

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

**Conferenza  
Territoriale Sociale  
Sanitaria**



## **Salute e benessere nella provincia di Ferrara**

*Profilo di comunità*

**Giugno 2008**



**Piani per la Salute a Ferrara**

## **Profilo di salute-benessere della provincia di Ferrara**

### **Progettazione**

Maria Caterina Sateriale

### **Autori**

Aldo De Togni, Dipartimento di Sanità Pubblica, M.O. Epidemiologia

Elena Forini, Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna

Franco Mosca, Osservatorio provinciale sull'immigrazione

Paolo Pasetti, Dipartimento di Sanità Pubblica, M.O. Epidemiologia

Sonia Quintavalle, U.O. Piani per la Salute

Maria Caterina Sateriale, U.O. Piani per la Salute

### **Coordinamento**

Paolo Pasetti

### **Gruppo consulente Profilo**

*Ufficio di Piano Distretto Centro Nord*

Loredana Bondi, Roberto Cassoli, Patrizio Fergnani,  
Guido Gozzi, Stefania Mattioli, Sabina Tassinari

*Ufficio di Piano Distretto Sud Est*

Alessandra Avanzi, Cristina Crestani, Massimo  
Forlani, Dolores Torselli

*Ufficio di Piano Distretto Ovest*

Roberta Sarti, Gabriella Santilli

*Provincia di Ferrara*

Nadia Benasciutti, Barbara Celati

*Forum Terzo Settore*

Daniele Lugli

*Ufficio Supporto alla Conferenza  
Territoriale Sociale Sanitaria*

Paola Castagnotto

*Azienda Usl di Ferrara*

Chiara Benvenuti, Sandro Guerra, Valerio  
Parmeggiani

### **Si ringraziano per la preziosa collaborazione**

Monica Borghi (Centro Donna Giustizia), Barbara Celati (Provincia di Ferrara), Marcello Cellini (Azienda Usl di Ferrara), Patrizia Conforti (Azienda Usl di Ferrara), Francesco Colaiacovo (Associazione Famiglie Affidatarie), Marco Cenacchi (ACER), Alessandra Galletti (Azienda Usl di Ferrara), Michele Greco (Azienda Usl di Ferrara), Ivano Guidetti (Comune di Ferrara), Salvatore Minisci (Azienda Usl di Ferrara), Lorenzo Morelli (Provincia di Ferrara), Cinzia Pagnoni (Azienda Servizi alla Persona di Ferrara), Anna Maria Quarzi (Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara), Mariateresa Bussolari (Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza, RER), Deborah Forghieri (Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza, RER), Simona Massaro (Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza, RER)

Le elaborazione statistiche dei microdati sono state curate da Paolo Pasetti.

Editing: Erika Borin, U.O. Piani per la Salute

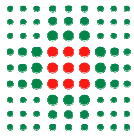
Copia della pubblicazione può essere richiesta a:

Borin Erika

Tel. 0532/235286

Email: ferrarainpiano@ausl.fe.it

In copertina: Francesco del Cossa, Aprile (part.), 1469. Ferrara, Palazzo Schifanoia, Salone dei Mesi



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

**Conferenza  
Territoriale Sociale  
Sanitaria**

## **Salute e benessere nella provincia di Ferrara**

*Profilo di comunità*

**Giugno 2008**

## Presentazione

Il "Profilo di Comunità" è parte integrante dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento, documento di programmazione in materia sociale e sanitaria che fissa gli indirizzi e le priorità che il sistema provinciale si darà per i prossimi tre anni.

Questa centralità è ovvia, in quanto la programmazione non può prescindere dalla conoscenza della comunità.

La Conferenza Sociale e Sanitaria di Ferrara ha voluto che questo "profilo" rappresentasse, pur nel rispetto delle sue finalità, uno strumento originale e autonomo, con l'ambizione non di giustificare scelte già in atto, ma – semmai – di offrire una chiave per innovare, mettere in discussione, rielaborare il nostro welfare locale.

Anche il nostro territorio, infatti, si trova a dover fronteggiare sia una radicale trasformazione sociale che la stringente esigenza di rendere "economicamente sostenibile" l'insieme dei servizi pubblici.

Di fronte a bisogni che cambiano velocemente e a risorse "finite", non possiamo certo lasciare che il livello dei servizi si deteriori, né possiamo restringere la varietà delle risposte, diventando selettivi.

Ciò che possiamo – e dobbiamo – fare è allargare lo sguardo, cogliere gli aspetti positivi delle trasformazioni in atto, individuare per tempo tutti i fattori di rischio già presenti ma non ancora affrontati, guardare con attenzione alle persone che compongono la nostra società provinciale.

La vita media si è allungata, sono cambiate profondamente le condizioni di disabilità, si modifica l'incidenza delle malattie, la natalità continua ad essere bassa, in parte compensata dai bimbi che nascono nelle famiglie straniere, la cui presenza rende più "europea" la composizione della nostra società ma evidenzia lacune importanti nei nostri servizi.

Inoltre, esistono differenze notevoli tra gruppi di popolazione a seconda del lavoro che svolgono, alle condizioni ambientali e abitative, agli stili di vita, al livello di istruzione, al reddito.

Si acuisce la differenza tra chi può godere del sostegno di una famiglia e di una rete di relazioni solida, e chi è solo (anziani ma anche bambini e ragazzi, il cui disagio abbiamo voluto indagare con particolare attenzione); ma le stesse relazioni familiari, e di coppia, nascondono spesso una fragilità che paradossalmente aumenta la solitudine delle persone, o addirittura alimenta il rifiuto, l'abbandono, la violenza.

La fotografia che nel "profilo" si è cercato di fare di tutto questo può servire a organizzare meglio i servizi sociali e sanitari?

Pensiamo di sì, perché quei servizi dovrebbero sostenere il benessere e lo stato di salute delle persone, mentre molti dei fenomeni che sono stati evidenziati lo minano, lo minacciano.

Ma ci piace pensare che questo "profilo" possa rappresentare uno strumento in grado di stimolare riflessioni anche in altri ambiti. I problemi delle persone non si possono risolvere con misure isolate: servono azioni articolate e complesse. La condizione delle giovani generazioni e delle donne che in parte viene rilevata da questo lavoro, ad esempio, mettono bene in evidenza come una risposta adeguata non si esaurisca con misure "sociali" o "sanitarie", ma chiami in causa l'intero spettro delle politiche pubbliche.

Per questo pensiamo di offrire, con questo "Profilo", un elaborato destinato ad un utilizzo ampio, in grado di accompagnare le riflessioni necessarie a far crescere il nostro territorio.

*Pier Giorgio Dall'Acqua*

Presidente della Provincia di Ferrara

Presidente della Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria

## Introduzione

Il "**Profilo di Comunità**" predisposto nell'ambito della elaborazione dell' "**Atto di indirizzo e coordinamento**" di cui è titolare la "Conferenza Territoriale sociale e sanitaria" nei termini previsti dalla recente normativa regionale non rappresenta, per la Provincia di Ferrara, una novità assoluta.

Anzi, si colloca in un percorso di continuità già avviato autonomamente dalla ASL territoriale alcuni anni fa e che aveva portato alla elaborazione di un "**profilo di salute**" ricco di dati originariamente tratti da indagini effettuate sul campo e di spunti interpretativi di natura epidemiologica.

L'attuale "**profilo di comunità**" ne rappresenta, quindi, la evoluzione, oltre che la conferma, sulla base di due elementi innovativi:

- la introduzione, nella analisi della "salute e benessere nella provincia di Ferrara", di alcuni, ulteriori campi di indagine alla ricerca di correlazioni nuove fra fattori di rischio e condizioni di approccio alla salute e alla malattia da essi dipendenti (rapporto fra ambiente domestico; lavoro; istruzione... e stato di salute/malattia);
- la necessità di utilizzare, nella predisposizione del "profilo di comunità" una serie di indicatori "standard" preordinati in sede regionale allo scopo di consentire una lettura comparativa, da Piacenza a Rimini, dei vari "profili" provinciali. Nel caso specifico di Ferrara, tali indicatori, in parte si sovrappongono e, in parte si aggiungono a quelli già impiegati nelle precedenti elaborazioni.

Dando una occhiata ad una prima sintesi tratta dal ponderoso studio complessivo che compone il "profilo di comunità" si possono già esprimere alcune valutazioni di merito circa la sua fruibilità:

a) si evidenzia in modo oggettivo (indici di misurazione) un insieme di particolarità espresse dalla popolazione ferrarese, sia nel suo insieme provinciale, sia nella disarticolazione dei tre Distretti (Centro-Nord; Sud-Est e Ovest) che ne compongono il territorio.

Emergono con evidenza, allora, taluni aspetti che sottolineano la diversità, di certo non positiva, della condizione e dei comportamenti della popolazione residente rispetto a parametri di confronto omogenei su base sia regionale che, talvolta, nazionale. Scopriamo, pertanto, che:

- esistono attendibili misurazioni della prevalenza di alcune patologie (dal diabete, alla ipertensione, alla insufficienza respiratoria cronica, alle malattie autoimmuni, alla talassemia ...) che colpiscono i cittadini ferraresi più di quanto non accada ai cittadini di altre province della Regione Emilia Romagna. E non a caso si registra, in questo quadro globalmente negativo, una predominanza di tali fenomeni nell'area del delta piuttosto che nel centese.

Illuminante, al riguardo, la percentuale di adulti invalidi al 100%; invalidi parziali e percettori di "indennità di accompagnamento" che oscillano fra l'11,96% del Sud-est e il 10,95% del Comune di Ferrara.

Così come è di una evidenza palmare il confronto fra l'esenzione ticket per patologia nei tre Distretti (326,7 per 1000 abitanti nel Centro Nord contro i 277,7 dell'Ovest e i 344,7 del Sud-est) e fra la media provinciale (321,6) e quella regionale (211,7);

- alla prevalenza del dato patologico fanno da contrappunto condizioni di vita (indicatori socio-economici) relativamente più basse.

La maggiore precarietà dello stato di salute si accompagna ad un reddito mediamente più basso; a più elevati indici di disoccupazione; a più modesti livelli di istruzione.

E questi generano maggiori consumi di prestazioni sanitarie con particolare riferimento a quelle ospedaliere.

Dati, questi, che confermano i risultati di numerosi studi internazionali sulle disuguaglianze in sanità e che danno conto della propensione da parte delle popolazioni che presentano tali caratteri, all'iper consumo, frequentemente inappropriato, di svariate tipologie di prestazioni assistenziali;

- infine, gli "stili di vita". Dal confronto con la restante popolazione emiliano-romagnola emerge come quella ferrarese tenda a sviluppare comportamenti più a rischio per la salute in rapporto:

- ad una bassa propensione alla attività motoria (una media del 45% di sedentari ferraresi contro un 27% di emiliano-romagnoli);
- ad una condizione di sovrappeso e obesità (50% VS 42%);
- alla patologia ipertensiva (25% VS 22%)

Correlando gli "stili di vita" alla probabilità (tratta dalla letteratura scientifica) del manifestarsi di varie patologie (tumori; cardiopatie; etc..) il "profilo" traccia scenari da cui si comprende quale potrebbe essere, in termini di riduzione sia della morbosità sia della mortalità, l'esito del miglioramento degli "stili di vita" considerati. Riduzione che avrebbe effetti benefici anche sull'andamento della spesa sanitaria.

- b) Il "Profilo di Comunità" ci descrive, inoltre, il quadro demografico della provincia ferrarese. Di particolare interesse, per le conseguenze negative che determina in rapporto ai criteri di finanziamento della ASL Territoriale (attraverso la quota capitarla pesata), l'allargamento della forbice tra il tasso di crescita della popolazione ferrarese e quello relativo alla popolazione Emiliano Romagnola.

Alla diminuzione costante del peso specifico della prima rispetto alla seconda corrisponde, infatti, un relativo, minore finanziamento da cui non deriva, peraltro, automaticamente, la contrazione, della "offerta", soprattutto di servizi territoriali, su di un territorio a bassa densità demografica quale è quello, in particolare, di tutto il Sud-Est ferrarese (Area del delta del Po).

- c) Infine, il "Profilo di Comunità" non rappresenta solamente un ottimo studio illustrativo della realtà, ma è anche la premessa conoscitiva per la elaborazione dei successivi contenuti della programmazione locale.

E ciò su due versanti:

- quello più peculiarmente sanitario (consumi; epidemiologia; stili di vita; etc..) da cui si traggono spunti orientativi sia verso interventi volti a contenere la domanda e a rimodulare l'"offerta" sia verso la previsione di nuove attività capaci di incidere sui fattori maggiormente responsabili di alcuni degli aspetti negativi posti in evidenza.

Ciò, ad esempio, per quanto concerne il grande sforzo che l'ASL sta per promuovere al fine di contrastare – attraverso un programma articolato e incisivo, di "attività motorie" – le conseguenze, infauste: della sedentarietà (e quindi, della obesità); di alcune tipologie croniche (il diabete e l'ipertensione); della comparsa della non autonomia nella popolazione anziana fragile (> 75 anni).

- quello più squisitamente sociale, le cui coordinate di intervento derivano dalle analisi relative alla "condizione abitativa"; alla "qualità della vita nella popolazione disabile"; allo "status" assistenziale della popolazione straniera immigrata; ai "livelli di istruzione e di dispersione scolastica"; alla "problematicità della condizione minorile e delle famiglie".

Da ciascuno di questi ambiti, si traggono indicazioni relative a come non solo i servizi sociali dei Comuni, ma anche altri, loro assessorati ed altre amministrazioni pubbliche (la scuola, ad esempio) possono progettare azioni mirate a condizionare quei fattori socio-culturali e quelle sacche di bisogno assistenziale che influiscono positivamente – se adeguatamente stimolate e affrontate – sui consumi sanitari, sulla appropriatezza, sulla qualità della vita, sulla integrazione comunitaria, sulla modificazione degli "stili di vita".

E', ad esempio, illuminante, al riguardo, ciò che il "profilo" ci dice in merito ai livelli di istruzione. Argomenta, infatti, come nella famiglia tradizionale la penalizzazione del genere femminile nel campo della istruzione abbia effetto non solo sulla salute della persona, ma anche sullo stile di vita del nucleo familiare (alimentazione; fumo; alcool; etc..) e soprattutto sui suoi componenti più dipendenti dal "prendersi cura" femminile, come i minori, i disabili, gli anziani.

*Dott. Fosco Foglietta*  
Direttore Generale AzUSL di Ferrara

## **INDICE**

<b>Dominio 1: Quadro socio-demografico della provincia di Ferrara .....</b>	<b>9</b>
<b>Dominio 2: Gli stili di vita e i comportamenti a rischio.....</b>	<b>27</b>
<b>Dominio 3: Lavoro e salute.....</b>	<b>53</b>
<b>Dominio 4: La situazione abitativa in provincia di Ferrara .....</b>	<b>77</b>
<b>Dominio 5: Qualità della vita e disabilità .....</b>	<b>93</b>
<b>Dominio 6: Salute e condizioni di vita della popolazione straniera .....</b>	<b>113</b>
<b>Dominio 7: I livelli di istruzione e la dispersione scolastica.....</b>	<b>149</b>
<b>Dominio 8: Minori e famiglie problematiche .....</b>	<b>162</b>





## Dominio 1: Quadro socio-demografico della provincia di Ferrara

### 1.1 La popolazione ferrarese nell'ultimo ventennio

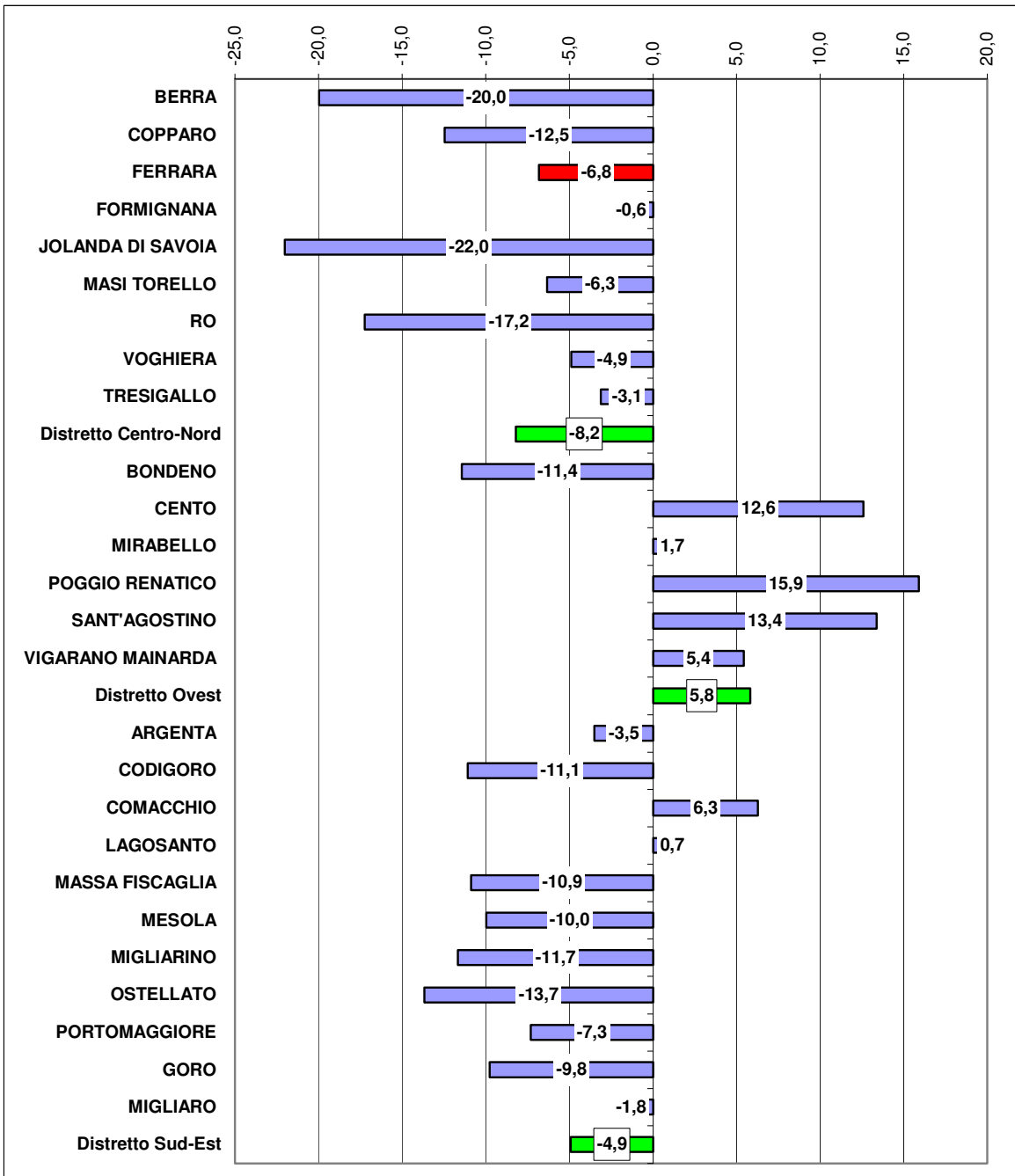
Nei venti anni trascorsi tra il 1987 e il 2006, come si evince dalla tabella 1.1, la popolazione residente in provincia di Ferrara è passata dai 370.324 residenti del 1987 ai 353.304 del 31 dicembre 2006, con un decremento di circa 17mila abitanti, il 4,6% in termini percentuali. Questo decremento a livello provinciale non è stato assolutamente omogeneo nei distretti sanitari, per i quali si è invece assistito a comportamenti di segno opposto. Il Distretto Ovest, infatti, contrariamente al resto della provincia, ha visto un aumento del numero dei suoi abitanti, di oltre 4mila unità, con un incremento percentuale del 5,8%.

Il Distretto Centro-Nord, all'opposto, ha visto una riduzione assai marcata della sua popolazione, di quasi 16mila abitanti, pari a un decremento percentuale dell'8,2%. Anche il Distretto Sud-Est ha visto diminuire la sua popolazione, con un tasso di decremento allineato sulla media provinciale. Alcuni comuni, in particolare dell'area copparese, hanno visto un decremento molto marcato, si può parlare in questi casi di vero e proprio spopolamento: i casi più clamorosi sono Jolanda di Savoia (-22%), Berra (-20%) e Ro (-17,2%).

**Tabella 1.1: La popolazione della provincia di Ferrara nell'ultimo ventennio (dal 1987 al 2006)**

Comune di residenza	31.12.1987	Censimento 1991	31.12.1996	31.12.2006	Differenza % 1987-2006
BERRA	6.957	6.611	6.270	5.568	-20,0
COPPARO	20.117	19.273	18.766	17.611	-12,5
<b>FERRARA</b>	<b>142.970</b>	<b>138.015</b>	<b>134.241</b>	<b>133.214</b>	<b>-6,8</b>
FORMIGNANA	2.882	2.906	2.882	2.865	-0,6
JOLANDA DI SAVOIA	4.092	3.895	3.690	3.191	-22,0
MASI TORELLO	2.508	2.430	2.411	2.349	-6,3
RO	4.296	4.164	4.052	3.555	-17,2
VOGHIERA	4.134	4.088	4.051	3.932	-4,9
TRESIGALLO	4.812	4.829	4.791	4.662	-3,1
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>192.768</b>	<b>186.211</b>	<b>181.154</b>	<b>176.947</b>	<b>-8,2</b>
BONDENO	17.442	16.945	16.421	15.448	-11,4
CENTO	29.219	29.033	29.195	32.902	12,6
MIRABELLO	3.369	3.481	3.431	3.427	1,7
POGGIO RENATICO	7.447	7.383	7.386	8.631	15,9
SANT'AGOSTINO	5.918	5.900	5.993	6.710	13,4
VIGARANO	6.548	6.610	6.499	6.904	5,4
<b>Distretto Ovest</b>	<b>69.943</b>	<b>69.352</b>	<b>68.925</b>	<b>74.022</b>	<b>5,8</b>
ARGENTA	23.069	22.529	22.009	22.262	-3,5
CODIGORO	14.351	13.895	13.523	12.760	-11,1
COMACCHIO	21.408	21.179	21.722	22.751	6,3
LAGOSANTO	4.534	4.387	4.463	4.565	0,7
MASSA FISCAGLIA	4.236	4.168	3.985	3.775	-10,9
MESOLA	8.086	7.963	7.760	7.280	-10,0
MIGLIARINO	4.211	4.029	3.879	3.720	-11,7
OSTELLATO	7.702	7.488	7.260	6.649	-13,7
PORTOMAGGIORE	13.199	12.741	12.365	12.233	-7,3
GORO	4.431	4.410	4.291	3.998	-9,8
MIGLIARO	2.386	2.411	2.388	2.342	-1,8
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>107.613</b>	<b>105.200</b>	<b>103.645</b>	<b>102.335</b>	<b>-4,9</b>
<b>Provincia</b>	<b>370.324</b>	<b>360.763</b>	<b>353.724</b>	<b>353.304</b>	<b>-4,6</b>

**Grafico 1.1: Incrementi e decrementi (%) di popolazione nei comuni e nei distretti sanitari della provincia di Ferrara, dal 1987 al 2006**



La popolazione del solo comune capoluogo è diminuita di quasi 10mila unità, del 6,8% in termini percentuali. All'opposto, gli incrementi più spettacolari di popolazione, tutti all'interno del Distretto Ovest, si sono avuti nei comuni di Poggio Renatico (+15,9%) e Sant'Agostino (+13,4%).

**Tabella 1.2: La struttura per età in regione**

	0-14	15-39	40-64	>65 anni	TOTALE	Indice di vecchiaia	% anziani (>65)
PIACENZA	33.586	81.268	95.441	68.071	278.366	202,7	24,5
PARMA	51.474	129.283	141.892	97.407	420.056	189,2	23,2
REGGIO EMILIA	72.514	163.198	164.743	101.074	501.529	139,4	20,2
MODENA	91.408	209.694	228.600	140.397	670.099	153,6	21,0
BOLOGNA	116.295	277.145	332.832	228.410	954.682	196,4	23,9
FERRARA	35.922	98.847	128.117	90.418	353.304	251,7	25,6
RAVENNA	44.856	108.913	128.852	90.825	373.446	202,5	24,3
FORLI'-CESENA	47.928	116.785	128.746	84.534	377.993	176,4	22,4
RIMINI	39.654	92.987	101.282	60.187	294.110	151,8	20,5
<b>Regione</b>	<b>533.637</b>	<b>1.278.120</b>	<b>1.450.505</b>	<b>961.323</b>	<b>4.223.585</b>	<b>180,1</b>	<b>22,8</b>

Nel contesto regionale, la provincia di Ferrara è senza alcun dubbio la più anziana.

La percentuale sul totale di persone anziane (>65 anni) è pari al 25,6%, a fronte di una media regionale del 22,8%.

L'indice di vecchiaia, cioè il rapporto tra ultra-sessantacinquenni e persone fino a 14 anni di età (X100) è di gran lunga il più alto in regione, ed è pari a 251,7 (vi sono 252 anziani ogni 100 giovani sotto i 15 anni).

**Tabella 1.3: Struttura per età nei distretti sanitari**

	0-14	15-39	40-64	>65	Totale	0-14	15-39	40-64	>65	Indice di vecchiaia
	Valori assoluti					(% )				(%)
Distretto Centro-Nord	16.786	47.431	65.247	47.483	176.947	9,5	26,8	36,9	26,8	282,9
Distretto Ovest	8.982	22.391	25.766	16.883	74.022	12,1	30,2	34,8	22,8	188,0
Distretto Sud-Est	10.154	29.025	37.104	26.052	102.335	9,9	28,4	36,3	25,5	256,6
<b>Provincia</b>	<b>35.922</b>	<b>98.847</b>	<b>128.117</b>	<b>90.418</b>	<b>353.304</b>	<b>10,2</b>	<b>28,0</b>	<b>36,3</b>	<b>25,6</b>	<b>251,7</b>

In un contesto regionale in cui la provincia di Ferrara rappresenta il territorio con la maggiore concentrazione di popolazione anziana, all'interno della provincia la struttura per età, pur mantenendo su tutto il territorio una sostanziale preponderanza delle età più anziane, è tutt'altro che omogenea.

In particolare, è il Distretto Ovest a differenziarsi fortemente dagli altri due distretti sanitari, con un indice di vecchiaia di 188 (contro il 251,7 a livello provinciale) e una percentuale di popolazione anziana pari ad "appena" il 22,8%.

