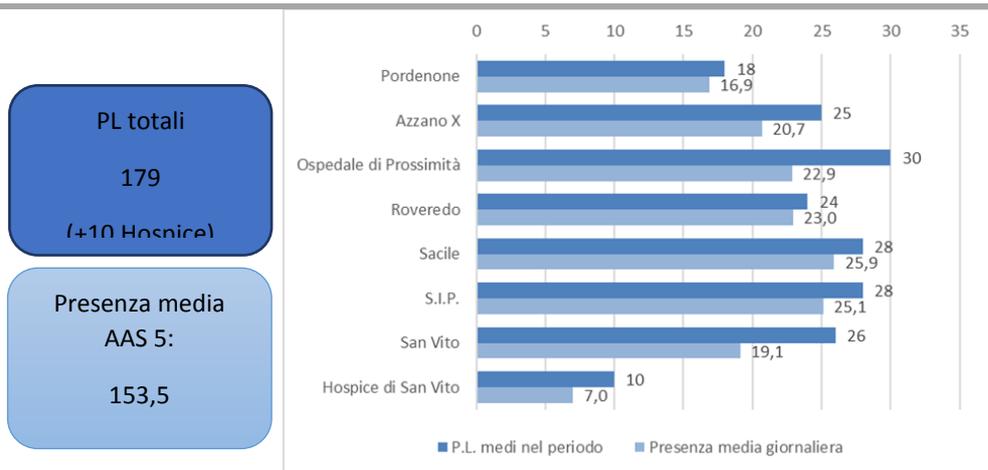
	2016	2017	2016/2017 VA	Posti ogni 1.000 ab.
Posti medi	188	219	31	2,7
Est	32	32	0	3,6
Nord	20	18	-2	1,6
Ovest	56	71	15	4,1
Sud	15	33	18	1,2
Urbano	65	65	0	2,9
Utenti	250	250	0	
GG con contributo 100%	25.841	22.448	-3.393	
GG con contributo 70%	1.340	2.973	1.633	
GG totali	27.181	25.421	-1.760	

Fonte: AAS 5/Genesys

Le Residenze Sanitarie Assistenziali

Il territorio dell'AAS 5 è dotato di 179 posti nelle Residenze sanitarie assistenziali, a cui si aggiungono 10 posti presso l'hospice di S.Vito. La presenza media si attesta nel 2017 sui 153 pazienti, pari ad un tasso di occupazione dell'85%. Valori particolarmente elevati si registrano nelle due strutture del Distretto urbano (Pordenone e Roveredo in Piano) e nel sacilese.

Fig. 8.24 - Posti letto e presenza media giornaliera nelle RSA dell'AAS 5 (2017)



PL totali
179
(+10 Hospice)

Presenza media AAS 5:
153,5

Tab. 8.10 – RSA: Indicatori principali per struttura (2017)

	Presenti inizio periodo	Ammessi	Dimessi	Deceduti	% occupazione media	Indice di turn-over	Indice di rotazione
Pordenone	18	197	191	8	93,68	2,11	10,94
Azzano X	20	305	301	4	82,81	5,14	12,20
Ospedale di Prossimità	26	419	405	13	76,29	6,20	13,97
Roveredo	24	252	245	7	95,66	1,51	10,50
Sacile	27	380	364	16	92,52	2,01	13,57
S.I.P.	28	479	346	135	89,67	2,20	17,11
San Vito	21	258	251	7	73,49	9,75	9,92
AAS5	164	2.290	2.103	190	85,77	4,06	12,79
Hospice di San Vito	7	287	88	200	69,86	3,83	28,70