L'indicatore più interessante risulta essere in questo caso proprio l'indice di vecchiaia, il cui valore piuttosto basso (relativamente al resto della provincia) sta a significare che in tempi recenti vi è stato un notevole apporto alla popolazione delle generazioni più giovani (il denominatore dell'indice), il che ha fatto in modo di abbassare l'indice anche se permane una quota piuttosto elevata di anziani.

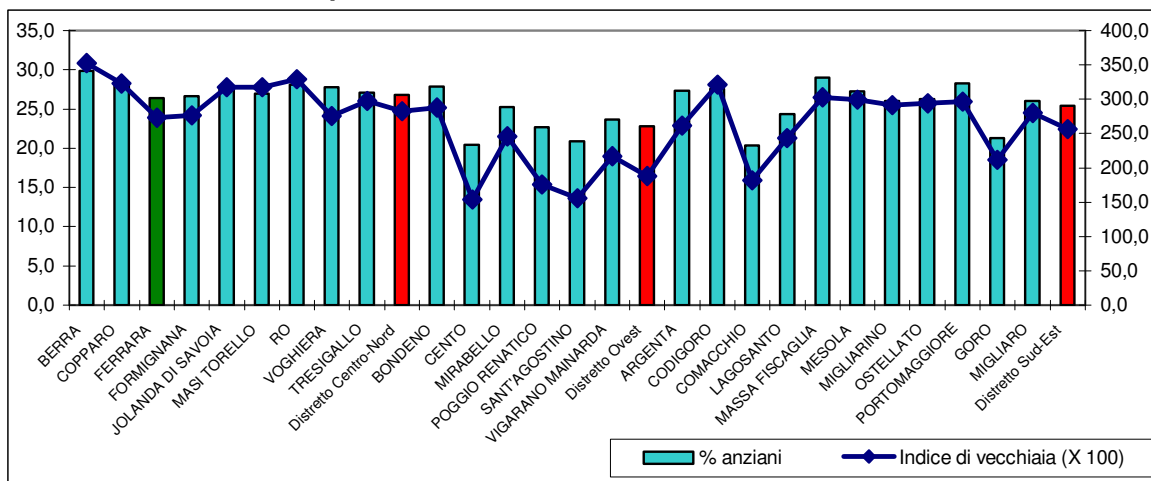
Il Distretto di gran lunga più anziano è il Centro-Nord, con un indice di vecchiaia di 282,9 e una quota di anziani del 26,8%.

Se analizziamo ancor più nel dettaglio, a livello comunale, notiamo che la situazione si differenzia abbastanza anche tra un comune e l'altro, con valori estremi sia in un senso che nell'altro. In cinque comuni della provincia l'indice di vecchiaia supera il valore astronomico di 300: vi sono almeno 3 anziani per ogni giovane sotto i 15 anni. Sono, nell'ordine, i comuni di Berra, Ro, Copparo, Codigoro e Massa Fiscaglia.

Il comune con l'indice di vecchiaia più elevato è Berra (352,7). All'opposto, i comuni con gli indici più bassi sono tutti nel Distretto Ovest, con la sola eccezione di Comacchio. Il comune più "giovane" della provincia è Cento, con un indice di vecchiaia di 153,6.

**Tabella 1.4: Struttura per età nei comuni della provincia di Ferrara**

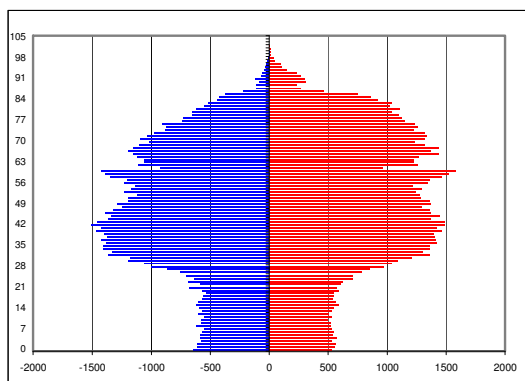
Comune	0-14	15-39	40-64	>65	Totale	0-14	15-39	40-64	>65	Indice di vecchiaia
<b>Valori assoluti</b>					<b>(%)</b>					<b>(%)</b>
BERRA	471	1.443	1.993	1.661	5.568	8,5	25,9	35,8	29,8	352,7
COPPARO	1.545	4.681	6.397	4.988	17.611	8,8	26,6	36,3	28,3	322,8
<b>FERRARA</b>	<b>12.891</b>	<b>35.804</b>	<b>49.324</b>	<b>35.195</b>	<b>133.214</b>	<b>9,7</b>	<b>26,9</b>	<b>37,0</b>	<b>26,4</b>	<b>273,0</b>
FORMIGNANA	276	793	1.032	764	2.865	9,6	27,7	36,0	26,7	276,8
JOLANDA DI S.	280	818	1.204	889	3.191	8,8	25,6	37,7	27,9	317,5
MASI TORELLO	199	625	892	633	2.349	8,5	26,6	38,0	26,9	318,1
RO	303	902	1.352	998	3.555	8,5	25,4	38,0	28,1	329,4
VOGHIERA	396	1.032	1.412	1.092	3.932	10,1	26,2	35,9	27,8	275,8
TRESIGALLO	425	1.333	1.641	1.263	4.662	9,1	28,6	35,2	27,1	297,2
<b>Centro-Nord</b>	<b>16.786</b>	<b>47.431</b>	<b>65.247</b>	<b>47.483</b>	<b>176.947</b>	<b>9,5</b>	<b>26,8</b>	<b>36,9</b>	<b>26,8</b>	<b>282,9</b>
BONDENO	1.494	4.176	5.471	4.307	15.448	9,7	27,0	35,4	27,9	288,3
<b>CENTO</b>	<b>4.374</b>	<b>10.527</b>	<b>11.281</b>	<b>6.720</b>	<b>32.902</b>	<b>13,3</b>	<b>32,0</b>	<b>34,3</b>	<b>20,4</b>	<b>153,6</b>
MIRABELLO	352	988	1.221	866	3.427	10,3	28,8	35,6	25,3	246,0
POGGIO RENATICO	1.109	2.598	2.969	1.955	8.631	12,8	30,1	34,4	22,7	176,3
S.AGOSTINO	902	2.126	2.279	1.403	6.710	13,4	31,7	34,0	20,9	155,5
VIGARANO M.	751	1.976	2.545	1.632	6.904	10,9	28,6	36,9	23,6	217,3
<b>Ovest</b>	<b>8.982</b>	<b>22.391</b>	<b>25.766</b>	<b>16.883</b>	<b>74.022</b>	<b>12,1</b>	<b>30,2</b>	<b>34,8</b>	<b>22,8</b>	<b>188,0</b>
ARGENTA	2.319	6.014	7.850	6.079	22.262	10,4	27,0	35,3	27,3	262,1
CODIGORO	1.095	3.432	4.719	3.514	12.760	8,6	26,9	37,0	27,5	320,9
COMACCHIO	2.544	7.089	8.487	4.631	22.751	11,2	31,2	37,3	20,4	182,0
LAGOSANTO	458	1.382	1.612	1.113	4.565	10,0	30,3	35,3	24,4	243,0
MASSA FISCAGLIA	362	917	1.399	1.097	3.775	9,6	24,3	37,1	29,1	303,0
MESOLA	663	2.056	2.578	1.983	7.280	9,1	28,2	35,4	27,2	299,1
MIGLIARINO	332	1.034	1.385	969	3.720	8,9	27,8	37,2	26,0	291,9
OSTELLATO	594	1.816	2.490	1.749	6.649	8,9	27,3	37,4	26,3	294,4
PORTO-MAGGIORE	1.166	3.365	4.247	3.455	12.233	9,5	27,5	34,7	28,2	296,3
GORO	403	1.260	1.483	852	3.998	10,1	31,5	37,1	21,3	211,4
MIGLIARO	218	660	854	610	2.342	9,3	28,2	36,5	26,0	279,8
<b>Sud-Est</b>	<b>10.154</b>	<b>29.025</b>	<b>37.104</b>	<b>26.052</b>	<b>102.335</b>	<b>9,9</b>	<b>28,4</b>	<b>36,3</b>	<b>25,5</b>	<b>256,6</b>
<b>Provincia</b>	<b>35.922</b>	<b>98.847</b>	<b>128.117</b>	<b>90.418</b>	<b>353.304</b>	<b>10,2</b>	<b>28,0</b>	<b>36,3</b>	<b>25,6</b>	<b>251,7</b>

**Grafico 1.2: Quota percentuale di anziani (>=65 anni) e Indice di vecchiaia (X 100) nei comuni e nei distretti sanitari della provincia di Ferrara**


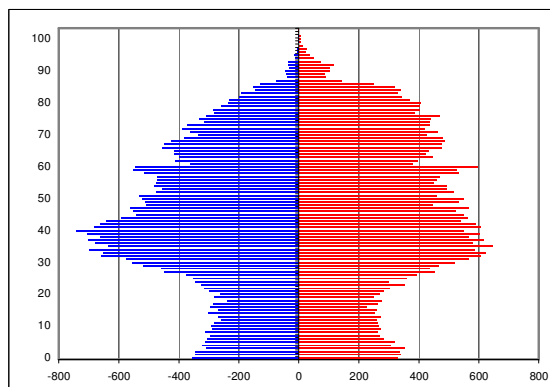
## 1.2 Le piramidi delle età nei tre distretti sanitari

Una rappresentazione grafica che rende immediatamente visibile la struttura per età di una popolazione è la cosiddetta "piramide delle età", che si ottiene con due istogrammi giustapposti in senso verticale, uno per le femmine (a destra) e uno per i maschi (a sinistra). In "ordinata" sono riportati i singoli anni di età.

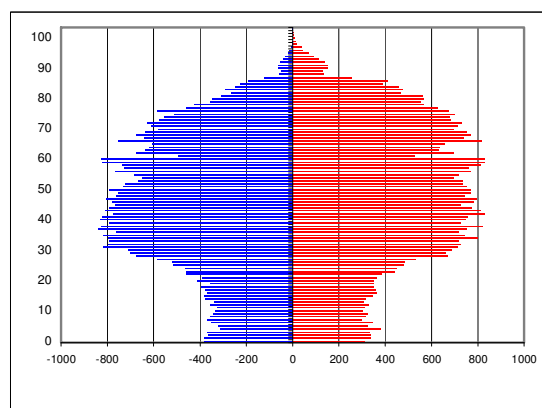
**Grafico 1.3: Piramide delle età Distretto Centro Nord**



**Grafico 1.4: Piramide dell'età Distretto Ovest**



**Grafico 1.5: Piramide dell'età Distretto Sud Est**



Nel Distretto Centro-Nord, notiamo come siano scarsamente rappresentate le età giovani, fino a 25 anni, mentre siano molto forti tutte le età più avanzate, soprattutto tra i 40 e i 65 anni. Va notata la maggiore rappresentanza femminile oltre i 65 anni.

Il Distretto Ovest presenta caratteristiche diverse: sono molto più rappresentate le età giovani (tra i 20 e i 40 anni), in special modo per i maschi. Questo aspetto, come vedremo successivamente, è in gran parte dovuto alla recente immigrazione straniera, che ha comportato l'ingresso in questo Distretto di un forte contingente di stranieri giovani, in larga misura di sesso maschile. Vi è poi un aspetto particolarmente importante in questa piramide: il fatto che la base si stia "allargando" significa che sta aumentando il numero di nuovi nati e di bambini piccoli. Anche questo, come vedremo, è in larga parte un effetto dell'immigrazione straniera in questo Distretto.

Per il Distretto Sud-Est la piramide delle età è pressoché identica a quella del Distretto Centro-Nord, con una forte presenza di anziani, soprattutto di sesso femminile. L'unica differenza, abbastanza importante, riguarda le classi di età più giovani le quali, pur non presentando nella piramide un allargamento della base (i nuovi nati), sono comunque presenti in misura maggiore rispetto al Centro-Nord (soprattutto dopo i 20 anni). Ciò è senz'altro il frutto di un calo della natalità che, per quanto forte, è avvenuto in questo Distretto in anni più recenti rispetto al Distretto Centro-Nord.

### 1.3 La dimensione delle famiglie e la tipologia familiare

Rispetto al censimento del 1991, e in modo continuativo e costante per tutti gli anni che ci separano da allora, il numero di famiglie in provincia di Ferrara è andato aumentando, passando dalle 135.388 del censimento 1991 alle 156.267 del 31 dicembre 2006. Contestualmente, è diminuita sensibilmente la dimensione media delle famiglie, passando dai 2,66 componenti del 1991 agli attuali 2,24.

La diminuzione del numero di componenti delle famiglie è avvenuta in tutti e tre i distretti, in modo abbastanza omogeneo. Le differenti situazioni, presenti già nel 1991, si sono mantenute anche oggi: le famiglie più "numerose" si concentrano nel Distretto Ovest (2,38), mentre le famiglie di dimensione più piccola sono concentrate nel Distretto Centro-Nord (2,16).

**Tabella 1.5: Le dimensioni medie delle famiglie dal 2001 ad oggi**

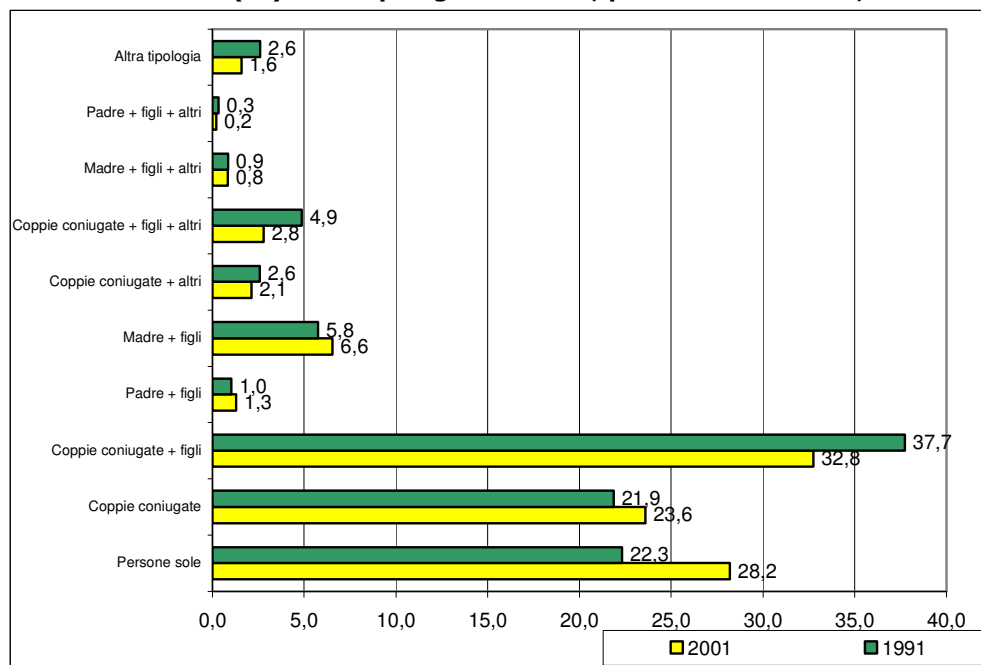
Comune	Censimento 1991	Dim.media	Censimento 2001	Dim.media	2006	Dim.media
Berra	2.590	2,55	2.399	2,43	2.379	2,30
Copparo	7.179	2,68	7.411	2,44	7.594	2,31
<b>Comune di Ferrara</b>	<b>53.980</b>	<b>2,56</b>	<b>57.202</b>	<b>2,29</b>	62.235	<b>2,12</b>
Formignana	1.116	2,6	1.190	2,39	1.235	2,32
Jolanda di Savoia	1.381	2,82	1.368	2,45	1.351	2,34
Masi Torello	899	2,7	957	2,44	1.016	2,31
Ro	1.567	2,66	1.581	2,41	1.537	2,31
Tresigallo	1.827	2,64	1.979	2,4	1.646	2,39
Voghiera	1.465	2,79	1.542	2,56	2.043	2,26
<b>DISTRETTO CENTRO-NORD</b>	<b>72.004</b>	<b>2,59</b>	<b>75.629</b>	<b>2,33</b>	81.036	<b>2,16</b>
Bondeno	6.304	2,69	6.415	2,45	6.617	2,32
Cento	10.210	2,84	11.476	2,55	13.545	2,42
Mirabello	1.262	2,76	1.348	2,47	1.444	2,36
Poggio Renatico	2.631	2,81	3.068	2,5	3.620	2,38
Sant'Agostino	2.152	2,74	2.504	2,45	2.804	2,39
Vigarano Mainarda	2.289	2,89	2.596	2,54	2.879	2,39
<b>DISTRETTO OVEST</b>	<b>24.848</b>	<b>2,79</b>	<b>27.407</b>	<b>2,51</b>	30.909	<b>2,38</b>
Argenta	8.307	2,71	8.722	2,48	9.394	2,35
Codigoro	5.171	2,69	5.430	2,4	5.674	2,24
Comacchio	7.598	2,79	7.962	2,55	10.302	2,20
Goro	1.495	2,95	1.547	2,65	1.596	2,50
Lagosanto	1.533	2,86	1.713	2,57	1.911	2,39
Massa Fiscaglia	1.598	2,61	1.612	2,37	1.654	2,26
Mesola	3.031	2,63	3.075	2,43	3.119	2,33
Migliarino	1.489	2,71	1.524	2,41	1.616	2,29
Migliaro	871	2,77	919	2,5	972	2,37
Ostellato	2.613	2,87	2.696	2,58	2.759	2,39
Portomaggiore	4.830	2,64	5.000	2,38	5.325	2,28
<b>DISTRETTO SUD-EST</b>	<b>38.536</b>	<b>2,73</b>	<b>40.200</b>	<b>2,48</b>	<b>44.322</b>	<b>2,29</b>
<b>PROVINCIA</b>	<b>135.388</b>	<b>2,66</b>	<b>143.236</b>	<b>2,4</b>	<b>156.267</b>	<b>2,24</b>

**Tabella 1.6: Tipologia familiare nei tre distretti, censimento 2001**

Tipologia familiare (2001)	Centro-Nord	Ovest	Sud-Est	Totale	% Centro-Nord	% Ovest	% Sud-Est	% Totale	% Regione 2001	% Nel 1991
Persone sole	22.971	7.019	10.418	<b>40.408</b>	30,4	25,6	25,9	<b>28,2</b>	<b>30,5</b>	<b>22,3</b>
Coppie coniugate	18.250	6.161	9.409	<b>33.820</b>	24,1	22,5	23,4	<b>23,6</b>	<b>22,1</b>	<b>21,9</b>
Coppie coniugate + figli	23.148	9.601	14.180	<b>46.929</b>	30,6	35,0	35,3	<b>32,8</b>	<b>32,6</b>	<b>37,7</b>

Padre + figli	972	377	504	<b>1.853</b>	1,3	1,4	1,3	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>
Madre + figli	5.023	1.853	2.519	<b>9.395</b>	6,6	6,8	6,3	<b>6,6</b>	<b>6,5</b>	<b>5,8</b>
Coppie coniugate + altri	1.579	597	864	<b>3.040</b>	2,1	2,2	2,1	<b>2,1</b>	<b>1,9</b>	<b>2,6</b>
Coppie coniugate + figli + altri	1.967	910	1.125	<b>4.002</b>	2,6	3,3	2,8	<b>2,8</b>	<b>2,6</b>	<b>4,9</b>
Madre + figli + altri	626	249	326	<b>1.201</b>	0,8	0,9	0,8	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>
Padre + figli + altri	140	87	74	<b>301</b>	0,2	0,3	0,2	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>
Altra tipologia	953	553	781	<b>2.287</b>	1,3	2,0	1,9	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>2,6</b>
<b>TOTALE</b>	<b>75.629</b>	<b>27.407</b>	<b>40.200</b>	<b>143.236</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Grafico 1.6: Distribuzione (%) della tipologia familiare, provincia di Ferrara, 1991 e 2001**



La diminuzione progressiva della dimensione delle famiglie appare più comprensibile, se prendiamo in esame i dati provenienti dal censimento 2001 (che costituisce purtroppo il dato disponibile più recente a livello disaggregato per comune e Distretto), relativi alle tipologie familiari. Se osserviamo la tabella, vediamo che nel 2001 il 28,2% delle famiglie residenti in provincia era formato da una sola persona, mentre meno di un terzo (32,8%) del totale delle famiglie ricadeva nel modello della famiglia "normale", cioè della coppia coniugata con almeno un figlio. Questa distribuzione è pressoché identica a quella che si calcola per l'intera regione, con, rispetto a quest'ultima, una quota leggermente inferiore di persone sole (a livello regionale tale quota raggiunge il 30,5%). Se osserviamo l'ultima colonna a destra della tabella, vediamo che, nei dieci anni trascorsi dal censimento del 1991, la quota di persone sole, che era allora pari al 22,3%, è nel 2001 notevolmente aumentata, a scapito, come è facile osservare, soprattutto delle coppie coniugate, con o senza figli. Dal punto di vista delle forti ricadute in termini di disagio sociale che questo dato certamente comporta, è molto rilevante la tipologia "madre più figli", che costituisce da sola il 6,6% del totale. Il dato è in linea con quello regionale, ma va osservato come sia aumentato rispetto allo stesso dato registrato nel 1991 (quando la quota di questa tipologia era del 5,8%).

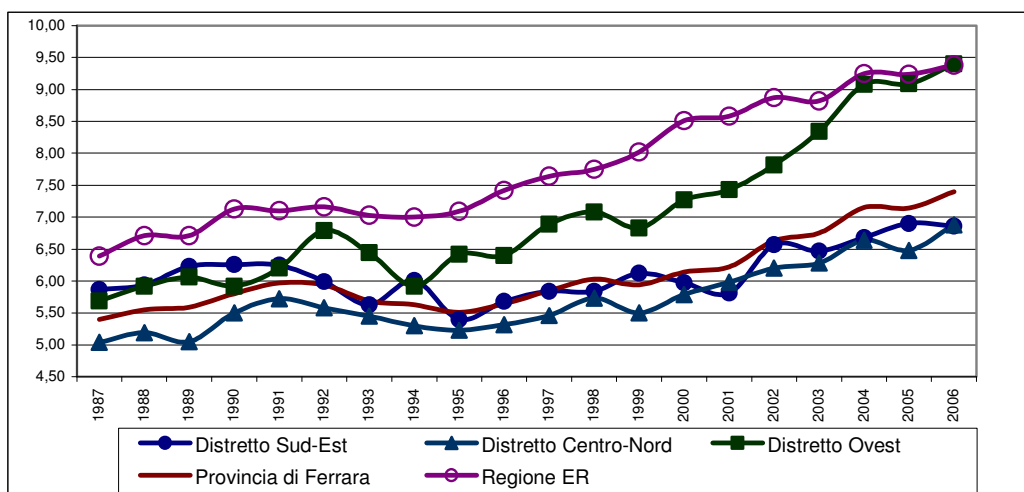


## 1.4 Analisi della natalità in provincia e nei distretti

Tabella 1.7: La natalità in provincia e nei distretti

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Provincia di Ferrara	Regione ER
1987	5,04	5,69	5,87	5,40	6,39
1988	5,19	5,92	5,94	5,55	6,71
1989	5,05	6,06	6,23	5,59	6,71
1990	5,50	5,92	6,26	5,80	7,13
1991	5,72	6,20	6,25	5,97	7,10
1992	5,58	6,79	5,99	5,94	7,16
1993	5,45	6,44	5,63	5,69	7,03
1994	5,30	5,92	6,01	5,63	7,00
1995	5,23	6,42	5,40	5,51	7,09
1996	5,32	6,40	5,68	5,64	7,42
1997	5,46	6,89	5,84	5,85	7,64
1998	5,73	7,08	5,84	6,03	7,75
1999	5,50	6,83	6,12	5,94	8,02
2000	5,79	7,27	5,97	6,14	8,51
2001	5,98	7,43	5,81	6,22	8,58
2002	6,20	7,82	6,57	6,63	8,87
2003	6,28	8,34	6,47	6,75	8,82
2004	6,64	9,08	6,68	7,15	9,25
2005	6,48	9,09	6,90	7,14	9,24
2006	6,88	9,40	6,86	7,40	9,38

Grafico 1.7: Tassi grezzi di natalità (X 1000) nei distretti sanitari e nella provincia di Ferrara, 1987 - 2008



Nei vent'anni trascorsi tra il 1987 e il 2006, in linea con l'andamento regionale (anche se partendo da un tasso iniziale decisamente inferiore), la natalità della provincia di Ferrara ha conosciuto fasi alterne: dopo un leggero aumento dal 1987 al 1991-1992, vi è stata una diminuzione negli anni successivi, che ha portato al minimo storico del 1995 (5,51 per mille). Dopo aver raggiunto tale minimo, la natalità ha visto una leggera, lentissima ripresa, che è diventata poi più sostenuta dal 2001 al 2006, fino al valore attuale (2006) del tasso: 7,4 per mille. L'andamento regionale, come detto, è stato molto simile, anche se l'aumento è stato leggermente più sostenuto. I valori regionali, tuttavia, sono stati sistematicamente più elevati: un punto per mille in più all'inizio della serie, per passare a circa 2 punti per mille in più nel 2006.

All'interno della provincia, i tre distretti hanno sperimentato comportamenti fortemente eterogenei per la natalità. Infatti, mentre il Centro-Nord ha seguito, con valori leggermente inferiori alla media provinciale, la tendenza generale della provincia, e lo stesso si può dire del

Sud-Est (con valori sulla media provinciale), il Distretto Ovest si è nettamente staccato dal resto della provincia, con un aumento fortissimo dei tassi di natalità a partire dal 1999. In questo, come vedremo meglio nel capitolo sugli stranieri, ha pesato in modo determinante l'apporto dell'immigrazione straniera, in particolare nordafricana, che ha "esportato" in questo Distretto i suoi propri comportamenti riproduttivi. Il Distretto Ovest, insomma, si attesta oggi sul valore medio regionale (9,40 per mille), mentre il resto della provincia di Ferrara è ancora molto lontano da questi valori (6,88 nel Distretto Centro-Nord e 6,86 nel Distretto Sud-Est).

## 1.5 Il tasso migratorio totale e il tasso migratorio estero

Abbiamo visto che il Distretto Ovest si è, negli ultimi venti anni, fortemente differenziato dal resto della provincia per uno spiccato aumento della natalità, soprattutto negli anni tra il 2001 e il 2006. Consideriamo adesso l'altro fondamentale contributo alla crescita o alla decrescita di una popolazione: il movimento migratorio. Analizzeremo il movimento migratorio da due diversi punti di vista: il movimento migratorio totale, che comprende sia stranieri che italiani che si sono trasferiti da altri comuni, e il movimento migratorio estero, che considera soltanto gli ingressi (o le uscite) da parte di stranieri.