Fonte: AAS 5

8.5. Strutture residenziali per anziani

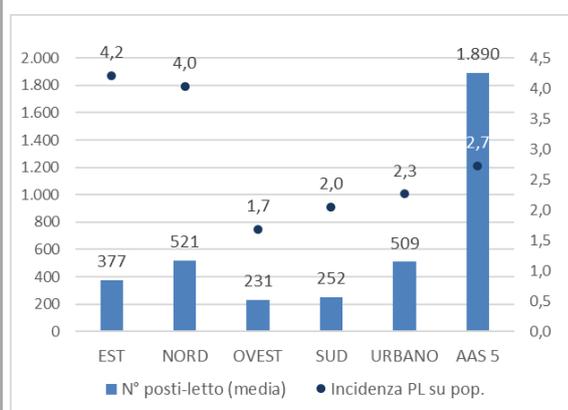
Presenze, lista d'attesa e profili di bisogno nelle strutture per anziani

Nell'area vasta pordenonese, al 2017, sono presenti 1.890 posti letto accreditati in 17 strutture⁶⁰, per una media di 2,7 PL ogni 100 over 65 residenti. La maggioranza dei posti si trova nel contesto montano, con un'incidenza del 4% sulla popolazione; ancora maggiore il dato del distretto Est, con 4,2 PL ogni 100 anziani. Molto inferiori i dati degli altri distretti, con un minimo di PL nel sacilese. In tutti i distretti si registra un tasso di occupazione superiore al 95%, massimo nel contesto urbano e azzanese.

I dati sulla lista d'attesa "certificano" una certa carenza di offerta, stante le 482 domande in sospeso, 192 delle quali hanno trovato collocazione in altre strutture rispetto a quella per cui è stata fatta domanda. La percentuale di copertura della lista si attesta dunque sul 39,8%, con picchi superiori al 40% nel contesto urbano e sacilese.

Quasi la metà delle giornate di assistenza è stato beneficiato da utenti di profilo B, con un carico assistenziale elevato, a cui si aggiunge un 12,2% di ospiti affetti da patologie comportamentali (Alzheimer e demenze). Il 7,5% si è rivolto a residenti con problematiche di elevata compromissione (Profili A).

Fig. 8.25 – Posti letto e incidenza % sulla popolazione > 65 anni per distretto (2017)



Tab. 8.11 - Giornate di occupazione e tasso di occupazione dei PL (2016-2017)

	2016		2017		2016-2017	
	gg occup pl	tasso occup posto-letto	gg occup pl	tasso occup posto-letto	gg occup pl	tasso occup posto-letto
Est	131.240	95,1	132.382	96,2	1.142	1,1
Nord	180.386	97,2	186.875	98,2	6.489	1,0
Ovest	82.316	97,4	67.238	95,8	-15.078	-1,5
Sud	91.858	99,6	91.594	99,6	-264	0,0
Urbano	182.979	98,7	183.865	99,0	886	0,3
AAS 5	668.779	97,5	661.954	97,9	-6.825	0,4

Fonte: AAS 5/Genesys

⁶⁰ All'inizio del periodo era inoltre attiva una struttura (Pra de plana), chiusa nel corso dell'anno. Da qui le flessioni negli indicatori del distretto Ovest

Map. 8.1 - Localizzazione delle case di riposo con indicazione dei posti letti (media 2017)