**Tabella 1.8: Tasso migratorio totale, 1987 - 2006**

Anno	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Provincia	Regione
1987	0,66	0,84	1,17	0,84	2,68
1988	0,26	2,55	-1,33	0,23	3,53
1989	1,20	2,54	-0,36	1,00	4,12
1990	1,05	6,41	2,33	2,44	5,88
1991	0,55	4,47	2,80	1,96	4,25
1992	1,65	3,57	6,33	3,38	7,23
1993	8,37	4,04	3,37	6,07	5,33
1994	1,28	3,80	1,23	1,75	3,91
1995	0,12	6,29	2,67	2,06	4,81
1996	1,51	6,05	2,50	2,68	7,51
1997	0,03	5,56	1,78	1,62	6,37
1998	2,45	3,89	1,21	2,37	7,29
1999	2,99	6,39	1,05	3,09	9,02
2000	3,52	6,73	1,17	3,47	9,77
2001	5,40	5,49	3,83	4,96	8,64
2002	1,33	13,34	8,52	5,82	13,90
2003	11,53	17,27	23,28	16,11	15,46
2004	10,21	22,83	10,21	12,78	18,90
2005	8,46	18,16	7,39	10,15	10,50
2006	8,23	19,14	8,06	10,45	9,93

Il tasso migratorio provinciale, dal 1987 al 2006, ha visto un incremento spettacolare, passando da valori prossimi a zero, e in alcuni casi negativi, al valore attuale di 10,45 per mille. Oggi può sembrare un dato un po' strano, ma nel 1988 e nel 1989 il Distretto Sud-Est era a tutti gli effetti "terra di emigrazione" (anche se si poteva trattare solo di emigrazione verso il capoluogo di provincia), con un saldo migratorio negativo. Pur con vicende differenziate (il Distretto Ovest ha sempre avuto tassi migratori più elevati), durante il periodo il tasso è costantemente aumentato, con un primo picco negli anni 1992-1993, e quindi una crescita fortissima fino al 2003. Il biennio 2003-2004 ha rappresentato il massimo dei tassi migratori, un po' per un dato reale, un po' per l'effetto forzato della "grande regolarizzazione" degli stranieri, che ha cominciato a mostrare i suoi effetti nel 2003. Dopo l'impennata del 2003, si è tornati a valori elevati ma meno spettacolari. Attualmente il tasso rimane molto sostenuto nel Distretto Ovest. Il dato regionale nello stesso periodo, sempre sistematicamente più alto nel periodo, è oggi (2006) meno elevato di quello ferrarese. Ma a questo punto non si può eludere una domanda: questo tasso migratorio è dovuto tutto all'immigrazione straniera, o

vi sono compresi anche altri fenomeni? A questa domanda si può cercare di rispondere osservando i tassi migratori esteri.

**Tabella 1.9: Tasso migratorio estero**

	Distretto Centro - Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud Est	Provincia	Regione	Tasso migratorio totale Provincia Ferrara
1987	0,81	0,26	0,65	0,66	0,75	
1988	0,43	-0,04	0,34	0,31	0,72	0,23
1989	0,38	0,42	0,04	0,29	0,68	1,00
1990	1,29	0,92	1,88	1,39	2,54	2,44
1991	0,83	1,20	0,80	0,89	1,71	1,96
1992	0,62	0,75	0,52	0,61	1,45	3,38
1993	0,67	0,35	0,61	0,59	1,40	6,07
1994	0,63	0,46	0,53	0,57	1,33	1,75
1995	0,52	0,28	0,41	0,44	1,26	2,06
1996	1,09	1,35	1,06	1,13	2,98	2,68
1997	0,59	0,97	0,48	0,63	2,40	1,62
1998	1,02	1,09	0,89	0,99	2,60	2,37
1999	1,48	2,09	1,28	1,54	3,66	3,09
2000	1,50	1,52	1,22	1,42	4,15	3,47
2001	2,27	2,31	1,89	2,17	4,12	4,96
2002	2,58	3,01	2,51	2,64	4,81	5,82
2003	5,83	5,75	6,91	6,13	10,10	16,11
2004	7,63	7,07	6,59	7,21	9,19	12,78
2005	4,45	4,86	3,47	4,25	6,90	10,15
2006	4,19	4,39	2,84	3,84	5,86	10,45

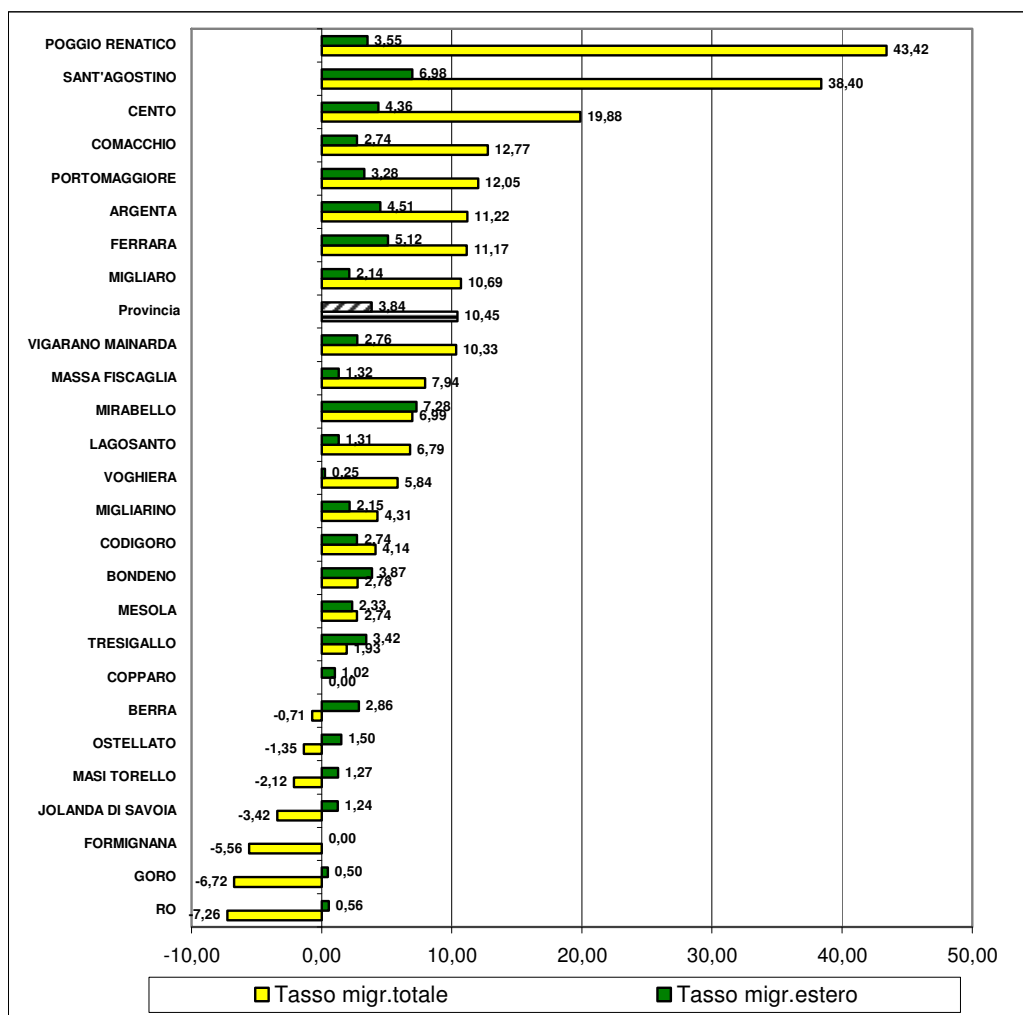
Pure se la tendenza nel tempo è simile, risulta chiaro dall'analisi dei tassi migratori dall'estero che, in realtà, solo una quota importante ma non per questo esclusiva delle "immigrazioni" sono arrivate dall'estero. Infatti, abbiamo anche qui l'impennata del biennio 2003-2004, ma è molto più contenuta di quella "generale". In definitiva, si può concludere che il tasso migratorio totale, soprattutto negli ultimi due anni (2005 e 2006) è dovuto per meno della metà all'apporto degli stranieri, e per la rimanente metà o più è imputabile a migrazioni di italiani. È verosimile che tali movimenti migratori "di italiani" siano di due tipi: da un lato il rinascente fenomeno dell'immigrazione interna italiana dalle regioni del Sud, che raggiunge soprattutto il Distretto Ovest, vivace dal punto di vista economico e capace di attrarre immigrazione non solo straniera; dall'altro un movimento migratorio di tipo "residenziale", dovuto al trasferimento delle famiglie in comuni limitrofi al capoluogo, più convenienti sotto il profilo dei costi dell'abitazione. Si noti infine che i valori dei tassi migratori stranieri, a livello regionale, sono sistematicamente più alti.

Quale ultima informazione, andiamo a vedere cosa è successo nell'ultimo anno (2006) nei comuni della provincia, dal punto di vista del movimento migratorio sia generale che dall'estero.

Il grafico di seguito riportato presenta i comuni in ordine decrescente di tasso migratorio totale. In sette comuni (Ro, Goro, Formignana, Jolanda di Savoia, Masi Torello, Ostellato e Berra) prevalgono le "uscite" migratorie: i tassi migratori totali sono negativi, pure se in presenza di tassi migratori positivi dall'estero, talvolta non trascurabili (è singolare in questo senso il caso di Berra). Nei rimanenti comuni prevalgono le entrate. Ai primi posti, i tassi positivi più spettacolari si trovano in tre comuni del Distretto Ovest: Poggio Renatico (+43,4 per mille), Sant'Agostino (+38,4 per mille) e Cento (19,88 per mille). Come si può facilmente notare però, in questi comuni i tassi migratori dall'estero sono sì positivi, ma di entità modesta, a testimoniare il fatto che oggi, solo una quota abbastanza ridotta delle migrazioni totali sono formate da migrazioni di stranieri. L'unico comune in cui l'immigrazione straniera è stata veramente rilevante nel 2006 è stato Mirabello (+7,28 per mille). A conclusione del discorso non va comunque dimenticato, che l'aumento della popolazione straniera oggi non è

verosimilmente più dovuto al movimento migratorio (o lo è molto meno che in passato) ma piuttosto al movimento naturale: le nascite di bambini stranieri nel nostro territorio.

**Grafico 1.8: Tasso migratorio totale ed estero (X 1000), nei comuni della provincia di Ferrara, 2006**



## 1.6 La mortalità, generale e per causa

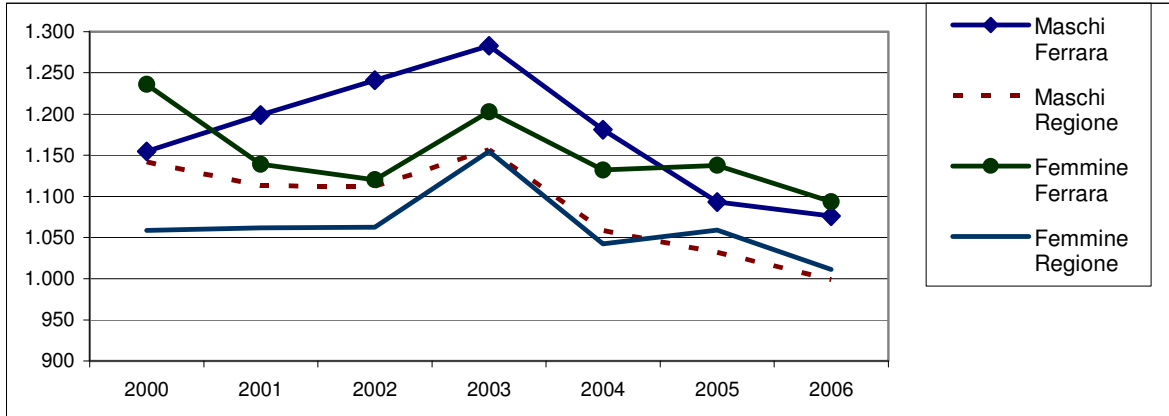
La conoscenza della frequenza delle malattie che provocano mortalità aiuta a individuare possibili aree di intervento per migliorare la salute. Un limite di questo metodo è ascrivibile al fatto che la classificazione così ottenuta è meramente di tipo quantitativo: possono esservi cause di morte magari meno frequenti di altre, ma con maggiore impatto sociale o sanitario. Il confronto dell'esperienza di mortalità locale con la mortalità di aree di riferimento è un primo strumento indispensabile di valutazione. Purtroppo, i tassi di mortalità standardizzati per età (con popolazione standard Emilia-Romagna 1998) sono disponibili solo a livello provinciale, senza ulteriori disaggregazioni territoriali. È pertanto possibile riportare soltanto i dati della provincia di Ferrara, confrontati con quelli regionali, per il periodo 2000-2006.

**Tabella 1.10: Tassi di mortalità standardizzati (per 100.000) dal 2000 al 2006**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maschi Ferrara	1.154,5	1.198,7	1.241,1	1.282,8	1.180,9	1.093,2	1.076,0
Maschi Regione	1.141,8	1.112,7	1.112,0	1.156,3	1.058,6	1.032,0	999,2
Femmine Ferrara	1.236,0	1.139,0	1.120,0	1.202,9	1.131,9	1.137,7	1.093,6
Femmine Regione	1.059,0	1.061,7	1.062,7	1.154,5	1.042,4	1.059,3	1.010,9

Il dato ferrarese, per tutto il periodo considerato (nel quale si presentano solo piccole oscillazioni), è leggermente in eccesso rispetto al dato regionale, sia per i maschi che per le femmine: mediamente tale differenziale rispetto alla regione è di circa 100 su 100.000.

**Grafico 1.9: Tassi di mortalità standardizzati (X 100.000), in provincia di Ferrara e in regione, maschi e femmine, 2000-2006**



Per quanto riguarda la tendenza nei sette anni considerati, si può affermare che la mortalità generale, nel periodo osservato, sia a Ferrara che in regione appare in progressivo calo. Tuttavia, il tasso di mortalità nei primi anni del decennio è fortemente condizionato da un evento di importanza fondamentale, che per il suo carattere straordinario ha contribuito non poco a "perturbare" la tendenza di fondo della mortalità: l'ondata di calore dell'estate del 2003. Se osserviamo il grafico, in ogni caso, si può notare che fino al 2003 la mortalità stava diminuendo (con la sola eccezione dei maschi a Ferrara, per i quali era in aumento), per poi incontrare l'impennata del 2003. Dopo il 2003 la mortalità ha continuato poi a diminuire fino al 2006, raggiungendo valori più bassi di quelli del 2002. Non si può escludere, tuttavia, che questo miglioramento del dato sia anche, parzialmente, da imputare ad un effetto secondario della stessa ondata di calore del 2003, che nel 2004 potrebbe avere indotto nella popolazione una sorta di "effetto selettivo", dopo l'eccezionale mortalità dell'anno precedente.

### 1.7 Le prime cause di morte nel 2006, in provincia e nei distretti sanitari

Un'informazione locale di rilievo si può ottenere già dal semplice esame delle cause di morte più frequenti.

La popolazione della provincia di Ferrara condivide le prime cause di morte con il mondo occidentale sviluppato: in primo luogo le malattie cardiovascolari, in secondo luogo i tumori, tra i quali quelli di gran lunga più frequenti sono il tumore del polmone (soprattutto per i maschi), della mammella (per le femmine) e del colon-retto. Le prime dieci cause di morte per i residenti della provincia di Ferrara nel 2006, riflettono la tipica distribuzione di frequenza propria del mondo occidentale, sia per i maschi sia per le femmine.

I numeri in tabella sono numeri assoluti, riportano il numero di persone decedute per ciascuna singola causa.

**Tabella 1.11: Prime 10 cause di morte, maschi, 2006**

Rango	Codice ICD-9	Causa di morte	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	TOTALE
1	162	Tumore del polmone	124	32	74	230
2	414	Cardiopatìa ischemica cronica	76	29	46	151
3	410	Infarto miocardico acuto	79	26	35	140
4	153	Tumore del colon	42	20	23	85
5	436	Vasculopatie cerebrali acute	35	15	23	73
6	491	Bronchite cronica	32	17	24	73
7	402	Cardiopatìa ipertensiva	31	14	15	60
8	185	Tumore della prostata	33	10	15	58
9	429	Cardiopatìe mal definite	28	7	18	53
10	250	Diabete mellito	24	7	15	46
		Altre cause	588	240	346	1.174
		<b>Totale</b>	<b>1.092</b>	<b>417</b>	<b>634</b>	<b>2.143</b>

Fonte: Registro di mortalità Azienda USL di Ferrara

Per i maschi, i cui decessi sono stati complessivamente 2.143, la causa di gran lunga più frequente è il tumore del polmone, che è prima con 230 casi, a grande distanza dalla seconda causa (la cardiopatìa ischemica coronaria). Da segnalare al quarto posto il tumore del colon (85) casi, e al decimo posto il diabete mellito (46 casi). Il tumore del polmone, che è primo in tutti e tre i distretti, ha un primato particolarmente forte al Centro-Nord, dove la sua frequenza (124) è quasi il doppio di quella fatta registrare dalla seconda causa.

**Tabella 1.12: Prime 10 cause di morte, femmine, 2006**

Rango	Codice ICD-9	Causa di morte	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	TOTALE
1	414	Cardiopatìa ischemica cronica	118	27	51	196
2	410	Infarto miocardico acuto	62	24	37	123
3	436	Vasculopatie cerebrali acute	48	15	39	102
4	174	Tumore della mammella	49	15	32	96
5	402	Cardiopatìa ipertensiva	50	20	24	94
6	290	Stati psicotici organici senili e presenili	37	16	27	80
7	162	Tumore del polmone	43	9	26	78
8	429	Cardiopatìe mal definite	39	16	16	71
9	250	Diabete mellito	27	13	23	63
10	331	Degenerazioni cerebrali	22	8	33	63
		Altre cause	708	257	385	1.350
		<b>Totale</b>	<b>1.203</b>	<b>420</b>	<b>693</b>	<b>2.316</b>

Fonte: Registro di mortalità Azienda USL di Ferrara

Per le femmine, i cui decessi sono stati complessivamente 2.316, le prime tre cause di morte sono tutte di origine cardio- e cerebrovascolare: al primo posto in tutti e tre i distretti troviamo la cardiopatìa ischemica cronica (196 casi), seguita dall'infarto al miocardio (123 casi).

Si deve segnalare la forte mortalità per tumore della mammella, causa che è al quarto posto (96 casi). Un dato particolarmente rilevante è costituito dal tumore del polmone, che si trova al settimo posto tra le cause di morte per le femmine (78 casi), mentre un tempo, per le donne, questo tumore era una causa di morte del tutto marginale. Si comincia a scontare insomma, anche in termini di mortalità, il progressivo avvicinamento delle abitudini femminili a quelle maschili riguardo al fumo di sigaretta (nel senso, purtroppo, che tende ad aumentare il numero di donne fumatrici).

Passiamo adesso ad analizzare le cause di morte più frequenti secondo la classe di età. In questo caso, vista la numerosità molto ridotta dei singoli gruppi, considereremo soltanto le prime quattro cause di morte registrate in ciascuna classe di età. (Tabella 1.13)

Nella classe di età dei minorenni i decessi sono fortunatamente pochi: 13. Le prime cause sono malattie prevalentemente di natura congenita o malformativa. Si deve sottolineare il fatto che, trattandosi di numeri piccolissimi, gli eventi che possono emergere sono sostanzialmente di natura casuale.

**Tabella 1.13: Prime cause di morte per classe di età, 2006**

Classe di età	Rango	Codice ICD-9	Causa di morte	Numero casi
<b>0-17</b>	1	758	Anomalie cromosomiche	2
	2	770	Altre malattie respiratorie del neonato	2
	3	155	Tumore del fegato	1
	4	191	Tumore del cervello	1
			Altre cause	7
		<b>Totale</b>	<b>13</b>	
<b>18-29</b>	1	801	Frattura della base cranica	4
	2	860	Pneumotorace traumatico	3
	3	XXX	NON DEFINITA	2
	4	186	Tumore del testicolo	1
			Altre cause	8
		<b>Totale</b>	<b>18</b>	
<b>30-44</b>	1	994	Effetti di altre cause esterne (traumatismi)	11
	2	860	Pneumotorace traumatico	8
	3	174	Tumore della mammella	5
	4	279	Aids	4
			Altre cause	48
		<b>Totale</b>	<b>76</b>	
<b>45-64</b>	1	162	Tumore del polmone	60
	2	174	Tumore della mammella	29
	3	571	Cirrosi epatica	24
	4	410	Infarto miocardico acuto	19
			Altre cause	311
		<b>Totale</b>	<b>443</b>	
<b>65-79</b>	1	162	Tumore del polmone	158
	2	410	Infarto miocardico acuto	94
	3	414	Cardiopatìa ischemica cronica	75
	4	153	Tumore del colon	53
			Altre cause	1019
		<b>Totale</b>	<b>1399</b>	
<b>80+</b>	1	414	Cardiopatìa ischemica cronica	262
	2	410	Infarto miocardico acuto	150
	3	436	Vasculopatie cerebrali acute	138
	4	402	Cardiopatìa ipertensiva	129
			Altre cause	1831
		Totale	2510	
		<b>Totale tutte le classi</b>	<b>4459</b>	

Fonte: Registro di mortalità Azienda USL di Ferrara

Nella classe dei giovani, tra 18 e 29 anni, sui 18 decessi registrati i primi 9 sono di origine traumatica; anche la "causa non definita" è molto probabilmente di origine traumatica, visto che la non definizione è quasi certamente dovuta alla presenza di un procedimento giudiziario. Stesso discorso vale anche per i decessi tra i giovani adulti (tra 30 e 44 anni) per i quali, sui 76 decessi totali, i primi 19 sono di origine traumatica, e anche stavolta a seguito di un trauma quasi certamente dovuto ad un incidente stradale. Da segnalare i 5 casi molto precoci di decesso per tumore della mammella, e i 4 casi di decesso per Aids.

Passando alla classe di età successiva (45-64 anni), non sono più le cause traumatiche ad essere preponderanti, ma le malattie. Ai primi due posti abbiamo i due tumori tipici di queste

classi di età: il tumore del polmone (60 casi) e il tumore della mammella (29 casi). È degna di nota la presenza della cirrosi epatica (24 casi) al terzo posto.

Con la classe di età degli "anziani meno anziani" (65-79 anni) hanno ancora il primo posto i tumori (il tumore del polmone con 158 casi), ma cominciano ad essere determinanti le malattie cardiovascolari: al secondo posto troviamo l'infarto del miocardio, con 94 casi. È da segnalare, al quarto posto, il tumore del colon (53 casi), che è causa di morte soprattutto in questa classe di età.

Infine con i "grandi anziani", gli ultraottantenni, le prime quattro cause di morte sono tutte di origine cardiovascolare. Al primo posto la cardiopatia ischemica cronica (262 casi), seguita dall'infarto (150 casi) e dalle vasculopatie cerebrali acute (138 casi).

## 1.8 La mortalità infantile e neonatale, la natimortalità

**Tabella 1.14: Tasso di mortalità infantile (X 100.000 nati vivi) dal 1993 al 2003**

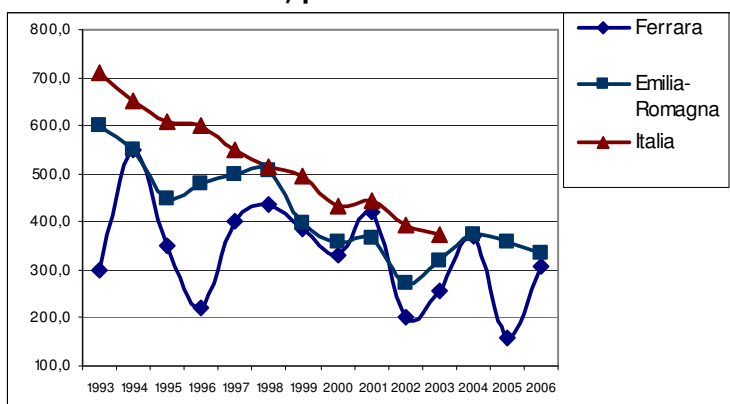
	Ferrara	Emilia-Romagna	Italia
1993	300,0	600,0	710,0
1994	550,0	550,0	650,0
1995	350,0	450,0	610,0
1996	220,0	480,0	600,0
1997	400,0	500,0	550,0
1998	435,6	505,8	516,0
1999	386,1	397,6	493,7
2000	329,7	357,6	430,6
2001	419,8	365,9	443,6
2002	201,7	273,0	393,2
2003	258,2	317,1	374,3
2004	369,0	373,0	-
2005	159,0	357,0	-
2006	307,0	336,0	-

Fonte: Istat (dal 1993 al 2003) e RER (dal 2004 al 2006)

Il tasso di mortalità infantile, termine col quale si intende la mortalità che avviene entro il primo anno di vita (assumendo come denominatore il numero di nati vivi nello stesso anno) è, in Italia, in lento ma continuo calo fin dall'anno 1993, e si situa su valori fortunatamente molto bassi, analoghi a quelli dei paesi dell'occidente sviluppato. Purtroppo i dati ufficiali dell'Istat per quanto riguarda il livello nazionale si fermano all'anno 2003; per i dati successivi (dal 2004 al 2006) abbiamo fatto riferimento ai dati forniti dalla regione Emilia-Romagna.

Il tasso della regione Emilia-Romagna è stato, con alcune oscillazioni "cicliche", sempre al di sotto di quello nazionale, almeno fino al 2003.

**Grafico 1.10: Tassi di mortalità 0-1 anno, per 100.000 nati vivi**



Dal 2002 in poi il tasso di mortalità infantile regionale ha conosciuto una leggera ripresa, fino a toccare un massimo nel 2004, per poi diminuire lentamente di nuovo nel 2005 e 2006. Come si

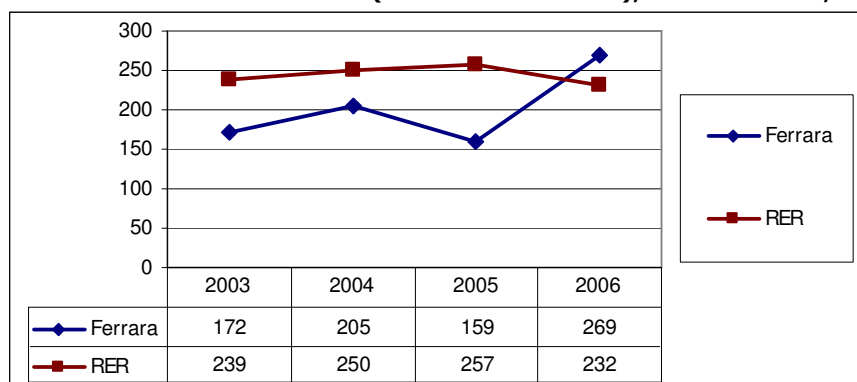


può notare dal grafico, il tasso di Ferrara, essendo basato su numeri assoluti molto piccoli, presenta forti oscillazioni anche da un anno all'altro, anche se in tutto il periodo considerato è sempre stato inferiore al tasso regionale. Il "picco" regionale del 2004, sulle cui eventuali cause qui non ci pronunciamo, è condiviso anche da Ferrara, il cui tasso cala nel 2005 per poi riprendere di nuovo nel 2006.