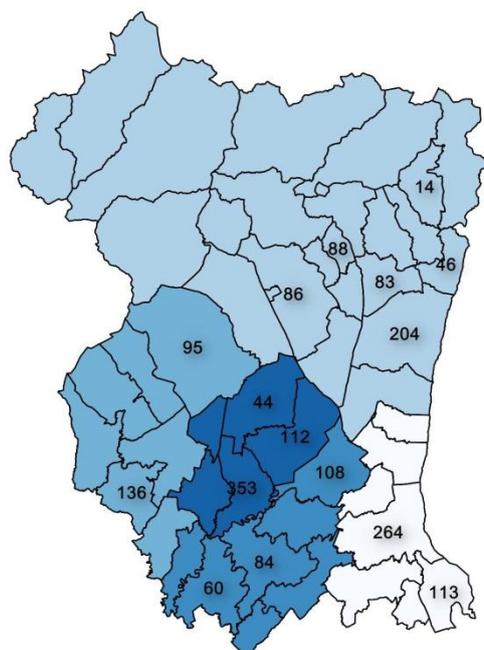


Fig. 8.26 - domande in lista d'attesa e inserimenti in altra struttura

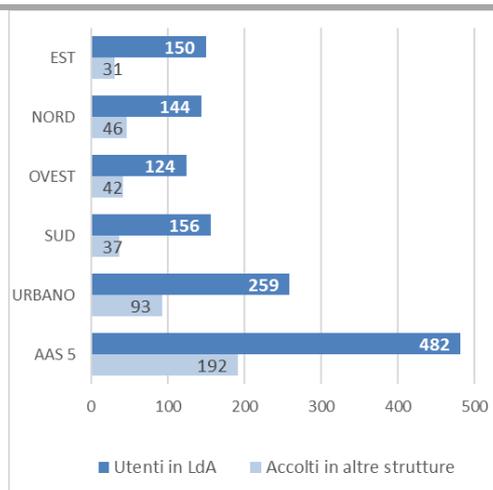
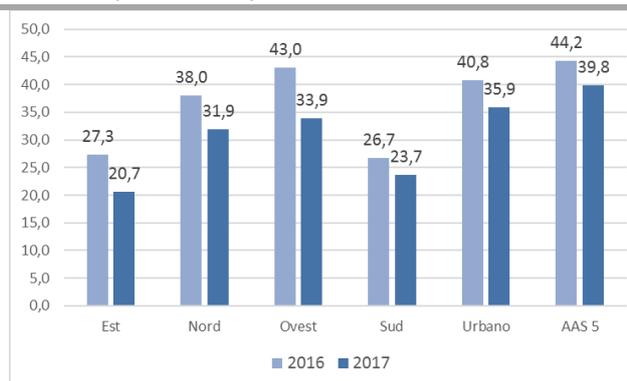


Fig. 8.27 - % di copertura della Lista d'attesa per distretto (2016-2017)



Tab. 8.12 –Giornate di presenza nelle strutture del pordenonese per Profilo di bisogno dell'ospite e tipologia di struttura (v.a e % 2017)

	Convenzionate		Non convenzionate		Totale	
	VA	%	VA	%	VA	%
Totale giornate di presenza (comprese giornate di assenza con conservazione posto letto)	137.392	100,0	8.693	100,0	146.085	100,0
A star	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A	10.913	7,9	0	0,0	10.913	7,5
B	71.852	52,3	13	0,1	71.865	49,2
B comp	17.791	12,9	0	0,0	17.791	12,2
C	23.744	17,3	755	8,7	24.499	16,8
E	8.832	6,4	160	1,8	8.992	6,2
N.R.	4.260	3,1	7.765	89,3	12.025	8,2

Fonte: AAS 5/Genesys

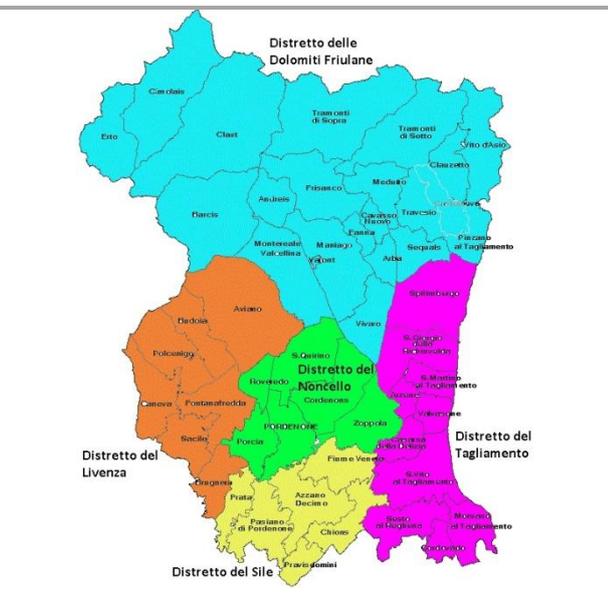
9. Articolazione distrettuale, MMG e PLS

I distretti sanitari.

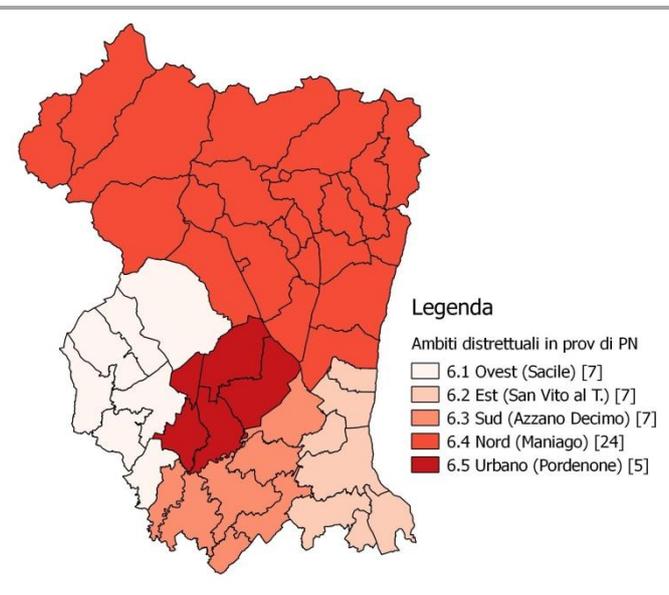
Dal punto di vista territoriale, l'AAS 5 si articola in 5 Distretti Sanitari (DS). Nelle cartine diamo conto delle recenti modifiche territoriali avvenute a seguito dell'istituzione delle UTI e dunque dei Servizi sociali dei Comuni (vedasi paragrafo successivo).

I DS si presentano fortemente disomogenei per estensione territoriale. Il Distretto Nord occupa oltre la metà della superficie di intervento dell'AAS5. Il Distretto Urbano, il più contenuto nelle dimensioni territoriali (occupa poco più dell'8% dell'intera superficie), è però quello con la maggior concentrazione di popolazione.

Map. 9.1 – L'articolazione territoriale dell'AAS 5 in distretti sanitari – assetto attuale



Map. 9.2 – L'articolazione territoriale dell'AAS 5 in distretti sanitari – assetto analizzato



Tab. 9.1 – Estensione territoriale dei distretti e numero di comuni (2017)

Distretto	Kmq	%	Comuni presenti
EST	214,23	9,42	7
NORD	1.268,18	55,73	24
OVEST	350,45	15,40	7
SUD	250,85	11,02	7
URBANO	191,70	8,42	5
Totale AAS5	2.275,41	100,00	50

Fonte: elaborazione su dati Amministrativi e Demostat

I medici di medicina generale (MMG) nel pordenonese

Nel territorio pordenonese, al 2017, operavano 201 Medici di Medicina Generale, con una media di 1.351 pazienti ciascuno e un massimo oltre i 1.500. il tasso di copertura risulta dell'87%, con variazioni territoriali comprese tra l'85 e quasi il 90%.

Tab. 9.2 – MMG per distretto, media assistiti, minimo e massimo (2017)