## 1.9 La mortalità neonatale

All'interno della mortalità infantile si può meglio specificare il dato considerando soltanto i decessi dei neonati in senso stretto, cioè i decessi avvenuti entro i primi 28 giorni di vita. Si parla in questo caso di *tasso di mortalità neonatale*. Rispetto alla più generale mortalità infantile si tratta di un indicatore più stringente, che dà conto soprattutto delle malattie congenite del neonato e delle eventuali problematiche che hanno fatto seguito al parto. Disponiamo dei dati forniti dalla regione Emilia-Romagna, relativi all'intera regione e alla provincia di Ferrara, dal 2003 al 2006.

**Grafico 1.11: Tassi di mortalità neonatale (X 100.000 nati vivi), Ferrara e RER, 2003-2006**



Fonte: RER

Ferrara è sistematicamente al di sotto del dato regionale con l'unica eccezione del 2006.

## 1.10 La natimortalità

Il *tasso di natimortalità* si calcola rapportando il numero di nati morti (di età gestazionale superiore a 180 giorni) al numero totale di nati vivi sommato a quello dei nati morti.

Purtroppo l'ultimo dato nazionale (di fonte Istat) risale all'ormai lontano 2002; si tratta peraltro dell'unico termine di confronto nazionale di cui disponiamo. Per i dati ferraresi e regionali, facciamo invece riferimento ai dati forniti dalla banca dati CedAP della regione Emilia-Romagna, che arrivano fino al 2006.

Il numero di nati morti a Ferrara, in tutto il periodo dal 2002 al 2006, è fortunatamente molto basso e oscilla tra un minimo di 2 e un massimo di 4 all'anno. Il tasso di natimortalità (espresso qui in percentuale) di Ferrara è in linea con quello regionale e oscilla tra lo 0,2% e lo 0,4% (nel 2006 il tasso è pari allo 0,2%). Un dato che è anche allineato a quello nazionale del 2002 (0,32%).

**Tabella 1.15: La natimortalità in provincia di Ferrara e RER, 2002-2006**

Anno	Provincia di Ferrara (n. decessi)	Tasso Ferrara morti / % nati	Regione ER (numero decessi)	Regione ER morti / % nati	Italia morti / % nati
2002	4	0,4	88	0,3	0,32
2003	4	0,4	112	0,3	-
2004	3	0,3	84	0,2	-
2005	3	0,3	75	0,2	-
2006	2	0,2	106	0,3	-

Fonte: Banca dati CedAP-RER e Istat

## Conclusioni

Nei vent'anni trascorsi tra il 1987 e il 2006 la provincia di Ferrara ha perso circa 17mila abitanti: un decremento pari al 4,6%. Tale decremento non è stato omogeneo per i distretti sanitari: infatti, il decremento maggiore (8,2%) spetta al distretto Centro-Nord, mentre il distretto Ovest ha fatto registrare un incremento, pari al 5,8%. In alcuni comuni il decremento è stato particolarmente forte: in particolare Jolanda di Savoia (-22%) e Berra (-20%).

La struttura per età della popolazione è molto differenziata secondo i distretti: l'indice di vecchiaia, cioè il rapporto (moltiplicato per 100) tra persone di 65 anni e più e persone di età inferiore ai 15 anni, è molto elevato nel distretto Sud-Est (256,6) e soprattutto nel distretto Centro-Nord (282,9), mentre è nettamente più basso nel distretto Ovest (188,0). La struttura per età marcatamente differenziata del distretto Ovest è certamente dovuta alla presenza, in questo distretto, di un forte contingente di popolazione straniera immigrata (5,9%). Tale contingente, esso stesso giovane, ha anche prodotto in anni recenti una "fecondità importata", che ha certamente contribuito a spingere verso il basso l'indice di vecchiaia.

Rispetto al censimento della popolazione del 1991, è diminuita sensibilmente la dimensione media delle famiglie, che è passata dai 2,66 componenti (in media) del 1991 agli attuali 2,24 componenti. Anche la tipologia delle famiglie ha conosciuto, rispetto al censimento 1991, una notevole trasformazione: le persone sole, che costituivano il 22,3% del totale delle famiglie nel 1991, nel 2001 raccolgono il 28,2% del totale. Questo a tutto svantaggio della famiglia "tradizionale" (coppia coniugata più figli) che, se nel 1991 aggregava il 37,7% delle famiglie, nel 2001 interessa il 32,8% delle famiglie.

Il tasso di natalità, che ha raggiunto per la provincia di Ferrara il minimo storico nel 1995, da quell'anno è andato costantemente - seppure lentamente - aumentando, raggiungendo nel 2006 il valore di 7,4 nati per mille abitanti. È un valore ancora distante dal valore medio regionale dello stesso anno (9,4). Anche per quanto riguarda la natalità, vi sono forti differenze tra i distretti: mentre, infatti, nel 2006 i distretti Sud-Est e Centro-Nord si attestano su valori inferiori alla media provinciale, il distretto Ovest ha conosciuto fin dal 1994 una notevole crescita del tasso di natalità, raggiungendo nel 2006 un valore di poco superiore a quello regionale. Questo fenomeno, come già accennato sopra, è dovuto in buona misura alla forte presenza in questo distretto di popolazione straniera immigrata.

La natalità particolarmente bassa - di due punti inferiore al dato medio regionale - suggerisce l'adozione di adeguate politiche di sostegno alle famiglie e specialmente alle famiglie svantaggiate (dalle agevolazioni fiscali agli asili nido) che, al di là di comportamenti di carattere "culturale" certamente presenti, potrebbero incentivare le nascite anche nella nostra provincia, come recenti esperienze europee sembrano dimostrare. È esemplare il caso della Francia, che destina il 5% del proprio PIL alle politiche di sostegno alla famiglia, e ha raggiunto nel 2007 un valore del tasso di fecondità totale superiore a 2 figli per donna, mentre a Ferrara il rapporto è di 1,1 figli per donna.

Per quanto riguarda le principali cause di morte, la popolazione della provincia di Ferrara condivide le prime cause di morte con il mondo occidentale sviluppato: in primo luogo le malattie cardiovascolari, in secondo luogo i tumori, tra i quali quelli di gran lunga più frequenti sono il tumore del polmone (soprattutto per i maschi), della mammella (per le femmine) e del colon-retto. Merita una considerazione a parte la mortalità nelle età giovanili. Nella classe dei giovani tra 18 e 29 anni, sui 18 decessi registrati nel 2006 i primi 9 sono di origine traumatica, la cui origine è verosimilmente un incidente stradale.

Stesso discorso vale anche per i decessi tra i giovani adulti (tra 30 e 44 anni), per i quali, sui 76 decessi totali, i primi 19 (il 25%) sono di origine traumatica, e anche stavolta a seguito di un trauma quasi certamente dovuto a un incidente stradale.

I dati di mortalità per incidente stradale nei giovani, non fanno che confermare la presenza di una forte mortalità evitabile dovuta agli incidenti stradali, e suggeriscono un invito forte a continuare e dove possibile incentivare l'attuazione di politiche di contrasto al fenomeno degli incidenti stradali.



## **Dominio 2: Gli stili di vita e i comportamenti a rischio**

### **2.1 Gli stili di vita e i fattori di rischio per la salute: i dati dell'indagine "In linea con la salute 2" (2008)**

Nell'ambito della salute, con l'espressione "stili di vita", si intendono quei comportamenti abituali delle persone che possono avere influenze (positive o negative) sulla salute e sulla qualità di vita del singolo e della collettività. Va sottolineato che, insieme alle abitudini di vita, sono importanti altri aspetti della vita delle persone, in primo luogo le condizioni complessive nelle quali si vive: fisiche, psicologiche, economiche, culturali, relazionali.

L'interesse verso gli stili di vita è motivato da due considerazioni: in primo luogo, all'interno di queste abitudini si manifestano e agiscono gran parte dei fattori di rischio per le malattie croniche; in secondo luogo, i fattori di rischio collegati alle abitudini sono modificabili.

I dati qui presentati sugli stili di vita (sedentarietà, abitudine al fumo, obesità e sovrappeso, abitudini alimentari, consumo di alcol) e su alcuni fattori di rischio per la salute (ipertensione e ipercolesterolemia) sono ricavati dall'indagine "In linea sulla salute 2", un'indagine campionaria sulla popolazione adulta ferrarese da noi effettuata mediante rilevazione telefonica tra gennaio e marzo 2008. La ricerca ha fatto seguito alla positiva esperienza avviata per la prima volta nel 2005, con la prima edizione dell'indagine "In linea con la salute"<sup>1</sup>.

#### 2.1.1 Perché indagare sugli stili di vita della popolazione e sui fattori di rischio per le malattie cronico-degenerative?

"I dati sui fattori di rischio per le malattie cronico-degenerative sono cruciali per predire il futuro carico di malattia nella popolazione e per identificare i possibili interventi per ridurlo"<sup>2</sup>.

Gran parte del peso di malattia è dovuto alle patologie croniche, che comprendono malattie cardiovascolari, cancro, disturbi mentali, diabete, malattie respiratorie croniche e muscolo-scheletriche.

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte: tra le più frequenti sono comprese la cardiopatia ischemica, tra cui l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris, e le malattie cerebrovascolari, fra cui l'ictus ischemico ed emorragico.

Dopo le malattie cardiovascolari, i tumori rappresentano la seconda causa di morte.

Le malattie respiratorie (bronchite cronica e asma, in particolare) interessano larghi strati della popolazione, comprese le fasce di età più giovani e sono causa di mortalità prematura, con elevati costi sociosanitari ed economici. Nonostante i progressi della terapia, rappresentano per numerosità la terza causa di morte in Italia.

In Europa l'86% dei decessi è dovuto all'insieme delle malattie croniche indicate all'inizio.

Il progredire delle conoscenze ha permesso di individuare condizioni di rischio e determinanti di questa patologia: pochi fattori di rischio sono associati a questo vasto gruppo di malattie.

In Europa 5 milioni di decessi e quasi il 60% del carico di malattia (in DALYs<sup>3</sup>) sono causati da sette fattori di rischio principali (i 7 *big-killer*), tutti evitabili:

- Ipertensione (13%)
- Tabagismo (12%)
- Alcol (10%)
- Eccesso di colesterolo (9%)
- Sovrappeso (8%)
- Scarso consumo di frutta e verdura (5%)
- Inattività fisica (4%).

Anche il diabete è riconosciuto tra i fattori di rischio principali, nonostante sia stato escluso nella valutazione appena riportata.

I fattori di rischio sono gli stessi in tutta Europa, sebbene l'ordine di classificazione possa variare da un Paese all'altro.

Ciascuna delle principali malattie croniche è associata a due o più fattori di rischio. Inoltre per molti individui, soprattutto se socialmente svantaggiati, i fattori di rischio si accumulano e

<sup>1</sup> A.De Togni, P.Pasetti (2005), In linea con la salute, Azienda Usl di Ferrara

<sup>2</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità "The SuRF Report-2"

<sup>3</sup> DALYs: acronimo inglese che sta per anni di vita in salute persi per disabilità o morte prematura.

spesso si moltiplicano. Infatti, i fattori di rischio per le malattie croniche, quando sono presenti in più di uno, hanno un'azione moltiplicativa nel determinare il rischio di malattia.

Azioni finalizzate alla prevenzione delle malattie croniche richiedono dunque interventi sui fattori di rischio, mirati alla situazione epidemiologica locale. Molte informazioni sono disponibili sui fattori di rischio per le malattie croniche, ma non a livello locale; va tenuto presente che abitudini e comportamenti nelle diverse aree geografiche del nostro paese sono fortemente differenziati e possono determinare differenze importanti nella distribuzione dei fattori di rischio.

Informazioni locali sono dunque indispensabili per valutare le priorità sulle quali intervenire, per programmare interventi mirati di promozione della salute sui fattori di rischio per queste malattie e, successivamente, per valutare la reale efficacia nel tempo degli interventi effettuati. Informazioni sulle abitudini si possono raccogliere solo con indagini *ad hoc*, mai condotte prima sulla popolazione della provincia di Ferrara. Per questo è stata realizzata nei primi mesi del 2008, dopo la positiva esperienza della prima "edizione" dell'indagine nel 2005, l'indagine "In linea con la salute 2", con l'obiettivo primario di conoscere la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nelle abitudini di vita dei ferraresi.

### 2.1.2 Sedentarietà e attività fisica

L'espressione "attività fisica" è un'espressione dai contenuti molto ampi: essa comprende ogni attività che coinvolge l'uso del corpo per il suo espletamento e si riferisce a tutti i movimenti che producono un dispendio energetico.

Quando diciamo "attività fisica" non dobbiamo pensare a un sinonimo di "attività sportiva", questa precisazione è indispensabile per chiarire che per fare attività fisica non è indispensabile impegnarsi in attività "sportive". È invece importante il tempo dedicato all'attività fisica e la regolarità con la quale viene praticata.

I benefici per la salute indotti da un'attività svolta con regolarità sono noti: l'esercizio fisico regolare svolge, infatti, un ruolo protettivo rispetto a numerose e frequenti malattie (cardiopatie ischemiche, ipertensione, diabete, obesità e malattie osteo-articolari). Ha inoltre una ricaduta positiva sull'umore e sui livelli individuali di autostima. La tendenza alla sedentarietà è tuttavia in crescita nei paesi sviluppati, a causa del consolidarsi di stili di vita e condizioni di lavoro in cui lo sforzo fisico e il movimento sono sempre meno necessari e di conseguenza meno praticati. Dal punto di vista della salute, non svolgere alcun esercizio fisico regolare costituisce dunque un fattore di rischio, che secondo gli attuali orientamenti epidemiologici è di grande rilevanza. Riportiamo qui sinteticamente alcune risposte ricavate dall'indagine sulla sedentarietà, declinate secondo tre differenti aspetti: lavoro sedentario (in questo caso le percentuali sono calcolate soltanto su coloro che svolgono un'attività lavorativa), negli ultimi 30 giorni assenza totale di attività fisica moderata (cioè fino al punto di sudare un po') e infine l'assenza totale di attività fisica "intensa" (modifica del ritmo del respiro, come nel caso dell'attività sportiva intensa o a livello agonistico).

**Tabella 2.1: Persone con: lavoro sedentario, attività fisica moderata, attività fisica intensa**

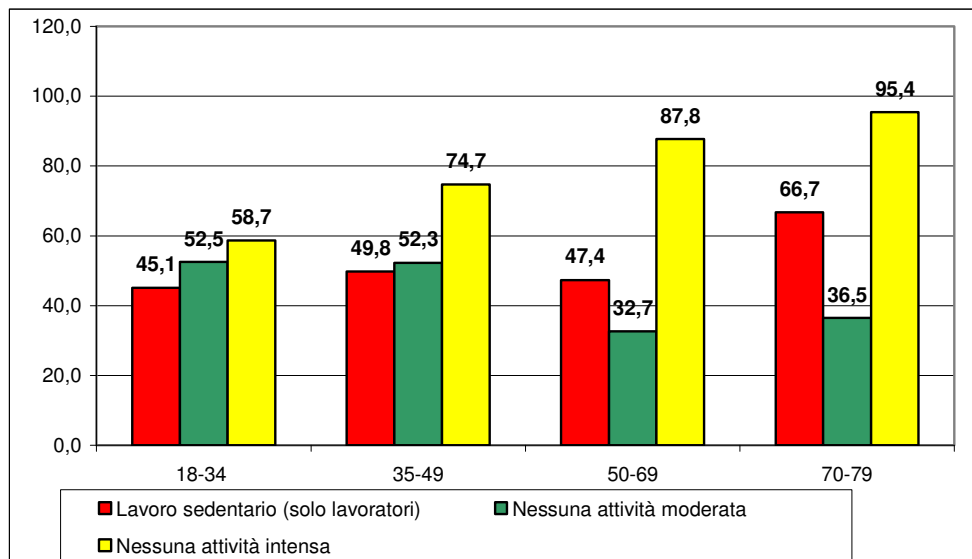
	Femmine	Maschi	Totale	In linea - 2005
Lavoro sedentario (solo lavoratori) <sup>4</sup>	51,5	45,1	48,0	
Nessuna attività moderata	35,8	51,5	43,4	51,6
Nessuna attività intensa	81,0	76,3	78,7	71,4

Tra i soli lavoratori, quasi la metà (48%) svolge un'attività lavorativa sedentaria, in cui sta prevalentemente seduto. Sono soprattutto donne (51,5%). Il 43,4% del campione non svolge alcuna attività fisica moderata (sono soprattutto gli uomini, nel 51,5% dei casi).

Il dato è abbastanza migliorato rispetto alla precedente indagine (del 2005), quando questa quota si attestava al 51,6%. Il 78,7% non svolge nessuna attività di tipo intenso (era il 71,4% nel 2005).

<sup>4</sup> In questo caso le percentuali sono state calcolate soltanto su chi ha dichiarato di svolgere un'attività lavorativa.

**Grafico 2.1: Quota % di persone sedentarie, per classe di età, 2008**



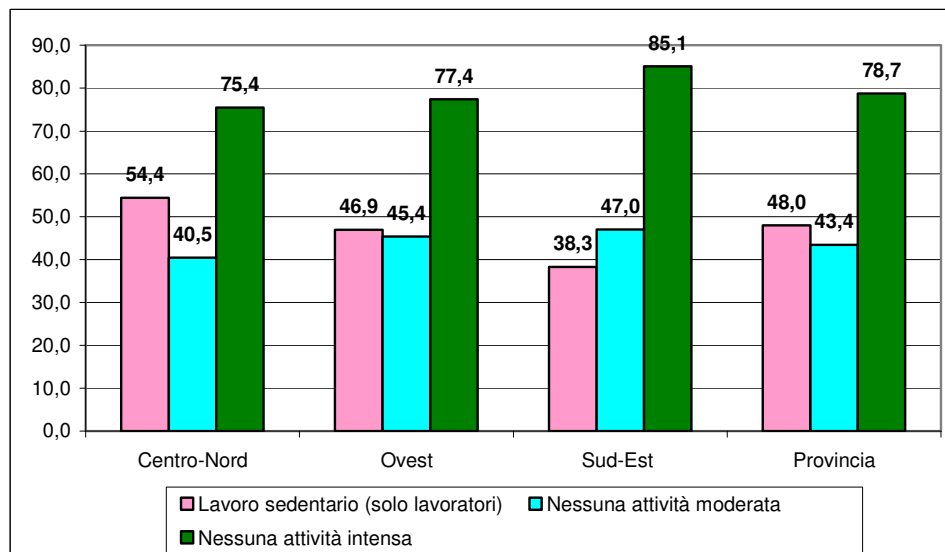
Analizzando i dati per classe di età, notiamo che la classe di età che si muove di più sul lavoro è quella giovane (18-34), mentre la classe che fa più attività fisica moderata è quella tra 50 e 69 anni. Ovviamente, la quota di "attività fisica intensa" è inversamente proporzionale al crescere dell'età.

Vi sono forti differenze tra i distretti per quanto riguarda il "lavoro sedentario".

Quest'ultimo è assai frequente nel Centro-Nord, il Distretto che comprende il capoluogo (54,4%), mentre si riduce drasticamente nel Distretto Sud-Est (dove solo il 38,3% dei lavoratori svolge un lavoro sedentario).

All'opposto, il Distretto Sud-Est fa registrare, fra i tre distretti sanitari, i valori più elevati di inattività, sia moderata (47%), che intensa (85,1%).

**Grafico 2.2: Quota % di persone sedentarie, per Distretto sanitario, 2008**



### 2.1.3 Abitudine al fumo di tabacco

Il fumo di tabacco rappresenta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il principale *singolo* fattore di rischio evitabile di morte precoce, malattia e handicap (OMS). Il fumo di sigaretta attivo, oltre a essere un comportamento che comporta rischi, è anche una malattia di per sé in quanto vera e propria dipendenza (ora classificata come tale nella classificazione

internazionale delle malattie ICD-X). Malattia che è stata definita "contagiosa" per la capacità di diffusione legata ai comportamenti di emulazione (soprattutto tra gli adolescenti), e che comporta gravi conseguenze sulla salute con una riduzione complessiva dell'aspettativa di vita di 10 anni rispetto ai non fumatori. Il fumo è uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative che colpiscono in primo luogo l'apparato respiratorio e l'apparato cardiovascolare<sup>5</sup>.

**Tabella 2.2: Quanti sono i fumatori?**

	Femmine	Maschi	Totale
Fumatori	20,2	23,9	22,0
Ex fumatori	15,4	33,3	24,1
Non fumatori (non hanno mai fumato)	64,4	42,8	53,9
Totale	100,0	100,0	100,0

In provincia di Ferrara i fumatori sono pari al 22% della popolazione compresa tra i 18 e i 79 anni. Proiettando la percentuale sulla popolazione in studio, si può stimare che i fumatori tra i 18 e i 79 anni siano circa 62.500.

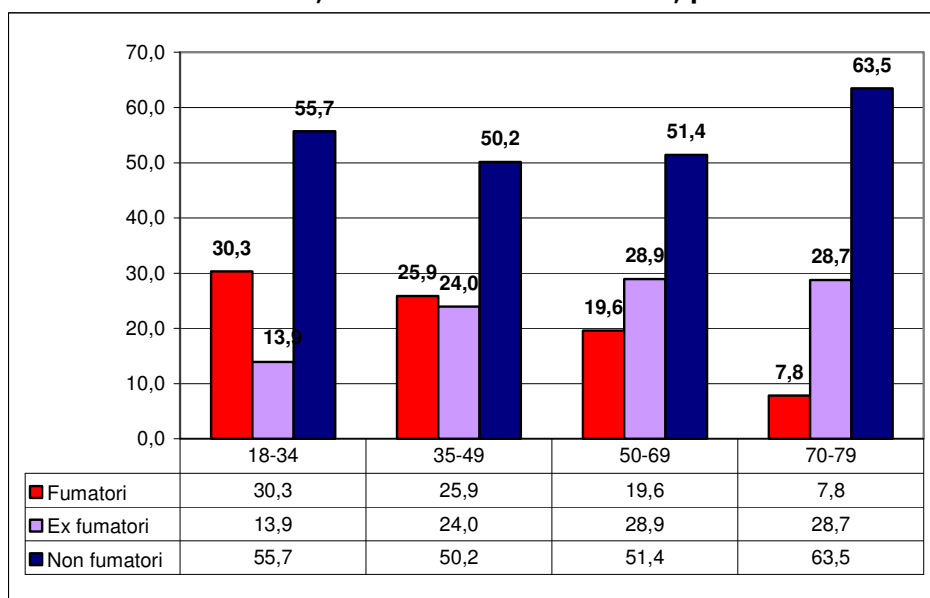
La prevalenza dei fumatori, che tradizionalmente è sempre stata abbastanza differenziata nei due sessi, risulta oggi essere simile negli uomini e nelle donne, pur permanendo tra i due sessi un piccolo differenziale.

I fumatori maschi sono il 23,9%, contro il 20,2% delle femmine. Si possono stimare quindi, nella provincia di Ferrara, circa 33.000 uomini fumatori e circa 29.500 donne fumatrici.

Da entrambe le stime restano ovviamente esclusi i minorenni e gli anziani di 80 anni e oltre.

*I fumatori nelle classi di età*

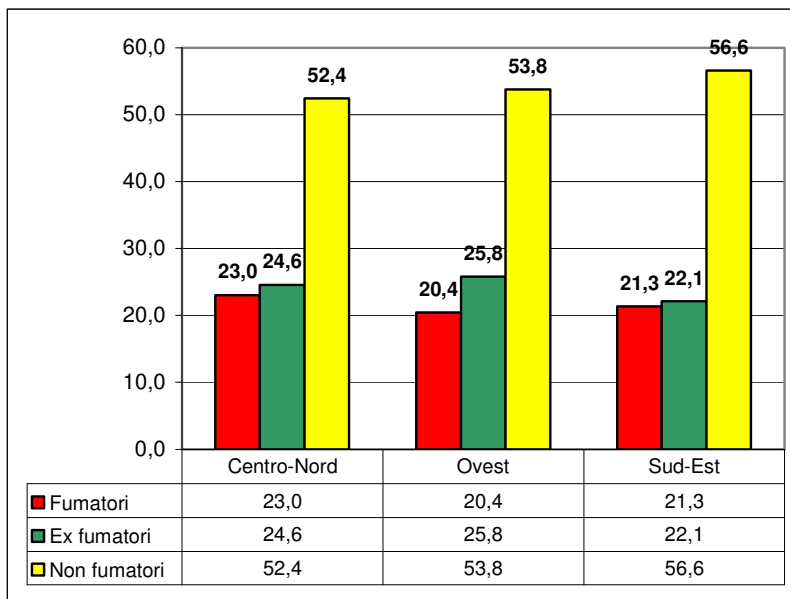
**Grafico 2.3: Prevalenza di fumatori, ex fumatori e non fumatori, per classi di età**



L'abitudine al fumo, come noto, è fortemente differenziata secondo l'età. Tradizionalmente i giovani tendono a fumare di più. Purtroppo, a dispetto delle continue e insistenti campagne informative per dissuadere i giovani dall'iniziare a fumare, a Ferrara come altrove continuiamo ad avere un forte numero di fumatori tra i giovani: nella classe 18-34 sono il 30,3%. La prevalenza dell'abitudine al fumo diminuisce al crescere dell'età. È interessante notare, ed è senz'altro un'osservazione positiva, che nella classe di età 50-69 la prevalenza è oggi inferiore al 20%.