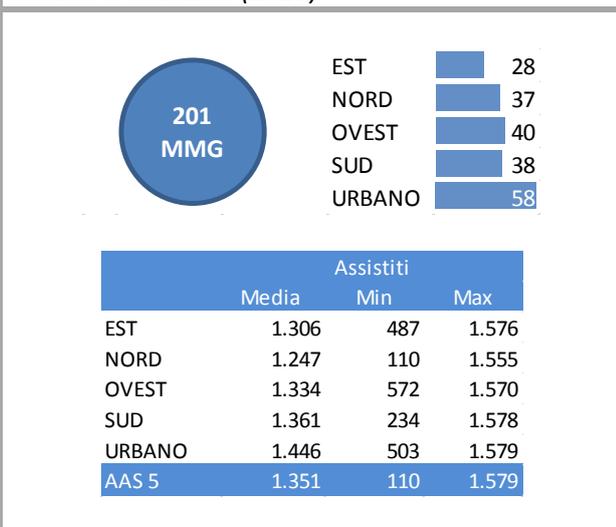
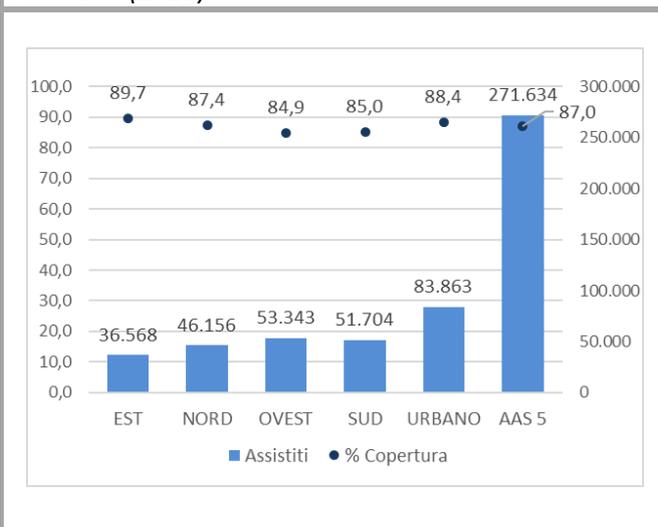


Fig. 9.1 – Assistiti e % di copertura sulla popolazione residente (2017)



Fonte: AAS 5

I pediatri di libera scelta (PLS) dell'area vasta

35 i Pediatri di libera scelta attivi nell'area vasta nel 2017, un terzo dei quali nel contesto urbano. La copertura risulta ridotta rispetto ai MMG, toccando il 84,6%⁶¹.

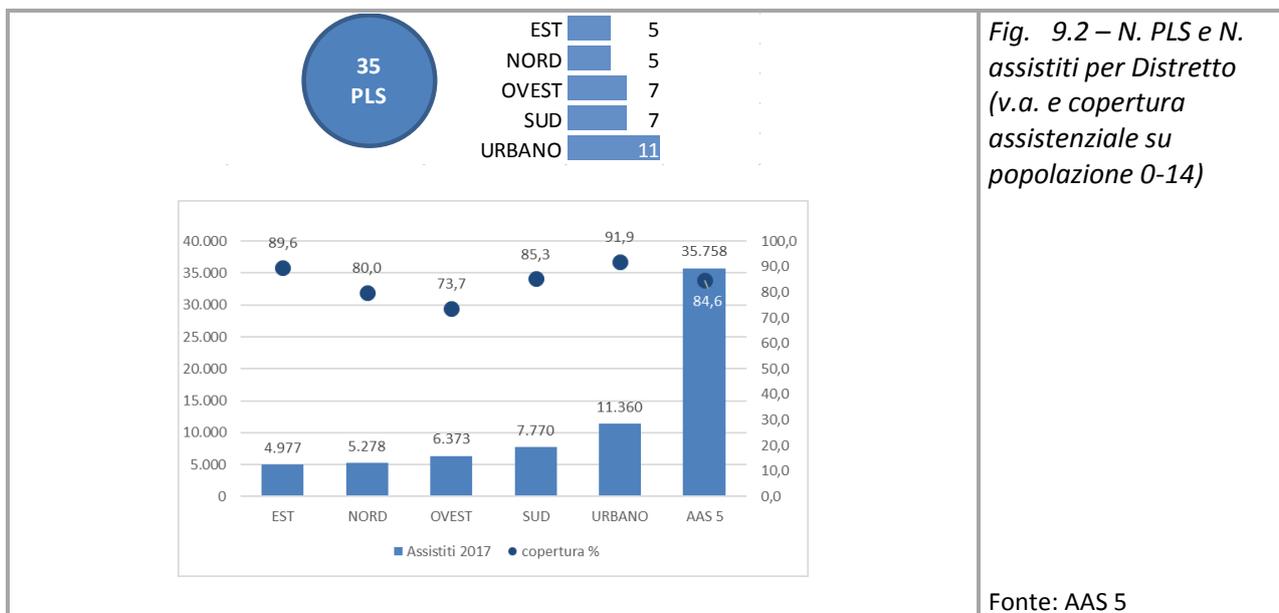


Fig. 9.2 – N. PLS e N. assistiti per Distretto (v.a. e copertura assistenziale su popolazione 0-14)

Fonte: AAS 5

⁶¹ Il dato d'utenza è parametrato sulla popolazione 0-14. È plausibile che molti pazienti si affidino al MMG prima del raggiungimento del limite di età, fenomeno che riduce l'incidenza degli assistiti dai PLS su popolazione.

Conclusioni e futuri sviluppi

SINTESI INTERPRETATIVA

L'intento analitico del profilo ha prodotto una raccolta enorme e variegata di informazioni e dati (nonostante molte siano le dimensioni ancora da esplorare e approfondire), che rende assai ardua una sintesi interpretativa generale. Sicuramente, le dimensioni analizzate coprono uno spazio quasi interstiziale, di solito trascurato sia dai rapporti sanitari, sia dai profili di comunità prodotti dai Servizi sociali. Inoltre l'analisi si è concentrata sull'offerta di servizi, non affrontando direttamente l'analisi dei bisogni.

Ci pare dunque più proficuo pensare il Profilo come un primo passo di un percorso in *progress* verso una maggiore comprensione dei variegati fenomeni emersi nella trattazione. Di seguito elenchiamo alcuni elementi riscontrati:

- Dopo anni di cali nelle principali variabili socioeconomiche territoriali, nel 2017 sembra essersi abbozzata un'inversione di tendenza (aumento lieve della popolazione e dell'occupazione, miglioramento della qualità della vita). Dal 2008 tuttavia si sono innestati cambiamenti demografici piuttosto repentini: l'invecchiamento della popolazione ha preso tratti più marcati, frutto dell'allungamento dei tempi di vita, ma anche di una considerevole contrazione delle fasce minorili e soprattutto giovanili, e pone all'attenzione il tema dei rapporti intergenerazionali; è inoltre profondamente mutata la situazione dei cittadini stranieri, per il concorso della contrazione e il cambiamento dei flussi in ingresso (risaliti nel solo 2017), l'aumento di quelli in uscita e le acquisizioni di cittadinanza. Si tratta quindi di una popolazione che, pur non variando sostanzialmente nella numerosità, si sta modificando nei suoi equilibri interni e nei movimenti con l'esterno. L'area vasta pordenonese si colloca comunque tra le aree a benessere elevato in Italia;
- Il contesto territoriale, pure presentando dimensioni ridotte, risulta tuttavia piuttosto differenziato, disomogeneo, articolato. Ciò vale sia a livello territoriale (specificità socioeconomiche), che politico-istituzionale: le recenti riforme istituzionali hanno innestato processi trasformativi tuttora in atto, che vedono il territorio frammentato e in evoluzione;
- Anche l'offerta sociosanitaria appare piuttosto differenziata tra i diversi distretti, ma è apparso chiaro⁶² che la disomogeneità è data in buona parte dalle pratiche organizzative e dalla mancanza diversa registrazione delle prestazioni, più che da una effettiva diversità della domanda (e dunque dei bisogni sociosanitari); ciò ha in parte complicato il processo di analisi e, in ogni caso, riflette una disomogeneità territoriale rispetto all'uniformità di erogazione delle prestazioni, principi cardine tanto del sistema sanitario nazionale che del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- Provando a cogliere alcuni trend emersi, risulta in crescita l'utenza per alcune tipologie di prestazioni: nell'area materno infantile sono aumentate le Unità di Valutazione, la casistica seguita dai Consulenti familiari, i minori in carico alla Neuropsichiatria e al Dipartimento delle Dipendenze (con un ampliamento delle diverse tipologie di dipendenza); nell'area adulti sono aumentati gli