<sup>5</sup> Greco G. e Gattone M. Patologia cardiovascolare fumo-correlata Ital Heart J 2001; 2(suppl 1):37

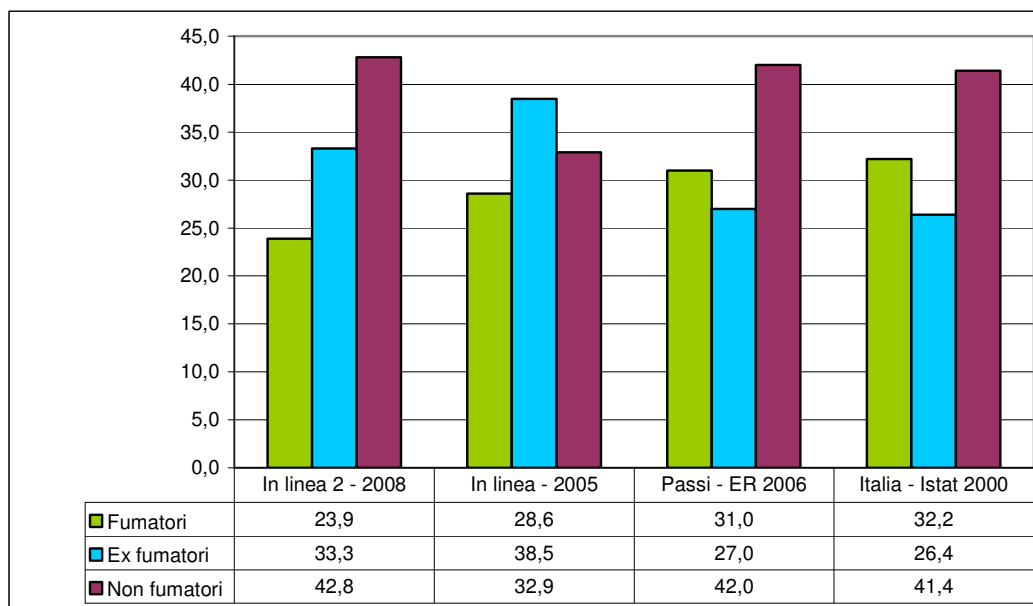
**Grafico 2.4: Prevalenza di fumatori, ex fumatori e non fumatori, per Distretto sanitario**



Tra i tre distretti sanitari della provincia, le differenze per quanto riguarda l'abitudine al fumo non sono molto rilevanti. Il Distretto in cui si fuma di più è il Centro-Nord (23%), mentre quello con la prevalenza di fumatori più bassa è il Distretto Ovest (20,4%). È interessante notare la quota molto elevata di persone che non hanno mai fumato nel Sud-Est (56,6%).

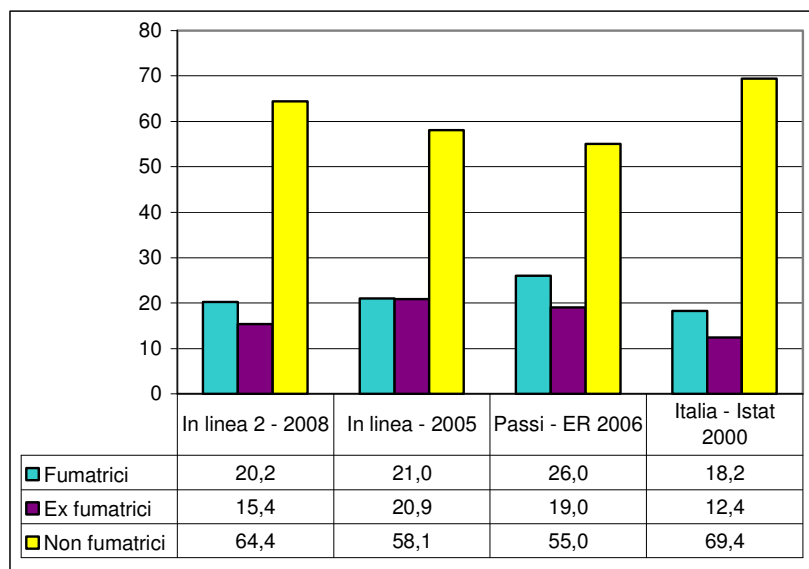
*Confronto con i risultati di altre indagini ("In linea con la salute" 2005, "Passi" Emilia-Romagna 2006 e Italia 2000)*

**Grafico 2.5: Abitudine al fumo di tabacco nei maschi**





**Grafico 2.6: Abitudine al fumo di tabacco nelle donne**



Rispetto all'indagine "In linea con la salute" effettuata tre anni fa, la prevalenza di fumatori a Ferrara è diminuita di circa 3 punti percentuali. Per i maschi la diminuzione è stata particolarmente netta: di quasi cinque punti percentuali (dal 28,6% al 23,9%), mentre per le femmine è stata più contenuta (meno di un punto percentuale). Sembra pertanto confermata anche a Ferrara la tendenza ad avvicinarsi sempre di più dei comportamenti dei due sessi riguardo al fumo, nel senso di una tendenziale diminuzione dei maschi fumatori accompagnata da un aumento delle femmine fumatrici. Infatti, rispetto ai dati italiani del 2000 (Istat), che sono quelli più direttamente confrontabili alle indagini ferraresi del 2008 e del 2005 (l'indagine regionale "Passi" ha una popolazione target più giovane) abbiamo oggi a Ferrara più donne che fumano (due punti percentuali in più) e molti meno uomini (quasi dieci punti percentuali in meno).

*Quanto fumano i fumatori?*

Un elemento rilevante per la misura del rischio è la dose giornaliera di tabacco fumato.

Ciascun fumatore ferrarese fuma in media 12,4 sigarette al giorno.

Nella tabella che segue è riportato il numero medio di sigarette fumate al giorno secondo la classe di età.

Il numero medio di sigarette fumate varia con l'età, tra i 50 e i 69 anni la media è pari a 13,3 sigarette; i giovani (18-34 anni) fumano un po' meno: 11,2 sigarette al giorno. Nelle età più anziane (70-79 anni), tra coloro che non hanno smesso di fumare, non si assiste a una particolare riduzione del numero di sigarette giornaliere, la media è di 10,7 sigarette al giorno.

*Anni in fumo: per quanti anni si fuma?*

L'abitudine al fumo di tabacco si mantiene per molti anni nel corso della vita: a Ferrara, in media, i fumatori attuali hanno fumato per 25,8 anni. La seconda colonna della tabella riporta per quanti anni ha fumato in media ciascun fumatore ferrarese, secondo la classe di età.

**Tabella 2.3: Descrizione dell'abitudine al fumo di tabacco nelle diverse fasce di età**

Classe di età	Numero medio sigarette/giorno	Numero medio anni di fumo
18-34	11,2	9,7
35-49	12,9	24,4
50-69	13,3	40,7
70-79	10,7	53,2
<b>Totale</b>	<b>12,4</b>	<b>25,8</b>

#### 2.1.4 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il nostro peso corporeo rappresenta l'espressione tangibile del "bilancio energetico" tra entrate e uscite caloriche. L'energia viene introdotta con gli alimenti ed è utilizzata dal corpo sia durante il riposo (per mantenere in funzione i suoi organi: cervello, polmoni, cuore, ecc.), sia durante l'attività fisica (per far funzionare i muscoli).

Se si introduce più energia di quanta se ne consuma, l'eccesso si accumula nel corpo sotto forma di grasso, determinando un aumento di peso oltre il necessario.

Secondo le indicazioni scientifiche più accreditate l'obesità è, nella maggior parte dei casi, una condizione di rischio per la salute.

L'obesità rappresenta un fattore di rischio per importanti e diffuse patologie quali ipertensione arteriosa e altre malattie cardio-vascolari, diabete mellito di tipo 2, osteoartrosi, alcune neoplasie, calcolosi, disturbi respiratori.

L'aumento enorme del numero di persone obese ha reso l'obesità un problema di salute pubblica emergente per la maggior parte dei paesi del mondo, tanto da essere definita dall'OMS "un'epidemia globale".

##### *Quante persone sono obese e sovrappeso?*

L'obesità e la condizione di sovrappeso, normopeso o sottopeso vengono normalmente misurate con l'indice di massa corporea (IMC). Questa misura si calcola dividendo il peso (espresso in chilogrammi) per l'altezza, espressa in metri al quadrato.

La situazione ferrarese è riportata nella seguente tabella.

**Tabella 2.4: Peso corporeo (%) nella popolazione della provincia, disaggregato per i due sessi**

	Femmine	Maschi	Totale
Obeso	13,7	14,1	<b>13,9</b>
Sovrappeso	28,3	43,0	<b>35,5</b>
Normopeso	52,8	42,4	<b>47,7</b>
Sottopeso	5,2	0,5	<b>2,9</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Complessivamente le persone sovrappeso e obese nel loro insieme sono un po' di più (49,4%) delle le persone normopeso (47,7%). Una quota molto ridotta (2,9%) della popolazione è sottopeso.

- *Differenze per sesso*

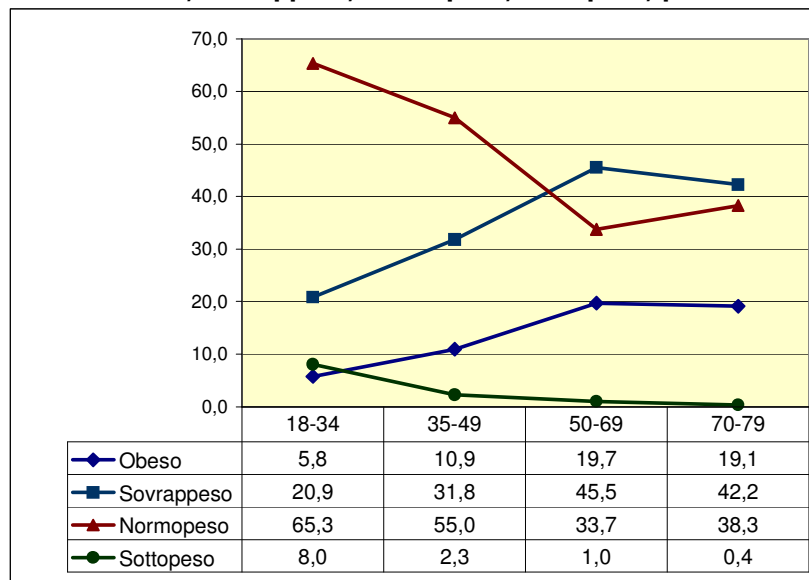
Le differenze di genere per quanto riguarda il peso corporeo sono molto marcate: i maschi mostrano una tendenza più accentuata al sovrappeso e all'obesità. A Ferrara la popolazione femminile presenta una lieve maggioranza di persone normopeso (52,8%), mentre i maschi normopeso sono soltanto il 42,4%. Per contro, la maggioranza degli uomini risulta in sovrappeso (43%, contro il 42,4% di uomini in condizioni di normopeso) mentre le donne sovrappeso sono "appena" il 28,3%.

Le persone in condizioni di sottopeso sono una quota molto bassa (2,9% del campione). Molto probabilmente associata a veri e propri disturbi del comportamento alimentare, questa condizione si concentra quasi esclusivamente nelle persone di sesso femminile.

- *Differenze per età*

All'aumentare dell'età la quota di soggetti obesi aumenta e ancora di più aumenta la percentuale di persone sovrappeso. Come si può osservare dalla tabella che segue, dove è riportata la distribuzione percentuale delle diverse condizioni di peso secondo la classe di età, la quota di persone in sovrappeso e delle persone obese cresce nettamente all'aumentare dell'età. La classe di età nettamente più critica è quella tra 50 e 69 anni: in questa classe il 45,5% delle persone è sovrappeso e quasi il 20% (19,7%) è in condizioni di obesità. Le cose migliorano leggermente, ma non di molto, nella classe più anziana (tra 70 e 79 anni). Le persone sottopeso sono quasi tutte giovani, nella classe tra 18 e 34 anni sono l'8%.

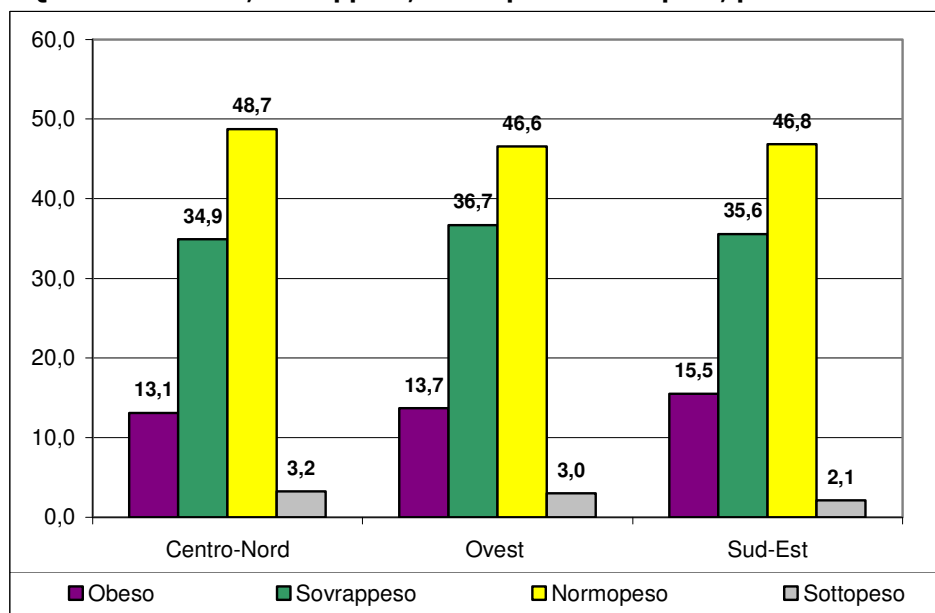
**Grafico 2.7: Quota % di obesi, sovrappeso, normopeso, sottopeso, per classi di età**



- *Differenze per Distretto sanitario*

Osservando la tabella che segue è possibile cogliere alcune differenze tra i distretti sanitari. La quota di persone obese è nettamente più alta nel Distretto Sud-Est (15,5%). La quota di normopeso è invece nettamente più elevata al Centro-Nord (48,7%: due punti in più rispetto agli altri due distretti). I sottopeso sono maggiormente diffusi al Centro-Nord e all'Ovest. Anche per quanto riguarda le condizioni di sovrappeso e obesità, insomma, il Distretto Sud-Est sembra offrire un quadro complessivamente peggiore degli altri due distretti.

**Grafico 2.8: Quota % di obesi, sovrappeso, normopeso e sottopeso, per Distretto sanitario**



- *Confronto con "In linea con la salute - 2005" e con i risultati di altre indagini*

Rispetto ai dati ricavati nella prima edizione di "In linea con la salute", effettuata nel 2005, la situazione di Ferrara è un po' peggiorata, soprattutto per quanto riguarda la quota di obesi, che sono oggi il 13,9% della popolazione adulta, contro il 12,6% di tre anni fa (l'aumento è stato di 1,3 punti percentuali).

**Tabella 2.5: Categorie di peso evidenziate a Ferrara (provincia), indagini 2005 e 2008**

	Ferrara In linea 2 - 2008	Ferrara In linea - 2005	Emilia Romagna Passi 2006	Ferrara differenza 2005-2008
Obeso	13,9	12,6	12,0	+1,3
Sovrappeso	35,5	35,9	30,0	-0,4
Normopeso	47,7	48,6	55,0	-0,9
Sottopeso	2,9	2,9	3,0	0,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Il dato ferrarese è nettamente peggiore anche del dato regionale: secondo lo studi "Passi" (2006) infatti gli obesi sono il 12% della popolazione, mentre le persone in sovrappeso si fermano al 30% (ricordiamo però che in quest'ultima indagine non sono considerate le persone tra 70 e 79 anni ed è pertanto ragionevole attendersi un numero inferiore di sovrappeso e di obesi).

*Le abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura*

Per quanto riguarda le abitudini alimentari è stata chiesta un'informazione riguardante il numero di porzioni di frutta e verdura consumate quotidianamente. È noto che la raccomandazione minima per uno stile di vita sano consiglia il cosiddetto "five a day", cioè di consumare un numero minimo di cinque porzioni al giorno di frutta e/o verdura, cruda o cotta. Riportiamo qui la quota percentuale di persone che ha dichiarato di consumare almeno 5 porzioni di frutta o verdura al giorno, per sesso, classe di età e Distretto sanitario.

**Tabella 2.6: Consumo di frutta e verdura per sesso (confronto con RER), per classi di età e per Distretto**

	Femmine	Maschi	Totale	Passi ER 2006	Passi ER 2005
5 o più porzioni	20,5	14,4	17,5	12,9	13,7

	18-34	35-49	50-69	70-79	Totale
5 o più porzioni	12,9	18,3	21,8	13,8	17,5

	Centro-Nord	Ovest	Sud-Est	Totale
5 o più porzioni	18,3	14,0	18,9	17,5

La quota di persone che consumano quotidianamente frutta o verdura almeno 5 volte è piuttosto elevata: il 17,5%, un dato superiore al dato regionale di Passi del 2006 (12,9%, ma ricordiamo che per "Passi" è diversa la popolazione target). Il consumo di frutta o verdura è molto più diffuso tra le donne, per le quali raggiunge la quota del 20,5%, e meno diffuso tra gli uomini (14,4%).

Il consumo di frutta o verdura è molto diffuso soprattutto nelle classe tra 50 e 69 anni, e molto poco diffuso tra i giovani (12,9% nella classe 18-34 anni). Anche la classe di età più anziana (70-79 anni) non è una forte consumatrice di frutta o verdura (13,8%).

Nei tre distretti sanitari si rilevano comportamenti abbastanza differenziati: mentre il Distretto Centro-Nord e il Sud-Est non differiscono tra loro, si segnala un comportamento decisamente meno "virtuoso" per il Distretto Ovest (14%).

### 2.1.5 Il consumo di alcol

La lunga consuetudine nella nostra tradizione culturale con le bevande alcoliche fa dimenticare che l'alcol è una sostanza tossica. Il consumo di alcol è associato alle malattie croniche con effetti diversi a seconda della quantità consumata: a piccole dosi (una *unità alcolica*<sup>6</sup> al giorno per le donne e due unità alcoliche per gli uomini) sembra esercitare un effetto protettivo<sup>7</sup> mentre a dosi superiori aumenta il rischio di ipertensione, miocardiopatia dilatativa e malattie

<sup>6</sup> Una *unità alcolica* equivale a: un calice di vino (125 ml) a 11°, oppure una lattina di birra (330 ml) a 5°, oppure un bicchierino di superalcolico.

<sup>7</sup> Se mezzo bicchiere di vino al giorno può contribuire alla riduzione del rischio per infarto del miocardio, allo stesso tempo incrementa significativamente il rischio per cancro, cirrosi epatica, incidenti e malattie della circolazione.

cerebrovascolari<sup>8</sup>. L'alcol ad alte dosi è, ad esempio, una sostanza tossica per il muscolo cardiaco. Anche la frequenza ed il modo con il quale viene consumato l'alcol (es. lontano dai pasti oppure per ubriacarsi) sono importanti per i danni alla salute. Inoltre l'ingestione di alcol altera sempre la lipemia e può comportare anche un eventuale eccesso di apporto calorico con ripercussioni sull'assetto lipidico e sul peso corporeo.

#### *Il consumo di bevande alcoliche in generale*

Il 63,7% dei ferraresi dichiara di aver consumato almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese: il 78,8% dei maschi e il 49,4% delle femmine bevono bevande alcoliche.

**Tabella 2.7: Quota % di consumatori di bevande alcoliche, nella presente indagine e in alcune indagini precedenti**

	In linea 2 - 2008	In linea – Ferrara 2005	Passi – ER 2006
Consumatori di alcol, maschi	78,8	89,3	78,7
Consumatori di alcol, femmine	49,4	65,9	61,5
<b>Consumatori, totale</b>	<b>63,7</b>	<b>77,0</b>	<b>71,7</b>

Il dato secondo il genere appare molto positivo, nettamente inferiore al 71,7% che si registra a livello regionale<sup>9</sup> (Passi, 2006), e è dovuto in modo quasi esclusivo ai comportamenti più "virtuosi" delle femmine, per le quali la differenza (in meno) rispetto al dato regionale è di oltre dieci punti percentuali. Il dato è molto inferiore anche al dato ferrarese del 2005, che era pari al 77%: si tratta tuttavia di un dato non confrontabile con quelli della presente indagine, perché in quell'indagine il quesito era posto con modalità completamente diverse<sup>10</sup>.

A titolo di confronto con il livello nazionale, notiamo che le stime dell'Osservatorio Nazionale fumo, alcol, droga<sup>11</sup> riportavano, per il 2001, una prevalenza di consumo nazionale del 75%.

- *Consumatori di alcol per età*

I bevitori di bevande alcoliche sono soprattutto giovani. La quota di bevitori in generale è infatti massima nella classe di età più giovane (18-34) anni, mentre si riduce fino ad arrivare al 56,7% nella classe di età anziana (70-79 anni).

- *Consumatori di alcol per Distretto*

Le differenze tra i vari distretti sono modeste: la quota di bevitori è leggermente più elevata nel Centro-Nord (quasi il 65%), mentre è un po' più bassa della media provinciale nei rimanenti due distretti.

- *Consumatori di alcol a rischio*

Nell'ambito del consumo di alcol sono considerate abitudini di consumo a maggior rischio:

- ◇ bere più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 unità alcoliche al giorno per le donne
- ◇ bere fuori pasto
- ◇ bere 6 o più unità alcoliche in una sola occasione ("binge" drinking).

#### *I "forti bevitori"*

Si considerano "forti bevitori" coloro che, se maschi, hanno bevuto nell'ultimo mese più di 3 unità alcoliche al giorno, oppure, se femmine, hanno bevuto, sempre nell'ultimo mese, più di 2 unità alcoliche al giorno.

Si dichiarano forti bevitori una proporzione molto bassa (1,7%) dei rispondenti.

<sup>8</sup> Baer D. et al. Am J Clin Nutr 2002;75:593

<sup>9</sup> Va tuttavia ricordato che la popolazione target di "Passi" è diversa, non comprendendo la classe di età 70-79 anni.

<sup>10</sup> Nell'indagine del 2005 il quesito era posto con modalità diverse rispetto a quella del 2008. Nel 2005 si faceva riferimento alle "abitudini" di consumo delle bevande alcoliche, e non all'effettivo consumo, da parte del rispondente, negli ultimi 30 giorni.

<sup>11</sup> E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) online [www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad)

**Tabella 2.8: Forti bevitori, per genere nelle indagini a confronto**

	In linea 2 - 2008	Passi - ER 2006	Passi - ER 2005
Forti bevitori, maschi	3,1		
Forti bevitori, femmine	0,4		
<b>Forti bevitori, totale</b>	<b>1,7</b>	<b>9,0</b>	<b>6,0</b>

*I bevitori "fuori pasto"*

Un'altra caratteristica delle modalità di assunzione delle bevande alcoliche che si considera potenzialmente "a rischio" riguarda il fatto di bere alcol prevalentemente (o esclusivamente) durante i pasti, oppure prevalentemente (o esclusivamente) fuori dai pasti.

Nella tabella che segue riportiamo, disaggregata per i due sessi, la quota di coloro che bevono alcolici esclusivamente (o prevalentemente) fuori pasto.

**Tabella 2.9: Bevitori fuori pasto, per genere nelle indagini a confronto**

	In linea 2 - 2008	Passi - ER 2006
Bevitori fuori pasto, maschi	9,2	
Bevitori fuori pasto, femmine	4,6	
<b>Bevitori fuori pasto, totale</b>	<b>6,9</b>	<b>7,0</b>

*I bevitori "binge"*

Infine, l'ultima particolare modalità di assunzione di bevande alcoliche che consideriamo è il cosiddetto "binge drinking", cioè il consumo tipico di coloro che bevono alcol solo in particolari occasioni (non quotidianamente), ma che in quelle occasioni assumono, in una sola volta, forti quantità di alcol (convenzionalmente si considerano sei unità alcoliche o più). Sostanzialmente questi soggetti, che non sono bevitori abituali, sperimentano con frequenza abbastanza ridotta (al massimo una volta la settimana, spesso una o due volte al mese) episodi di ebbrezza alcolica, con tutti i rischi per la salute che ne conseguono, ai quali vanno poi aggiunti gli ulteriori rischi "comportamentali" legati allo stato di ebbrezza (per questi soggetti, la guida in stato di ebbrezza implica un fortissimo rischio di incidente stradale nelle ore successive all'assunzione di alcol). Il "binge drinking" è una modalità di consumo tipica delle classi di età giovanili.

**Tabella 2.10: Bevitori "binge", per genere nelle indagini a confronto**

	In linea 2 - 2008	Passi - ER 2006	Passi - ER 2005
Bevitori "binge", maschi	4,3		
Bevitori "binge", femmine	0,8		
<b>Bevitori "binge", totale</b>	<b>2,5</b>	<b>10,0</b>	<b>9,0</b>

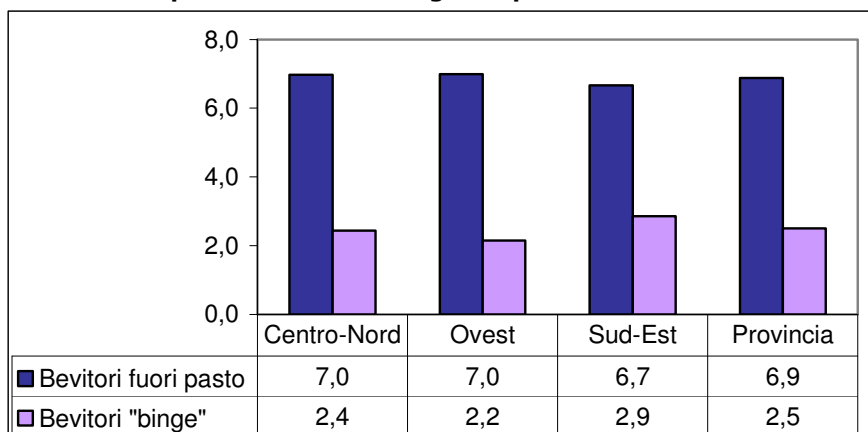
- *Consumatori di alcol a rischio per età*

Il fenomeno dei bevitori fuori pasto è quasi esclusivamente giovanile: nella classe più giovane, infatti, ben il 24% delle persone di quella classe di età dichiara di bere esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, mentre nelle età successive tale quota diventa quasi trascurabile. Marcatamente giovanile è anche il fenomeno del "binge drinking", che raggiunge una quota del 6% tra i più giovani, mentre è quasi inesistente alle età successive.

- *Consumatori di alcol a rischio per Distretto*

Per quanto riguarda i bevitori fuori pasto non si segnalano differenze tra i tre distretti sanitari. Qualche piccola differenza tra i distretti si nota invece per il "binge drinking", comportamento che è un po' più frequente nel Distretto Sud-Est (2,9% contro il 2,5% provinciale), mentre è più basso all'Ovest (2,2%).

**Grafico 2.9: Bevitori fuori pasto e bevitori "binge" in provincia e nei distretti sanitari, 2008**



### 2.1.6 Fattori di rischio per la salute: ipertensione e ipercolesterolemia

L'inserimento di questi due fattori di rischio nell'ambito di un'indagine che esplora le abitudini dei ferraresi è motivato dal fatto che il controllo di tali fattori di rischio può essere ottenuto, in quasi tutte le persone interessate, con stili di vita adeguati.

L'ipertensione è l'aumento della pressione del sangue oltre il valore di 140/90 mmHg<sup>12</sup>. Si tratta di una situazione subdola, che produce disturbi solo con valori alti (>180/110) ma che già con valori pari a 140/90 danneggia le pareti delle arterie ed è perciò un fattore di rischio per il cuore ed i vasi in genere.

Esistono fattori genetici predisponenti all'ipertensione, tuttavia nell'insorgenza dell'ipertensione sono coinvolti soprattutto gli stili di vita (alimentazione: consumo di sale, alcol, fumo, attività fisica, sovrappeso).

Il livello di colesterolo totale (somma di colesterolo LDL e di colesterolo HDL) è elevato quando è superiore a 200 mg/ml. Oggi, però, sappiamo che questo non è un dato che determina in modo assoluto il "rischio cardiovascolare"; si deve valutare il rapporto tra colesterolo totale e colesterolo HDL ("colesterolo buono"), che deve essere inferiore a 5 per l'uomo e a 4,5 per la donna. Per la valutazione del rischio cardiovascolare è bene rivolgersi al proprio medico. Il colesterolo è solo in parte introdotto con l'alimentazione, prevalentemente è prodotto nel fegato.

La familiarità ha un ruolo rilevante per la comparsa di ipercolesterolemia, ma uno stile di vita con un'alimentazione con la giusta quantità di calorie (per evitare sovrappeso) e ricca di vegetali e una regolare attività fisica sono importanti per controllare il colesterolo. Il fumo è responsabile, invece, di un colesterolo HDL basso.

#### *La situazione ferrarese*

Il 24,6% degli intervistati ha riferito una diagnosi di ipertensione da parte di un medico. Il 23,9% delle persone intervistate ha riferito una diagnosi di ipercolesterolemia da parte di un medico.

Il numero di persone che presenta le due condizioni di rischio si allinea, a grandi linee, con il risultato della precedente indagine ferrarese (da segnalare però un aumento delle diagnosi riferite di ipercolesterolemia) e della indagine PASSI 2005.

**Tabella 2.11: Fattori di rischio di patologia cardiovascolare**

	Ferrara - In Linea - 2008	Ferrara - In linea - 2005	ER - Passi - 2005
Iperensione	24,6	25,2	24,1
Ipercolesterolemia	23,9	21,5	25,8

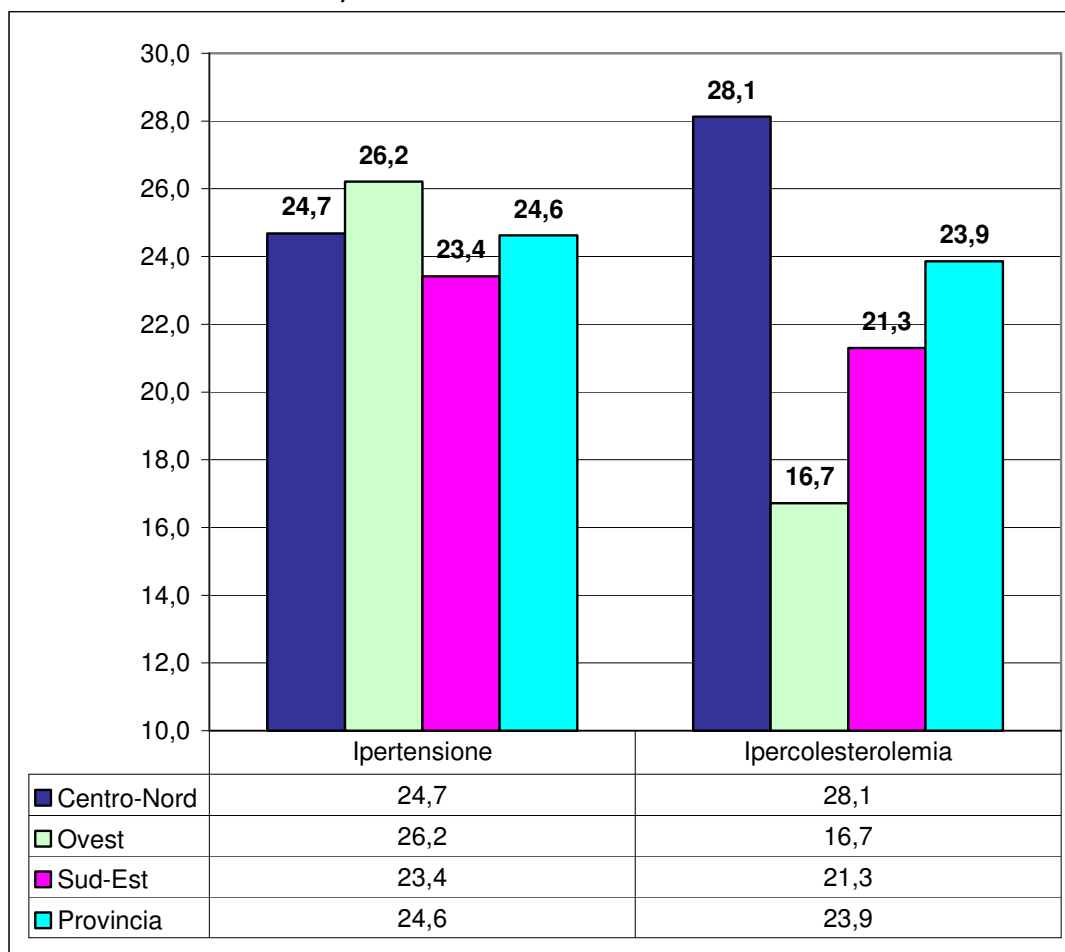
<sup>12</sup> La I cifra (massima) è la pressione sistolica cioè la potenza di pompaggio del cuore.

La II cifra (minima) è la pressione diastolica, cioè la tensione delle arterie in cui il sangue circola.

**Tabella 2.12: Fattori di rischio di patologia cardiovascolare per classe di età**

	18-34	35-49	50-69	70-79	Totale
Ipertensione	2,4	12,4	37,8	49,1	<b>24,6</b>
Ipercolesterolemia	9,1	19,7	32,8	31,0	<b>23,9</b>

Le persone che riferiscono ipertensione e ipercolesterolemia hanno 50 anni e più, per la massima parte.

**Grafico 2.10: Quota % di persone con diagnosi di ipertensione e di ipercolesterolemia in provincia e nei distretti sanitari, 2008**

Il grafico illustra chiaramente che i due fattori di rischio hanno due distribuzioni territoriali completamente diverse, pur partendo da medie provinciali abbastanza simili (24,6 e 23,9%). L'ipertensione si distribuisce abbastanza omogeneamente in provincia, sia pure con una maggiore prevalenza (+1,2%) nel Distretto Ovest.

L'ipercolesterolemia oscilla dal 16,7% nel Distretto Ovest al 28% del Distretto Centro-Nord. La combinazione sinergica dei diversi stili di vita, che presentano percentuali diverse nei tre distretti sanitari (riportate sinteticamente nella tabella che segue), probabilmente spiega almeno in parte le distribuzioni osservate.

L'informazione della popolazione ha un ruolo cruciale per la prevenzione dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia. Una recente ricerca<sup>13</sup> condotta in cinque paesi europei, tra i quali l'Italia, ha evidenziato una scarsa percezione nella popolazione del problema rappresentato dall'ipertensione e dall'ipercolesterolemia. Una maggiore consapevolezza dell'importanza di questi due fattori di rischio, della loro individuazione e della loro prevenzione è il primo obiettivo da conseguire.

<sup>13</sup> Erhardt & Hobbs Int J Clin Pract 2002; 56:632



## 2.2 I comportamenti a rischio

### 2.2.1 Uso e abuso di alcol

L'uso di sostanze psicoattive, tra le quali va compreso a tutti gli effetti l'alcol, costituisce un importante problema sociale e di salute nel ferrarese, nella varietà di sostanze e modalità che può assumere.

La tabella seguente riassume i risultati di diverse indagini recenti sull'uso di sostanze in provincia di Ferrara. Si tratta di indagini tra loro molto disomogenee, utili comunque per cogliere il segnale (univoco e coerente) di un'alta prevalenza dell'abuso alcolico nei giovani.

**Tabella 2.13: Consumo di alcol tra i giovani a Ferrara**  
(tra parentesi: classe di età a cui si riferisce il dato riportato)

	MAC-A <sup>14</sup> (15-18)	OEDP <sup>15</sup> (13-21)	CARID <sup>16</sup> (15-20)	In linea con la salute 2 <sup>17</sup> (18-34)	“Viva la notte” <sup>18</sup> (14-29)	“Ai lidi col camper” <sup>19</sup>	OEDP <sup>20</sup> *	Confronto: Italia <sup>21</sup>
<b>Non bevono mai alcol</b>	16%	M 29% F 44%	26%	33%	-	-	26%	28% (18-24)
<b>Bevono alcol</b>	82%	M 39% F 21%	74% ?	67%	-	-	74%	72% <sup>22</sup> (18-24)
<b>Si sono ubriacati (1 o più volte)</b>	-	43%	42%	6%	-	-	33%	8% <sup>23</sup>
<b>Alcolemia &lt;0,5</b>	-	-	-	-	Inverno 27% Estate 40%	Estate 54%	-	-
<b>Alcolemia &gt;0,5</b>	-	-	-	-	Inverno 73% Estate 60%	Estate 46%	-	-

\* si sono ubriacati una o più volte negli ultimi 6 mesi

La lettura della tabella deve tenere conto di due importanti limiti dei dati riportati:

- 1) i risultati di alcuni studi locali possiedono un valore esclusivamente qualitativo: danno un'indicazione sull'ordine di grandezza del fenomeno (non sono riferiti a un campione costruito per una lettura autonoma);
- 2) gli studi richiamati hanno utilizzato domande diverse per indagare gli atteggiamenti dei giovani verso l'alcol. Pertanto i risultati hanno dovuto essere ricondotti alle categorie predeterminate in tabella: questa operazione ha introdotto, ovviamente, un elemento di soggettività e dunque un margine di errore aggiuntivo.

L'ordine di grandezza è comunque abbastanza in linea tra i risultati dei diversi studi, salvo il “binge drinking”. I bevitori binge sono coloro che hanno dichiarato di aver bevuto almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione.

Il confronto di questa tabella con la successiva consente di affermare che l'alcol è la principale sostanza di abuso per i giovani; lo è anche per l'intera popolazione, subito dopo il fumo.

Infatti il consumo di alcol in Italia è un'abitudine diffusa e socialmente accettata, che deve però fare i conti con modelli di consumo in evoluzione, soprattutto tra i giovani (binge drinking).

<sup>14</sup> Bimbo A. Ricerca intervento sul consumo di alcolici tra i giovani ferraresi – Progr. dipendenze patologiche ASL FE

<sup>15</sup> Sorio C. Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara – Marzo 2004, Programma dipendenze patologiche Ausl Ferrara

<sup>16</sup> CARID Il disagio giovanile e adolescenziale: una ricerca empirica nelle province di Bologna, Ferrara e Ravenna. 2003

<sup>17</sup> De Togni A. Pasetti P. In linea con la salute 2, Azienda Usl di Ferrara

<sup>18</sup> Assessorato alla cultura della provincia di Ferrara – Progetto “Vivalanotte” 2002

<sup>19</sup> Garuti C. & Baraldi F. Ai lidi col camper, 2006 Ausl Ferrara (report) (età media: 28 anni)

<sup>20</sup> Osservatorio epidemiologico dipendenze patologiche Ausl Ferrara – Rapporto 2006

L'alto numero di persone esposte all'alcol costituisce un importante problema in quanto l'alcol è il terzo fattore di rischio per la salute, per importanza, dopo tabacco e ipertensione (più si consuma, maggiore è il rischio).

Dalla Relazione<sup>24</sup> del Ministro della Salute sugli effetti dell'alcol:

*"L'alcol è una sostanza tossica e cancerogena riconosciuta: il suo uso non merita alcun incentivo. A fronte di questo dato scientifico, esiste una sovrastima dei benefici: il livello di consumo alcolico associato con il più basso rischio di morte è prossimo allo zero.*

*- L'alcol è causa di disordini comportamentali e mentali*

*[i danni causati dal bere degli altri vanno dai problemi sociali come lo schiamazzo notturno fino a conseguenze più serie quali abuso di minori, violenze e omicidi] [16% degli abusi e abbandoni di minori].*

*- L'uso inadeguato oppure eccessivo provoca danni fisici e psichici, con insorgenza di patologie acute e croniche quali la cirrosi epatica e la psicosi alcolica e aumento della mortalità (anche da incidenti stradali) [6% delle morti nei maschi e 2% delle morti tra le femmine]*

*[il peso dell'alcol è maggiore sui giovani: 25% delle morti nei maschi e 10% nelle giovani]*

*- L'alcol è una sostanza psicotropa e può dare dipendenza.*

*In Italia, la Società Italiana di Alcolologia, stima che i decessi attribuibili ai problemi e alle patologie alcol-correlati (PPAC) risultino pari al 3% delle morti per tutte le cause, andando a costituire la terza - quarta causa di morte.*

*Inoltre le stime addebitano all'alcol tra il 10 ed il 50% delle cause di ricoveri ospedalieri in Italia.*

*Se fino a qualche anno fa l'alcolismo veniva considerato un problema personale di ordine etico, oggi anche l'opinione pubblica tende a considerarlo un problema di salute e sociale: infatti molti danni causati dall'alcol sono sopportati da persone diverse dai bevitori (in particolare i minori)."*

*L'alcol non è percepito come fattore di rischio*

Questa percezione del rischio distorta riguarda sia la popolazione sia gli operatori sanitari.

E' sintomatico che oltre il 30% dei quindicenni riferisca consumo abituale di alcol (in presenza di un divieto di somministrare alcol ai minori!).

A ciò si aggiunga che, secondo PASSI, in Emilia-Romagna solo il 16% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo l'11% dei bevitori a rischio, il 12% dei "binge", l'11% di chi beve fuori pasto ed il 14% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

### 2.2.2 L'uso di sostanze psicoattive

*Gli utenti dei SerT*

La domanda di trattamento costituisce un primo importante indicatore della situazione d'abuso di sostanze. In questo senso i report dell'Osservatorio epidemiologico per le dipendenze patologiche<sup>25</sup> offrono molti dati sulla situazione.

Nel 2006 complessivamente i soggetti seguiti dai SerT dell'ASL di Ferrara sono stati 2.072, di cui i residenti (1700) sono suddivisibili nelle seguenti categorie:

- 963 tossicodipendenti da sostanze illegali
- 384 alcolisti
- 327 tabagisti
- 26 Gap (giocatori d'azzardo patologici)

<sup>24</sup> Dalla RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 "LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL-CORRELATI"

<sup>25</sup> Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche Azienda Usl di Ferrara - Rapporto 2006: L'utenza e i servizi della provincia di Ferrara - 2006

Il numero di residenti che afferiscono ai servizi è stato pari a 5 ogni mille residenti pari età (15-54 anni) nel 2006 (nel 2005: 5,5‰; molto simile al 5,6‰ regionale). Il confronto è possibile solo con il 2005 in quanto gli ultimi dati pubblicati dall'Osservatorio regionale si riferiscono al 2005.

L'afflusso di nuovi utenti ai SerT si mantiene stazionario, circa 1 per mille residenti ogni anno. Per quanto riguarda la prevalenza (numero di persone con diagnosi di dipendenza patologica), si nota una forte disomogeneità all'interno della provincia:

- Distretto Ovest: 3‰
- Distretto Centro-Nord: 5,7‰ (alcuni comuni contano il 10‰)
- Distretto Sud-Est: 5,4‰

#### *L'uso nella popolazione generale*

L'utenza dei SerT costituisce solo la "punta dell'iceberg" di un fenomeno molto diffuso, come ha recentemente evidenziato una interessante ricerca indiretta sull'uso della cocaina<sup>26</sup>. La cocaina può contribuire in maniera significativa alla morte, in considerazione dei problemi cardiovascolari che comporta (aritmie, infarto miocardico, emorragie cerebrali), particolarmente laddove vi siano le condizioni predisponenti (aneurisma cerebrale o insufficienza cardiaca subclinica). Molti di questi casi probabilmente passano inosservati, per mancanza di consapevolezza e/o per le diverse circostanze sociali in cui versano le vittime rispetto a chi fa uso di oppiacei.

Oltre alla cocaina, anche il consumo di cannabis e di stimolanti del tipo anfetamine (MDMA, ecc) è in continuo aumento.

La successiva tabella riporta alcuni dati per inquadrare la situazione ferrarese. Si tratta di indagini tra loro molto disomogenee, utili comunque per cogliere alcuni segnali sull'uso di sostanze psicoattive da parte dei giovani.

**Tabella 2.14: Consumo di alcune sostanze psicoattive tra i giovani a Ferrara**

	OEDP <sup>27</sup> (13-21)	CARID <sup>28</sup> (15-20)	OEDP <sup>29</sup> *	Confronto: Italia <sup>15</sup> (15-19) LYP
<b>Uso derivati della cannabis</b>	23,6%	19,2%	19%	24%
<b>Uso di ecstasy o altre sostanze</b>	5,4%	5,2%	4%	3%
<b>Uso di cocaina</b>	5,6%	8%		5%
<b>Uso di eroina</b>	3%	-		2%

*LYP: prevalenza di uso di droghe nell'ultimo anno*

*\*Una o più volte negli ultimi 6 mesi*

La cannabis è la sostanza illegale più frequentemente utilizzata in Europa: quasi un quarto di tutti gli adulti ha provato la cannabis almeno una volta nella vita, e una persona su sette ne ha fatto uso nell'ultimo anno. Una recente ricerca<sup>30</sup> ha rilevato fra i consumatori di cannabis un aumento di 6 volte del rischio di tumore del polmone, al netto del rischio da fumo di tabacco. Più che nella popolazione in generale, tuttavia, si tratta della sostanza illecita di gran lunga più diffusa tra giovani e giovanissimi.

Il consumo di droga tra gli adolescenti, che sono in fase di crescita sia fisica che sociale, è un aspetto particolarmente problematico. La tabella precedente mostra come, anche tra i giovanissimi ferraresi, l'uso di droghe, abituale o episodico, sia presente con notevoli prevalenze d'uso: circa un terzo degli studenti ha riferito di aver usato o continuare a usare *cannabis* e derivati.

<sup>26</sup> Nel tratto del fiume Po a monte di Pavia, che drena una zona dove vivono 5 milioni di persone, secondo una ricerca, finiscono le tracce di circa 40 mila dosi (equivalenti a 4 kg) di cocaina al giorno, oltre il doppio rispetto alle 15 mila di uso stimato, tra i ragazzi, dal Ministero del Welfare. Questo risultato dà una stima della prevalenza d'uso tra i giovani pari a circa 27 assuntori per mille abitanti. Il fenomeno è diffuso ugualmente in tutta Italia: infatti risultati simili sono stati ottenuti in quattro città medio-piccole dal Nord al Sud. Tratto da: Zuccato e al. Cocaine in surface waters: a new evidence-based tool to monitor community drug abuse *Environmental Health: A Global Access Science Source* 2005, 4:14

<sup>27</sup> Sorio C. Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara – 2004 Progr. D.P. ASL FE

<sup>28</sup> CARID Il disagio giovanile e adolescenziale: una ricerca empirica nelle province di Bologna, Ferrara e Ravenna. 2003

<sup>29</sup> Osservatorio epidemiologico dipendenze patologiche ASL Fe – rapporto 2006

<sup>30</sup> Aldington et al. Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study *Eur Respiratory J.* 2007

### 2.2.3 I comportamenti alla guida

Una categoria assai importante per i risvolti sociali e sanitari è costituita dai comportamenti dei ferraresi alla guida. Il comportamento è fortemente connesso con il problema dell'uso di alcol (il rischio di provocare un sinistro del traffico<sup>31</sup> aumenta già dell'80% con una alcoemia uguale a 0,5, il limite di legge, rispetto ad alcoemia zero), di sostanze psicoattive e, non meno importante, di farmaci.

Si tratta di uno dei tre fattori di rischio coinvolti nella genesi dei sinistri stradali:

- 1) condizioni delle strade e della segnaletica
- 2) condizioni del veicolo
- 3) comportamenti del guidatore

È importante affrontare questo argomento in quanto Ferrara presenta una situazione peculiare nel panorama della sicurezza stradale: si registra un numero abbastanza basso di sinistri stradali ma un numero di feriti e di morti sproporzionato. Occorre segnalare che il trend è nel complesso in diminuzione.

Gli argomenti centrali sono: la guida dopo aver bevuto alcol, il comportamento alla guida (soprattutto la velocità) e l'uso dei dispositivi di sicurezza.

#### *Guida e consumo di alcol*

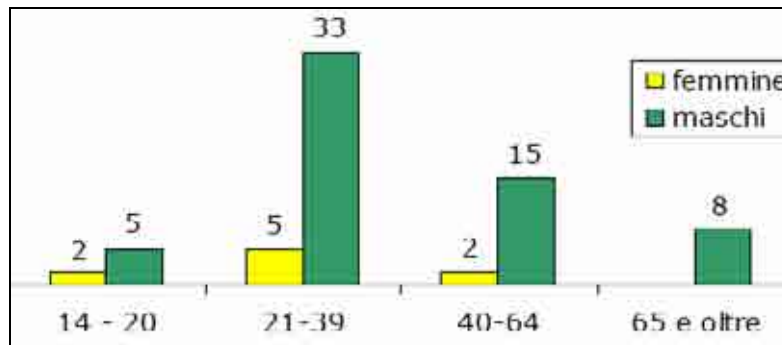
Secondo l'indagine PASSI 2007, un sesto dei residenti è esposto a rischi aumentati di incidente a causa della guida intrapresa troppo presto<sup>32</sup> dopo aver bevuto.

L'alcol è considerato una tra le cause più frequenti di incidente e di mortalità stradale: stime basate sui risultati di studi condotti in aree circoscritte sostengono che in Italia oltre un terzo della mortalità stradale sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza.

I dati più recenti riferiti alla provincia di Ferrara mostrano che nel corso del 2005 e del 2006 sono stati individuati 157 conducenti coinvolti in incidenti con alcoemia superiore al limite legale (pari al 5% degli incidenti).

Si tratta di percentuali basse, legate ai casi riscontrati e misurati, che non descrivono il fenomeno. Lo conferma il crescente numero di patenti sottoposte a revisione per alcoemia superiore al limite: molte persone ignorano i meccanismi e i rischi connessi all'uso di alcol.

**Grafico 2.11: Rilevazione effettuate dopo incidente stradale nel 2006, per sesso ed età (70 casi)**



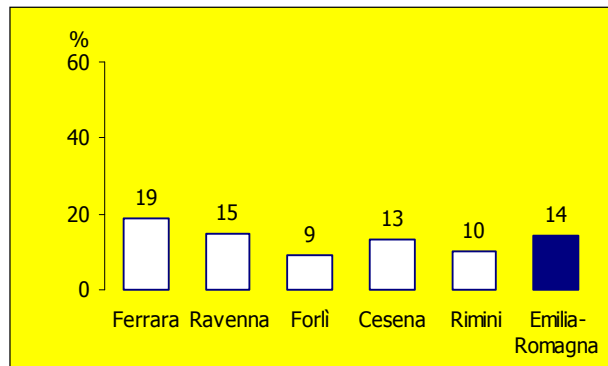
Tutti i conducenti coinvolti in incidente stradale dovrebbero essere sottoposti a controllo obbligatorio dell'alcoemia. La limitazione di questi controlli di fatto si traduce in una mancata dissuasione dalla guida per le persone che hanno consumato alcol prima di mettersi alla guida. La necessità di un approccio più efficace in questo ambito è sottolineata dai risultati dell'indagine PASSI, che ha esplorato, tra l'altro, la guida successiva al consumo di alcol.

<sup>31</sup> il termine comunemente usato "incidente stradale" rafforza l'idea che i sinistri stradali siano un fatto accidentale e pertanto inevitabile: lo scotto da pagare al progresso e all'esigenza di mobilità. Per sottolineare l'erroneo convincimento, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato lo slogan "road safety is no accident", oltre che per incitare a lavorare per la prevenzione dei sinistri del traffico.

<sup>32</sup> Approssimativamente vanno calcolate due ore per un'unità alcolica e aggiunta un'ora per ogni ulteriore unità alcolica bevuta (1 unità alcolica=1 bicchiere di vino o una lattina di birra o un bicchierino di liquore o altro superalcolico).

Dall'indagine regionale PASSI 2007(dati preliminari), si apprende che il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine (range dal 12% di Forlì al 20% di Ferrara); questa abitudine è più diffusa tra i giovani (27%) e negli uomini (31%) in maniera statisticamente significativa rispetto alle donne (5%).

**Grafico 2.12: Percentuale conducenti sotto l'effetto di alcol (PASSI 2007; al 31/03/2008)**  
(entro 1 ora dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche)



I maggiori determinanti di questo comportamento risultano, sorprendentemente, un elevato livello di istruzione e l'età giovane.

Il 16% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

La figura assembla i risultati registrati nelle Aziende USL della costa nel corso di due indagini effettuate in due anni successivi (2005 e 2006).

La prevalenza dichiarata di guida sotto l'effetto dell'alcol varia nelle diverse province, senza differenze statisticamente significative quando opportunamente considerate tenendo conto dell'anno dell'indagine.

Gli interventi più efficaci sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività di controllo da parte delle forze dell'ordine.

#### *La velocità alla guida*

Un solo dato evidenzia l'importanza della velocità tra le cause di incidente stradale: ogni riduzione di velocità di 1 km/h riduce del 2% il numero di incidenti. Lavorando su questo obiettivo, la Francia ha ottenuto un grande successo nella riduzione degli incidenti.

Il rapporto di pericolosità<sup>33</sup> può essere utilizzato come indicatore indiretto della velocità dei veicoli coinvolti in un incidente stradale.