⁶² Il dato è convalidato dai risultati dei Focus group condotti.

utenti dei Servizi in Delega (LR 41/96) e le persone in carico al Dipartimento delle Dipendenze; nell'area della non autosufficienza crescono le unità di valutazione e i servizi domiciliari. Per altre prestazioni, l'utenza risulta invece in calo, in particolare gli utenti sia minorenni che adulti del DSM, a fronte tuttavia di un aumento del periodo di presa in carico media e del numero degli interventi e delle attività territoriali (*proxy* dell'aumentato carico e complessità dei casi); nell'area anziani, si evidenzia il persistere di una distribuzione non omogenea e apparentemente non allineata dei posti letto nelle strutture residenziali per anziani (vedi lista d'attesa e relativa copertura);

- L'elevata numerosità delle fonti solleva il tema dell'integrazione dell'informazione tra Enti e attori territoriali diversi, nonché della circolazione dell'informazione stessa. Da questo punto di vista il panorama appare frastagliato, con relative ripercussioni in termini di potenziale conoscitivo dei fenomeni in atto nel territorio.

INDICAZIONI PER FUTURI SVILUPPI

Ci pare quindi lecito individuare alcune indicazioni sui futuri sviluppi:

- continuare nell'esplorazione della multidimensionalità dei fenomeni sociosanitari e nella ricerca della loro inter-settorialità, ampliando lo spettro d'analisi (si pensi agli interessanti e recenti sviluppi dell'epidemiologia sociale⁶³);
- cogliere i cambiamenti; emergono temi nuovi o, se già consolidati, frutto di recenti trasformazioni che richiedono di essere approfonditi e sviluppati ulteriormente sia sul versante del bisogno (nuove dipendenze, non autosufficienza, disabilità, diverse forme di povertà), sia su quello delle risorse (agricoltura sociale, amministrazione di sostegno, nuove forme di volontariato, ecc.);
- implementare i processi avviati di miglioramento della qualità del dato aziendale, raggiungibile attraverso innanzitutto un confronto sulle pratiche organizzative di erogazione degli interventi, l'armonizzazione delle pratiche di registrazione del dato, lo sviluppo dell'inter-operabilità dei sistemi, senza dimenticare di promuovere un confronto continuo con gli operatori sui risultati emersi;
- sia in termini di informazione alla cittadinanza che in quelli del policy-making e dello sviluppo territoriale, appare necessario compiere decisi passi avanti nell'accessibilità dei dati (sia interni che esterni), perseguendo e promuovendo l'obiettivo della circolazione dell'informazione e degli open data, driver di sviluppo per un territorio;
- potrebbe risultare proficuo disporre di un punto di osservazione dei fenomeni sociosanitari stabile a livello di area vasta in grado di connettere la multidimensionalità e inter-settorialità che i Servizi stanno sempre più marcatamente assumendo;
- perseguire nell'attività di networking da parte dell'AAS5, in grado di intercettare la reticolarità dell'agire degli attori in campo e perseguendo una governance territoriale delle politiche sociosanitarie (oggi limitata), non separata dalle altre policies territoriali (ambientali, economiche, del lavoro, dell'abitare, ecc.).

⁶³ Cfr. C. A. Redi, M. Monti, GENOMICA SOCIALE. Coma la vita quotidiana può modificare il nostro DNA. Carocci editore, 2018; C. A. Redi, M. Monti (a cura di), UGUAGLIANZA – DISUGUAGLIANZA. EQUITA' = SALUTE. Cellule e genomi – XIV corso. Pavia, Collegio Ghisleri, 2016.