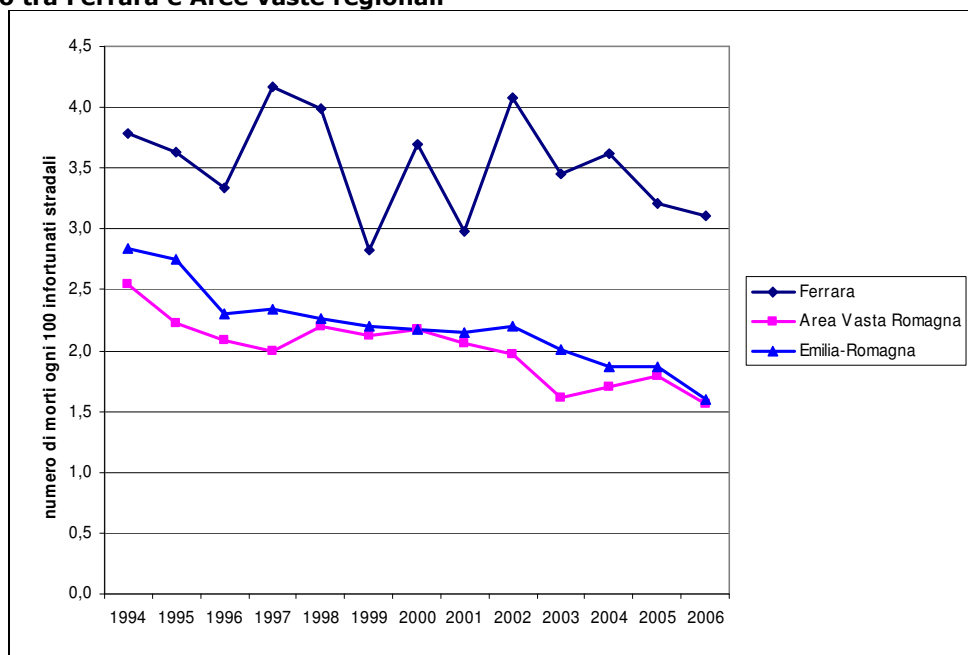
La figura riporta l'andamento dell'indicatore "rapporto di pericolosità" in tre aree distinte: Ferrara, Romagna e Emilia Romagna.

Spicca il più elevato valore dell'indicatore a Ferrara. Le condizioni ambientali (strade diritte, molto lunghe, piatte) probabilmente favoriscono una guida a più elevata velocità dei veicoli.

Una possibile spiegazione della maggiore mortalità stradale ferrarese potrebbe consistere in una più elevata velocità dei veicoli coinvolti negli incidenti. Va notato peraltro come questa ipotesi contrasti con il minor numero di incidenti che si verifica nel ferrarese.

<sup>33</sup> Rapporto di pericolosità = numero di morti / numero di feriti + numero di morti

**Grafico 2.13: Rapporto di pericolosità degli incidenti dal '94 al 2006 (morti/morti+feriti), confronto tra Ferrara e Aree vaste regionali**

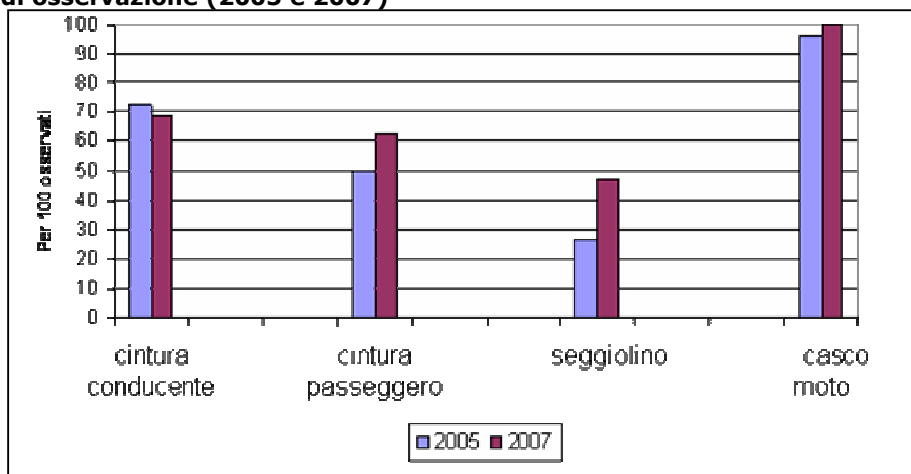


*Uso dei dispositivi di sicurezza*

L'uso delle cinture e dei dispositivi di sicurezza per i bambini costituisce un intervento tanto efficace quanto trascurato. Sono state condotte due campagne di rilevazione, nel 2005 e nel 2007, presso diversi comuni della provincia.

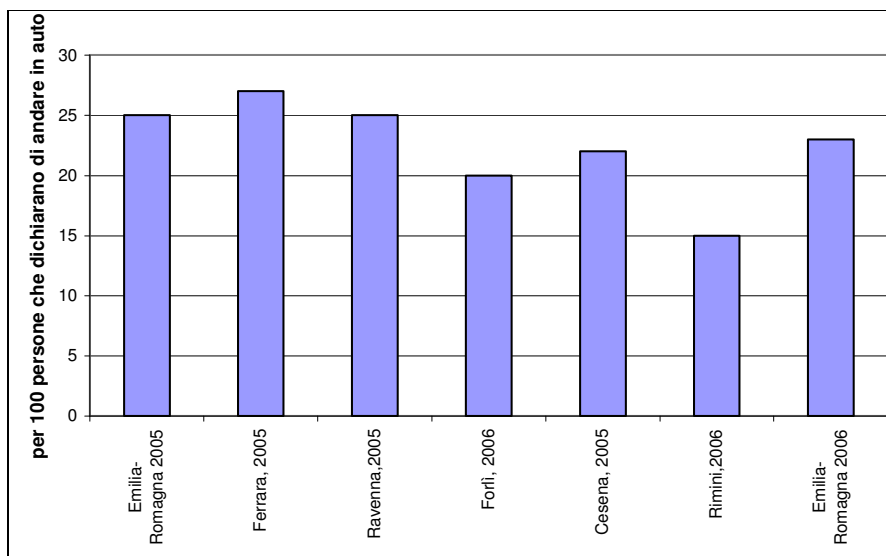
Complessivamente i risultati non sono confortanti. Le indagini sulle strade ferraresi hanno evidenziato lo scarso uso dei dispositivi di ritenuta per i bambini (dal 27% allacciato correttamente si è passati al 47%, che rimane largamente insufficiente).

**Grafico 2.14: Utilizzo delle cinture di sicurezza, seggiolini per bambini e casco: risultati di due campagne di osservazione (2005 e 2007)**



L'indagine PASSI ha rilevato che in Emilia-Romagna il 90% delle persone intervistate, tra coloro che dichiarano di andare in auto, usa sempre la cintura anteriore di sicurezza mentre l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (23%). I tre quarti dei residenti non usano la cintura di sicurezza quando viaggiano sui sedili posteriori.

**Grafico 2.15: Quota % di persone che usano sempre la cintura posteriore (PASSI 2005 e PASSI 2006)**



Gli interventi di promozione della salute in associazione con l'attività di controllo da parte delle forze dell'ordine sono efficaci anche in questo campo.

È in corso in questo periodo in più paesi europei il progetto EUCHIRES (acronimo di Europe Children Restraint System), campagna europea di sensibilizzazione al tema dell'utilizzo delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini in fascia scolare 4-12 anni.

Per l'Italia partecipano 4 comuni del ferrarese. Il progetto, in sostanza, consta di diverse azioni coordinate (informazione a mezzo stampa, pubblicità visiva distribuita in modo capillare nei luoghi pubblici e di aggregazione, approfondimento nelle scuole e attività di controllo su strada) e, nel loro sviluppo, assume particolare rilievo la scansione temporale delle stesse.

Obiettivo di queste iniziative è produrre un cambiamento del comportamento attraverso azioni ripetute, arricchite dall'*enforcement* (controllo), per rendere quotidiano l'uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini.

#### 2.2.4 I comportamenti sessuali a rischio: l'infezione da HIV/AIDS<sup>34</sup>

I nuovi casi di infezione mostrano che non bisogna abbassare la guardia.

In Emilia-Romagna, nel 2006, sono stati 118 i nuovi casi di AIDS diagnosticati tra i residenti (fra questi, 8 ferraresi).

457 ferraresi sono stati colpiti da AIDS dal 1980 al 2006; 99 di loro sono vivi (dati riferiti al 31/12/2006).

Si stima che le persone con infezione da HIV siano, nell'intera regione, tra 6.000 e 9.000, con un aumento di circa 500 casi ogni anno.

L'aspetto più preoccupante dell'epidemiologia dell'AIDS a Ferrara, come in tutto il mondo occidentale, è la perdita di attenzione a questa malattia.

La trasmissione sessuale è la modalità di trasmissione dell'infezione da HIV più diffusa nel mondo. Infatti, secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico per l'HIV dell'Azienda Sanitaria di Modena, nel triennio 2004-2006 la modalità di trasmissione è quella sessuale nell'89% dei nuovi casi di sieropositività (il 22% è legata a rapporti omosessuali, il 67% a rapporti eterosessuali).

Si tratta di un comportamento a rischio in campo sessuale, in quanto esiste un ampio e sempre più grande bacino di persone che potenzialmente possono trasmettere l'infezione. Lo dimostra, ad esempio, uno studio effettuato a Milano pochi anni fa. Lo studio ha investigato la situazione anticorpale di 397 persone morte in età fra i 16 e i 50 anni: è risultato che il 9%

<sup>34</sup> Massimiliani e. e al. *Lo stato dell'infezione da Hiv/Aids al 31/12/2006 in Regione Emilia-Romagna* - Servizio Sanità Pubblica - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Bologna

delle persone senza alcun fattore di rischio individuabile dalle cartelle cliniche o dalle risposte dei parenti era infettato da HIV<sup>35</sup>.

La conseguenza è la comparsa sempre più frequente di casi di AIDS diagnosticati in persone fino a quel momento ignare della loro positività per l'infezione da HIV. Infatti, secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico per l'HIV dell'Azienda Sanitaria di Modena, tra le persone che hanno contratto la malattia con rapporti eterosessuali, il 20-30% delle sieropositività viene scoperto solo ad uno stadio conclamato della malattia.

Negli ultimi cinque anni (2002-2006) più del 50% dei malati è, al momento della diagnosi di AIDS, nella fascia di età tra i 35 e i 49 anni.

**Tabella 2.15: Incidenza di AIDS**

	n. totale persone con AIDS dal 1984 al 2006	Nuovi casi diagnosticati nel 2006	Tasso di incidenza calcolato sul 2005-6 (x 100.000 abitanti)
Ferrara	457	8	2,7
Emilia-Romagna	5578		3,0

Fonte: Rapporto della Regione Emilia Romagna

## 2.3 Di quanto si riduce l'evento "malattia", eliminando un fattore di rischio

Questo paragrafo intende illustrare brevemente i benefici conseguibili con interventi di prevenzione verso i fattori di rischio per le malattie croniche, e in particolare cardiovascolari, rivolti a tutta la popolazione.

A livello individuale, ognuno può consultare il proprio medico di medicina generale per una misura del rischio cardiovascolare basata sulle caratteristiche individuali.

### 2.3.1 La percentuale di casi attribuibili

Per rispondere alla domanda, solitamente si ricorre alla stima della proporzione (% di casi) di malattia che potrebbero essere evitati in una popolazione se si rimuovesse un determinato fattore di rischio. Per esempio, quale proporzione di infarto del miocardio può essere evitata eliminando da una popolazione il fattore di rischio "inattività fisica"? Abbiamo visto che il 43% dei ferraresi conduce una vita caratterizzata da poca attività fisica (inferiore al limite sufficiente: 30 minuti di moto al giorno per 5 giorni a settimana). Uno studio recente<sup>36</sup> ha misurato un rischio (RR o rischio relativo) pari a 1,22, cioè una persona sedentaria ha il 22% di probabilità in più di ammalare di infarto del miocardio, o altra malattia coronarica, rispetto a una persona che si muove a sufficienza. Mediante opportuni calcoli (determinazione della frazione attribuibile di rischio), si ottiene che, convincendo tutti i ferraresi a fare il livello minimo indicato di attività fisica, si eviterebbe il 9% dei casi di infarto del miocardio.

La tabella riporta le stime della percentuale di casi di infarto del miocardio e di mortalità generale (per tutte le cause) attribuibili ai principali fattori di rischio.

Le percentuali di casi attribuibili sono da valutare con estrema cautela per più motivi; se ne citano due: l'affidabilità della misura del rischio relativo che si utilizza, ma soprattutto il fatto che i valori della tabella qui presentata sono stati stimati considerando isolatamente ciascun singolo fattore di rischio. In questo modo la stima finisce per attribuire a ciascun fattore un peso superiore a quello effettivamente esercitato nella realtà, e non è chiaro quanto sia grande la differenza tra stima e realtà. Malattie e mortalità sono infatti dovuti al contributo (concorrente o cumulativo) di molti fattori diversi, mentre queste stime sono state calcolate come se gli altri fattori non fossero presenti. Questo lo si vede in particolare quando la somma delle percentuali dei diversi fattori di rischio per una malattia risulta vicina al 100; non è un errore: sulle stesse persone possono agire più fattori di rischio. Inoltre parlare di eventi

<sup>35</sup> Cattaneo e al. Prevalence of HIV and hepatitis C markers among a cadaver population in Milan *J Clin Pathol* 1999;52:267-270

<sup>36</sup> Chiuve et al. Lifestyle factors and primary prevention of CHD *Circulation*, 2006;



attribuibili non significa considerarli evitabili, in quanto al loro verificarsi possono concorrere molti fattori di rischio non considerati nella stima.

**Tabella 2.16: % di casi di infarto del miocardio e di mortalità generale attribuibili a alcuni fattori di rischio per la salute**

Fattori di rischio	% di popolazione ferrarese con fattori di rischio (per 100 abitanti)*	% di infarto miocardico attribuibile (ogni 100 casi di infarto)**	% di mortalità generale attribuibile (ogni 100 morti)***
Fumo di tabacco (fumatori attuali)	22%	30 %	14%
Iperensione arteriosa	25%	23%	n. d.
Diabete mellito	5,5%	15%	n. d.
Nessuna attività fisica	43%	9%	9%
Obesità (IMC > 29)	14%	9%	n. d.
Abuso di alcol (bevitori fuori pasto)	7%	n. d.	2%

n. d. = dato non disponibile

\* dall'indagine "In linea con la salute, 2008". Dati sul diabete: registro di patologia ASL FE

\*\* (ogni 100 malati) stime basate sui rischi relativi pubblicati da Chiuve et al. (1); Yusuf<sup>37</sup> et al.; Teo Koon<sup>38</sup> et al.

\*\*\* (ogni 100 morti) stime basate sui rischi relativi pubblicati da Khaw<sup>39</sup> et al.

L'utilità di queste percentuali consiste soprattutto nell'assegnare un peso in termini di importanza a ciascun singolo fattore, sebbene la trasferibilità del rischio relativo da uno studio pubblicato a una popolazione locale (diversa da quella studiata) comporti la possibilità di errori anche notevoli.

### 2.3.2 Il numero di casi attribuibili

Questo indicatore è un po' più preciso del precedente in quanto tiene conto di quante persone ammalano (o muoiono) nella situazione ferrarese.

Inoltre ha il pregio di rendere più comprensibile l'impatto che un fattore di rischio può avere sulla popolazione: viene stimato il numero potenziale di casi di malattia (o di morti) che può essere prevenuto eliminando il fattore di rischio.

La tabella riporta alcune stime del numero di ricoveri e di morti, prevenibili attraverso l'eliminazione di ciascun singolo fattore di rischio nella popolazione, per un periodo ipotizzato di 10 anni.

Va considerato che anche la precisione di questo indicatore è comunque limitata e dunque va utilizzato con cautela. In primo luogo un limite non trascurabile di questo indicatore deriva dall'affidabilità del rischio relativo che si utilizza per il calcolo e dal fatto che si ipotizza che per i prossimi 10 anni la situazione rimanga cristallizzata al 2007, con l'unica eccezione di eliminare il fattore di rischio considerato.

Un secondo elemento che aumenta il margine di errore è dovuto al fatto che i fattori di rischio interagiscono quasi sempre nel dare origine a malattie: sulla stessa persona simultaneamente

<sup>37</sup> Yusuf et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study The Lancet 2004; 364:937 [sono stati utilizzati i RR attribuiti alla regione West Europe]

<sup>38</sup> Teo Koon et al. Tabacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study Lancet 2006; 368:647

<sup>39</sup> Khaw et al. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study PLOS Medicine 2008; 5(1): e12

possono agire anche altri fattori di rischio. Si deve pertanto tener conto del fatto che la quota effettivamente prevenibile è sicuramente inferiore al massimo teorico riportato in tabella. L'utilità deriva dalla possibilità di avere un'indicazione sui benefici attesi da interventi di prevenzione.

**Tabella 2.17: Stima del numero di casi prevenibili di ricovero per infarto del miocardio e del numero di morti prevenibili, ogni anno, eliminando un fattore di rischio (calcolati sull'arco di 10 anni)**

Fattori di rischio	Numero di ricoveri per infarto miocardico prevenibile* (per anno)	Numero di morti (per tutte le cause) prevenibile** (per anno)
Fumo di tabacco (fumatori attuali)	220 (198 - 242)	638 (478 - 814)
Iperensione arteriosa	169 (97 - 243)	n.d.
Diabete mellito	112 (58 - 182)	n.d.
Nessuna attività fisica	68 (13 - 125)	412 (229 - 595)
Obesità (IMC>29)	64 (42 - 87)	n.d.
Abuso di alcol (bevitori fuori pasto)	n.d.	238 (65 - 429)

\* riferimento: in provincia di Ferrara si ricoverano per infarto circa 730 persone ogni anno

\*\* riferimento: in provincia di Ferrara muoiono circa 4.500 persone ogni anno

L'esperienza della Finlandia<sup>40</sup> risale a diversi anni fa ma rimane esemplare: un intervento articolato di prevenzione rivolto a tutta la popolazione della regione Carelia ottenne nei primi 5 anni una riduzione del 15% della mortalità per infarto del miocardio, mentre nel resto della Finlandia la riduzione era del 5%.

L'intervento articolato previsto dal progetto sull'attività fisica dell'Azienda USL di Ferrara si propone di incidere sensibilmente sulla percentuale di popolazione che vince la sedentarietà con ricadute importanti in termini di salute guadagnata dagli individui e di malattie guarite (per i malati) o malattie prevenute (per i sani).

## Conclusioni

I fattori di rischio modificabili (fumo di tabacco, obesità e sovrappeso, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà, eccesso di grassi nel sangue e ipertensione arteriosa) sono chiamati i 7 big killer, per le importanti ricadute in termini di malattie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici).

La tabella riassume le più recenti conoscenze disponibili sui ferraresi per quanto riguarda i sette fattori di rischio appena elencati: a livello ferrarese tutti i sette fattori presentano prevalenze importanti, che richiedono azioni volte a guadagnare salute.

Tre fattori di rischio presentano una prevalenza più elevata rispetto alla prevalenza media regionale, pur dovendo interpretare le differenze con le cautele che rendono il confronto poco significativo per piccole differenze percentuali: sedentarietà, sovrappeso e ipertensione.

Su questi tre fattori di rischio occorrerà accentrare le azioni, peraltro con benefiche ripercussioni attese su tutti i 7 fattori di rischio.

Le differenze territoriali emerse con l'indagine di popolazione potranno eventualmente consentire l'articolazione di azioni mirate sui diversi territori.

<sup>40</sup> Puska P, et al. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bull World Health Organ* 1998; **76**: 419-25.

**Tabella 2.18: I sette più importanti comportamenti a rischio per la salute, per distretti e confronto con regione Emilia Romagna**

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud -Est	Emilia Romagna (PASSI 2006)
	età: 18-79 anni (In linea con la salute - 2; 2008)			età: 18-69 (PASSI 2006)
Nessuna attività fisica moderata	40,5%	45,4%	47%	<b>27%</b>
Fumo di tabacco (fumatori ed ex-fumatori)	47,6%	46,2%	43,4%	51%
Sovrappeso e obesità (Indice massa corporea > 25 kg/mq)	48%	50,4%	51,1%	<b>42%</b>
Basso consumo di frutta e verdura (meno di 5 porzioni al giorno)	81%	86%	81%	87%
Abuso di alcol (bevitori fuori pasto)	7%	7%	6,7%	9%
Iperensione	24,7%	26,2%	23,4%	<b>22%</b>
Ipercolesterolemia	28,1%	16,7%	21,3%	29,2%

Il consumo di alcol non presenta una prevalenza maggiore in provincia e parallelamente nemmeno l'abuso di alcol. Si tratta tuttavia di uno stile di vita che occorre affrontare con grande decisione per le pesanti conseguenze sanitarie e sociali. La necessità di un approccio più efficace in questo ambito è sottolineata dai risultati dell'indagine PASSI: nel 2006 nella regione Emilia-Romagna, il 20% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani.

Di quanto si riduce l'evento "malattia" eliminando un fattore di rischio nella popolazione?

E' possibile stimare il numero di decessi prevenibili, se un certo fattore di rischio fosse eliminato in tutta la popolazione. Esempio suggestivo: riduzione di circa 600 morti all'anno per cessazione del fumo per almeno 10 anni. Le stime sono ancora approssimate e oggetto di approfondimento. Tuttavia si tratta di elementi che consentono, con le dovute cautele, una valutazione più approfondita delle priorità.

Nel campo degli stili di vita e dei comportamenti a rischio un ruolo importante va assegnato innanzitutto all'informazione. Va perseguita con decisione una maggiore consapevolezza dell'importanza dei fattori di rischio, della loro individuazione e della loro prevenzione. Ad esempio, sorprende quanta poca gente conosca l'indicazione di consumare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura oppure di camminare per 30 minuti al giorno. O ancora, scoprire quanta poca gente conosca la quantità di bevande alcoliche che è sufficiente bere per superare la soglia dell'alcolemia ammessa per la guida.

All'informazione occorre accompagnare anche una adeguata controinformazione, ossia un'informazione mirata a correggere i messaggi distorti che arrivano dalla pubblicità, sul consumo di alcol, sull'attività fisica, sulle diete.

Per contrastare la cardiopatia ischemica oltre all'informazione della popolazione, è indispensabile affiancare interventi che orientino verso stili di vita più sani (training all'attività fisica moderata per tutte le età). E' dimostrato che tale scelta strategica, aumenta l'efficacia dell'intervento educativo.

Dall'indagine regionale PASSI 2007(dati al 31/03/2008), si apprende che il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine (range dal 12% di Forlì al 20% di Ferrara).

Tutti i conducenti coinvolti in incidenti stradale dovrebbero essere sottoposti a controllo obbligatorio dell'alcolemia; questo comporta la necessità di attrezzare con etilometri tutte le pattuglie di vigilanza stradale. Una limitazione di questi controlli si traduce di fatto in una mancata dissuasione dalla guida per le persone che hanno consumato alcol prima di mettersi alla guida.

Per la prevenzione degli incidenti stradali è stato necessario analizzare i comportamenti "preventivi", vale a dire l'utilizzo dei sistemi di ritenuta, che contribuiscono a limitare i danni da incidente.

Il grafico 2.14 illustra i risultati di due importanti indagini nella provincia di Ferrara, sull'utilizzo delle cinture di sicurezza, dei seggiolini per bambini e del casco.

Emerge che ancora ci sono molti comportamenti a rischio nello scarso utilizzo del seggiolino di sicurezza, e nell'applicazione delle cinture.

Dovrebbe essere svolta una intensa campagna per l'uso delle cinture, con l'obiettivo di rendere quotidiano l'uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini, arricchita da azioni simultanee e concordate di controllo, così da produrre un cambiamento del comportamento attraverso azioni ripetute.



## Dominio 3: Lavoro e salute

### 3.1 Occupazione, disoccupazione e lavoro "precario" in provincia di Ferrara dal 1995 al 2006

#### 3.1.1 I dati dell'indagine Istat su occupazione e disoccupazione in Provincia di Ferrara

L'indagine ISTAT sulle forze di lavoro riveste un ruolo di primo piano nella documentazione statistica sul mercato di lavoro. Oltre a misurare l'occupazione e la disoccupazione, questa indagine approfondisce modalità e gradi di partecipazione al mercato del lavoro, fenomeni la cui conoscenza è fondamentale per un puntuale monitoraggio delle condizioni di lavoro nel nostro Paese.

Nata nel 1959, la rilevazione trimestrale sulle forze di lavoro ha visto nel corso degli anni l'attuazione di notevoli miglioramenti metodologici e di revisioni delle definizioni. Gli aspetti tecnici dell'indagine sono rimasti sostanzialmente invariati fino al 2004: solo con la nuova rilevazione continua viene introdotto un più generale e sostanziale rinnovamento. Il passaggio dalla rilevazione trimestrale (effettuata in una specifica settimana per ciascun trimestre) alla rilevazione continua (distribuita su tutte le settimane dell'anno) è stato dettato dalla necessità di adeguamento alle recenti direttive europee.

Per ottenere stime attendibili dei vari aggregati a livello provinciale, poiché la numerosità campionaria determinata dall'Istat per effettuare delle indagini sull'occupazione e disoccupazione consentiva inizialmente di ottenere informazioni sul lavoro solo a livello regionale, la Regione Emilia-Romagna ha finanziato fin dal 1990 un allargamento del campione Istat. È proprio ai dati calcolati sulla base dell'integrazione regionale che facciamo riferimento in questa sede. Unico difetto di questi dati, dovuto appunto al fatto che si tratta di dati di origine campionaria, è la mancata possibilità di avere dati disaggregati a livello di singolo comune o almeno di Distretto sanitario. Per fare valutazioni sul mercato del lavoro a livello disaggregato faremo riferimento ad altri dati: i dati relativi agli iscritti alle "liste di collocamento" dei cinque "Centri per l'impiego" ubicati sul territorio della provincia di Ferrara.

**Tabella 3.1: L'occupazione in provincia di Ferrara dal 1995 al 2006**

(valori in migliaia)

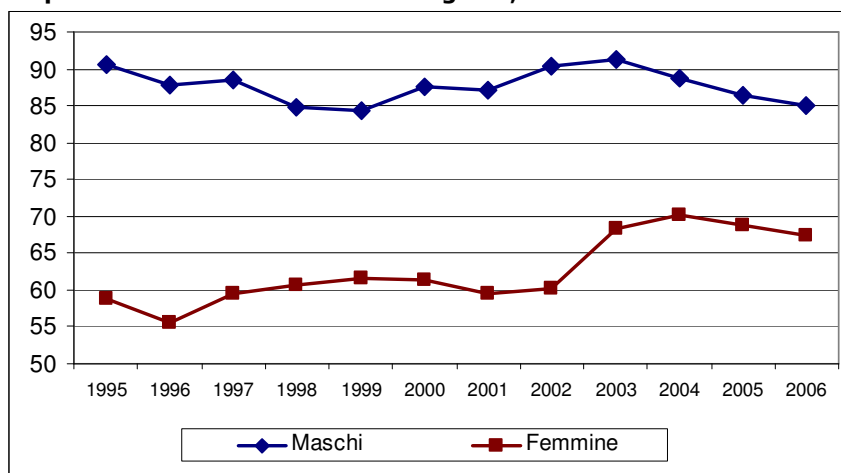
Anni	Totale occupati (migliaia)			Persone in cerca di occupazione			Non forze di lavoro (in età 15 anni e oltre)		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1995	91	59	150	7	9	16	54	98	152
1996	88	56	143	6	11	16	57	100	157
1997	88	59	148	4	10	14	57	98	156
1998	85	61	146	4	9	13	60	98	157
1999	84	62	146	5	8	13	58	98	157
2000	87	61	149	4	6	10	55	97	153
2001	87	60	147	5	6	11	55	96	152
2002	90	60	151	3	7	10	57	94	150
2003	91	68	160	2	5	6	55	90	145
2004	89	70	159	3	4	7	56	89	146
2005	86	69	155	4	6	10	58	90	148
2006	85	67	152	4	5	9	61	93	153
<b>Var.% 1995-2006</b>	<b>-6,6</b>	<b>13,6</b>	<b>1,3</b>	<b>-42,4</b>	<b>-44,8</b>	<b>-43,8</b>	<b>11,3</b>	<b>-5,1</b>	<b>0,8</b>

Fonte: Istat, Regione Emilia-Romagna

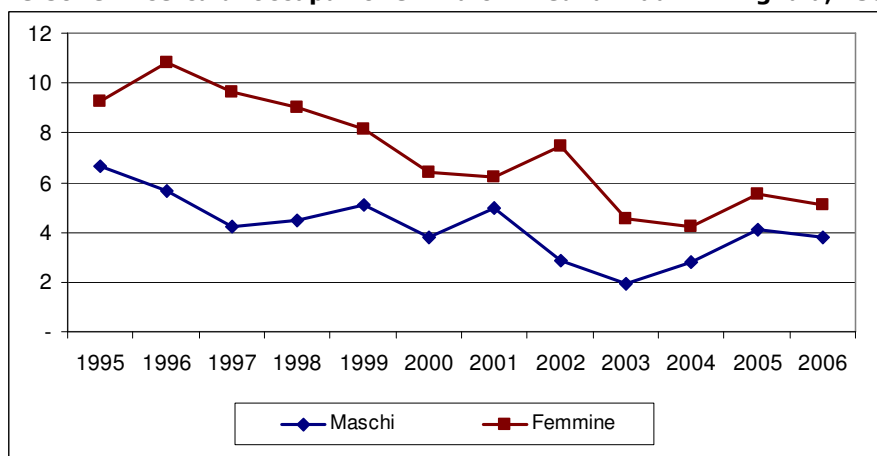
Nella provincia di Ferrara, nei dodici anni che vanno dal 1995 al 2006, il numero complessivo di persone occupate è andato lentamente aumentando, passando dalle 150.000 unità del 1995 alle 152.000 del 2006, con un periodo intermedio di aumento molto sostenuto, dal 2002 al

2004. In particolare, lo "scalino" molto evidente che si nota nel corso del 2003, è almeno in parte spiegabile (seppure con rispettive entità numeriche difficili da valutare) con due eventi fondamentali accaduti in quell'anno: 1) il decreto di regolarizzazione degli immigrati irregolari; 2) l'entrata in vigore della Legge 30 sul mercato del lavoro (impropriamente definita "legge Biagi"). Se il primo evento ha portato all'emersione di molto "lavoro" prima comunque presente ma in forma sommersa, il secondo evento ha reso più agevole, seppure esclusivamente per il settore privato, il ricorso a forme di lavoro precario e di scarsa qualità, ma comunque sufficiente a fare aumentare il novero degli "occupati". Coerente con questa interpretazione è anche il fatto che l'aumento si è registrato quasi esclusivamente per le donne, che, nel territorio ferrarese, sono la larga maggioranza sia tra le immigrate straniere regolarizzate, sia tra coloro che svolgono occupazioni a tempo determinato. Complessivamente, in termini percentuali, il numero di occupati ha avuto un leggero aumento, pari a +1,3%. Fermo restando che il numero complessivo di occupati è permanentemente più alto tra i maschi (si osservi il grafico), come già accennato la tendenza nel tempo del numero di occupati è stata opposta per i due sessi: infatti, mentre per i maschi si è assistito a una netta diminuzione passando dai 91mila del 1995 agli 85mila del 2005 (-6,6%), per quanto riguarda le femmine si è invece osservato un robusto aumento, passando dalle 59mila unità del 1995 alle 67mila del 2006 (+13,6%).

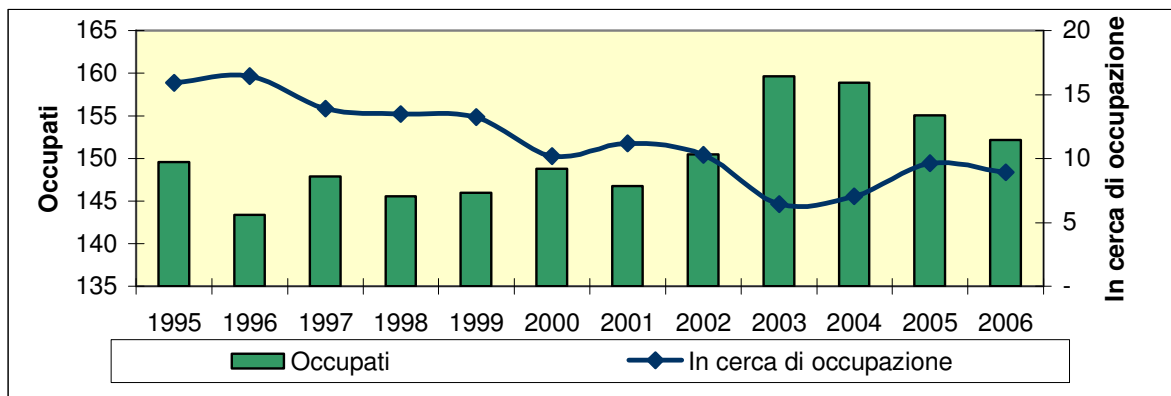
**Grafico 3.1: Occupati - Valori medi annuali in migliaia, 1995-2006**



**Grafico 3.2: Persone in cerca di occupazione - Valori medi annuali in migliaia, 1995 - 2006**

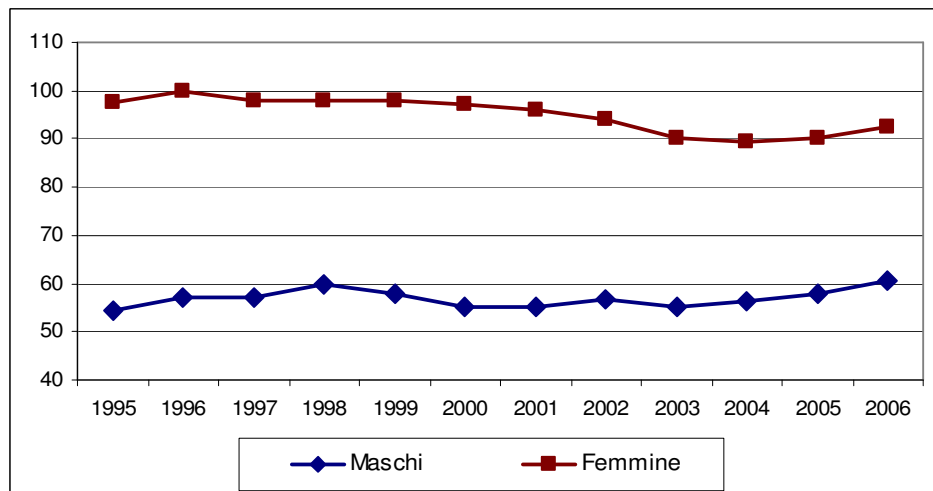


**Grafico 3.3: Occupati e persone in cerca di occupazione – 1995 - 2006**



A fronte del leggero incremento del numero di persone occupate (aumentate, però, in modo sostenuto dal 2002 al 2004), possiamo osservare nello stesso periodo una complementare, netta diminuzione delle persone in cerca di occupazione, che passano dalle 16.000 del 1995 alle 9.000 del 2006 (-43,8%). Se osserviamo il grafico 3.3, risulta molto evidente l'andamento opposto delle due grandezze.

**Grafico 3.4: Non forze di lavoro, in età 15 anni e oltre (in migliaia)**



Se, nel corso dei dodici anni considerati, abbiamo assistito ad una leggera diminuzione della popolazione occupata (con un aumento però negli anni dal 2001 al 2004), accompagnata da una diminuzione della popolazione in cerca di occupazione, è rimasta pressoché costante (+0,8%) quella "fetta" di popolazione (di 15 anni e oltre) che non partecipa direttamente al mercato del lavoro: le cosiddette "non forze di lavoro", cioè le persone ritirate dal lavoro, gli studenti e tutti coloro che non ricercano o non sono interessati a un'occupazione.

Anche in questo caso si assiste a comportamenti opposti per maschi e femmine: mentre per queste ultime le "non forze di lavoro" sono nettamente diminuite (-5,1%), confermando così l'impressione di un accesso al lavoro da parte delle donne costantemente crescente, per quanto riguarda i maschi le "non forze di lavoro" sono aumentate (+11,3%).

### 3.1.2 Tassi di disoccupazione in provincia di Ferrara, in Emilia-Romagna e in Italia

Per contestualizzare l'andamento della disoccupazione nella provincia di Ferrara nell'ambito più vasto delle realtà, rispettivamente regionale e nazionale, abbiamo calcolato i relativi tassi di disoccupazione<sup>41</sup>, nel periodo dal 1995 al 2006.

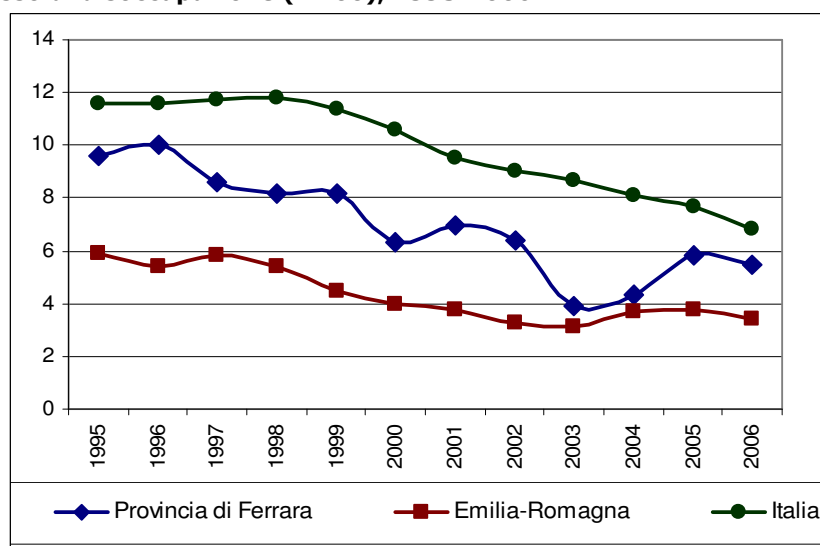
<sup>41</sup> Tasso di disoccupazione = Persone in cerca di occupazione/Forze di lavoro



**Tabella 3.2: Tassi di disoccupazione (1995-2006) confronto Ferrara, RER, Italia**

Anni	Provincia di Ferrara - Maschi	Provincia di Ferrara - Femmine	Provincia di Ferrara - Totale	Emilia-Romagna	Italia
1995	7,2	13,2	9,6	5,9	11,6
1996	6,5	16,7	10	5,4	11,6
1997	4,3	14,5	8,6	5,8	11,7
1998	4,5	12,9	8,2	5,4	11,8
1999	5,6	11,4	8,2	4,5	11,4
2000	4,4	8,8	6,3	4,0	10,6
2001	5,4	9,1	7,0	3,8	9,5
2002	3,0	11,0	6,4	3,3	9
2003	2,0	6,2	3,9	3,1	8,7
2004	3,1	5,7	4,3	3,7	8,1
2005	4,5	7,4	5,8	3,8	7,7
2006	4,3	7,1	5,5	3,4	6,8

Fonte: Istat, Regione Emilia-Romagna

**Grafico 3.5: Tasso di disoccupazione (x 100), 1993-2006**

Fonte: Istat, Regione Emilia-Romagna

Come si può osservare dalla tabella e dal relativo grafico il tasso di disoccupazione, ovvero la quota di persone alla ricerca attiva di un'occupazione rapportata al totale delle forze di lavoro, per la provincia di Ferrara esprime, dal 1995 in poi, un ordine di grandezza più basso rispetto al dato nazionale, ma costantemente più alto (mediamente di due punti percentuali) rispetto al dato regionale. Per quanto riguarda la tendenza temporale, il tasso di disoccupazione è stato dal 1995 al 2006 in costante diminuzione in tutti gli ambiti territoriali qui considerati, anche se tale diminuzione è stata particolarmente sostenuta per la provincia di Ferrara, pur se con fasi alterne nel corso del periodo. Per la provincia di Ferrara, il tasso di disoccupazione si è quasi dimezzato, passando dal 9,6% del 1995 al 5,5% del 2006. Una diminuzione molto forte del tasso si è avuta nel 2003, riconducibile ai due eventi di quell'anno di cui si è già detto (regolarizzazione degli immigrati irregolari ed entrata in vigore della Legge 30 sul mercato del lavoro). Va notato, per tutto il periodo considerato, il forte differenziale costantemente presente tra il tasso maschile e il tasso femminile: quest'ultimo è sistematicamente più elevato, raggiungendo nel 1997 un valore triplo rispetto al tasso maschile. Il differenziale tra i tassi maschili e femminili sembra, tuttavia, essersi ridotto negli ultimi due anni (2005 e 2006). L'Emilia-Romagna, che presenta per tutto il periodo valori del tasso sistematicamente più bassi rispetto a Ferrara (sempre compresi tra 3 e 6, e oggi al limite di un livello "fisiologico" di disoccupazione), ha conosciuto anch'essa una diminuzione, seppure assai meno marcata (dal 5,9 del 1995 al 3,4 del 2006).

**Tabella 3.3: Gli occupati "precari" e a tempo parziale dal 2000 al 2006, in valori assoluti**

Anni	Occupati a tempo determinato (migliaia)			Occupati a tempo parziale (migliaia)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2000	8,4	8,7	17,3	2,0	8,9	11,7
2001	7,9	9,4	17,8	2,1	9,3	12,3
2002	9,2	9,3	18,8	2,4	10,0	13,2
2003	8,0	12,0	20,5	2,6	9,9	13,2
2004	10,3	12,8	23,4	2,8	15,3	19,1
2005	8,8	11,8	20,6	2,5	16,8	19,7
2006	12,2	13,3	25,7	2,2	15,8	18,8
<b>Var.% 2000-2006</b>	<b>45,5</b>	<b>52,6</b>	<b>48,2</b>	<b>10,4</b>	<b>77,2</b>	<b>60,8</b>

**Tabella 3.4: Gli occupati "precari" e a tempo parziale dal 2000 al 2006, in percentuale**

Anni	Quota % occupati a tempo determinato sul totale occupati			Quota % occupati a tempo parziale sul totale occupati		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2000	9,6	14,3	11,7	2,3	14,6	7,9
2001	9,2	16,0	12,2	2,4	15,7	8,4
2002	10,2	15,5	12,5	2,7	16,7	8,8
2003	8,9	17,6	12,9	2,9	14,5	8,3
2004	11,6	18,3	14,8	3,2	21,8	12,1
2005	10,2	17,1	13,3	2,9	24,4	12,7
2006	14,3	19,9	16,9	2,6	23,5	12,4

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat e RER

Passiamo ora ad analizzare uno degli aspetti caratterizzanti del mercato del lavoro nell'ultimo decennio: le forme "atipiche" del lavoro, diverse dalla "tradizionale" occupazione a tempo indeterminato. Vedremo in particolare due forme di lavoro "atipiche": le varie forme contrattuali temporanee, cioè a tempo determinato, e le forme di lavoro a tempo parziale. Non prenderemo in esame le forme di lavoro cosiddetto "parasubordinato" (per le quali esistono dati solo a partire dal 2004), le quali, per quanto si situino giuridicamente nell'area del lavoro autonomo, sono di fatto forme mascherate di lavoro alle dipendenze precario.

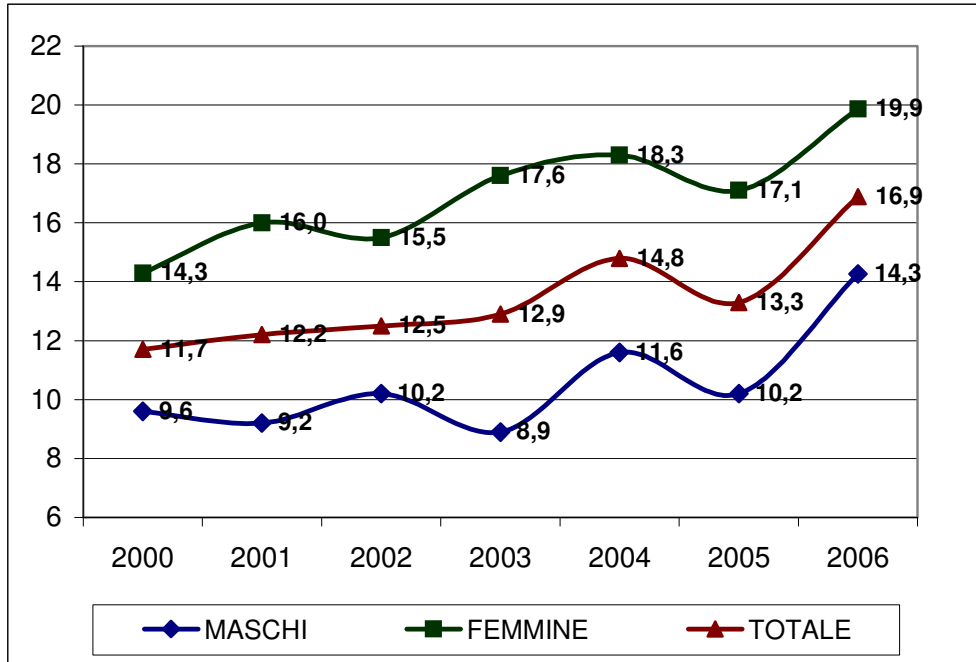
Dal 2000 al 2006 gli occupati a tempo determinato sono aumentati di quasi il 50%, passando dai 17.300 del 2000 ai quasi 26mila del 2006. Questo aumento è stato particolarmente sostenuto per le donne (+52,6%). Anche gli occupati part-time sono molto aumentati, passando dagli 11.700 del 2000 ai quasi 19mila del 2006. Anche in questo caso l'aumento è stato particolarmente forte per le donne (+77,2%). In termini di quota relativa degli occupati a tempo determinato sul totale degli occupati, la quota di lavoratori con contratti temporanei è andata progressivamente aumentando nel periodo considerato, passando da 11,7% del 2000 a 16,9% del 2006. Oggi, in provincia di Ferrara, un lavoratore su sei è precario. Se consideriamo solo le donne, poi, è precaria una lavoratrice su cinque (19,9%). Anche la quota percentuale di lavoratori *part-time* è molto aumentata, passando dal 7,9% del 2000 al 12,4% del 2006. Il fenomeno del lavoro a tempo parziale è fortemente caratterizzato in senso femminile: il 23,5% delle lavoratrici lavora a tempo parziale. Se da un lato quindi, come visto sopra, l'ultimo decennio ha visto un sempre crescente accesso al lavoro da parte delle donne, ciò si è molto declinato nel senso del lavoro precario e in modo massiccio del *part-time*, con un modello di accesso ancora parziale e fortemente condizionato dagli impegni familiari (cura dei figli e della casa, cura di familiari non autosufficienti, ecc.), evidentemente ancor oggi delegati in larga misura alle donne.

Quale considerazione conclusiva, si possono senz'altro riportare le parole che compaiono nella autorevole analisi dell'Osservatorio provinciale del mercato del lavoro<sup>42</sup>: "la flessibilità del lavoro [è] notevolmente cresciuta in provincia di Ferrara con un esito, in termini di occupati

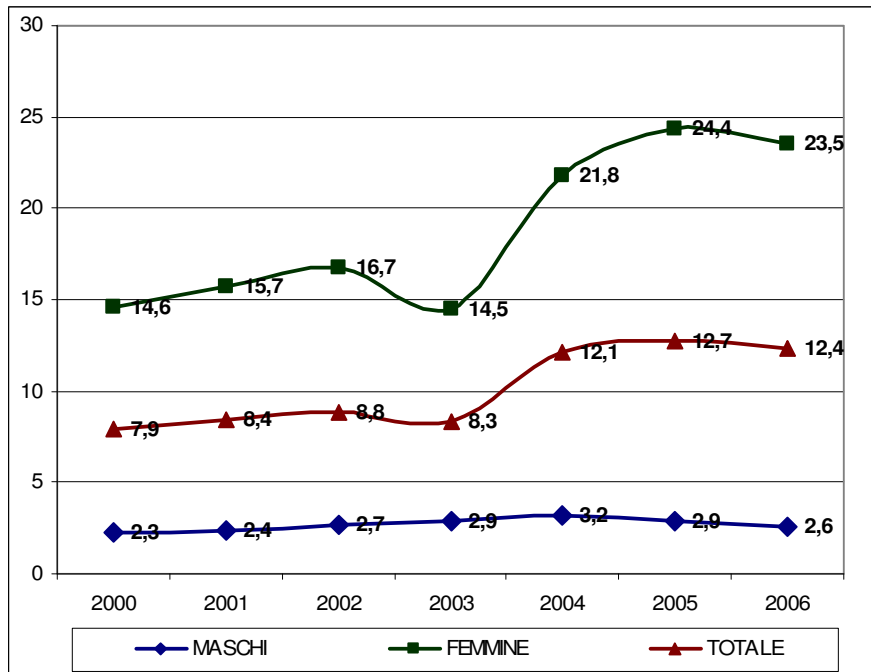
<sup>42</sup> Il mercato del lavoro in provincia di Ferrara, Rapporto 2006, n.1, a cura dell'Osservatorio sul mercato del lavoro della provincia di Ferrara

alle dipendenze a carattere temporaneo, che pone seri interrogativi per l'acuirsi della precarietà degli impieghi, stante un peso delle forme flessibili di lavoro dipendente di entità superiore alla media registrata in Italia e nella regione”.

**Grafici 3.6: Quota % occupati a tempo determinato in provincia di Ferrara, 2000- 2006**

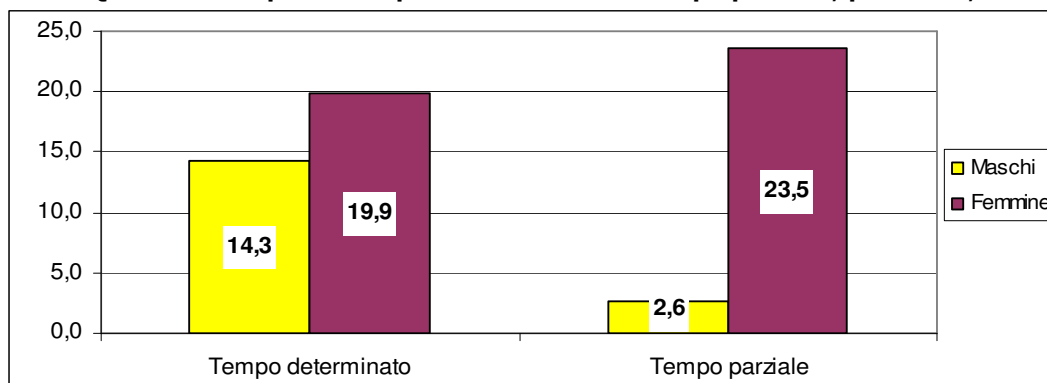


**Grafico 3.7: Quota % occupati a tempo parziale in provincia di Ferrara, 2000-2006**



Fonte: nostra elaborazione su dati Istat e RER

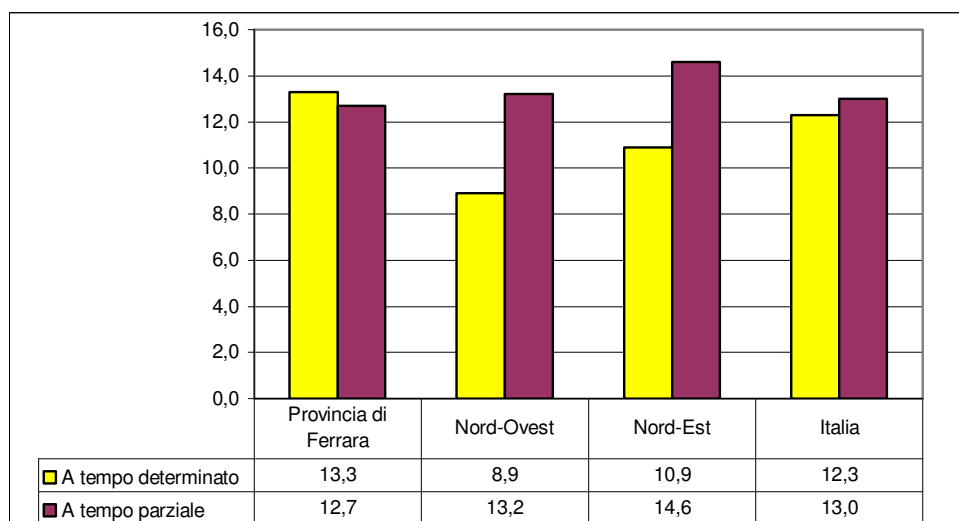
**Grafico 3.8: Quota % occupati a tempo determinato e a tempo parziale, per sesso, 2006**



Fonte: Istat, RER

Come si può osservare nel grafico 3.9, la quota provinciale di lavoratori a tempo determinato nel 2005 (13,3%) è più elevata rispetto al dato che si registra nelle regioni del Nord-Ovest e del Nord-Est d'Italia, ed è più elevata di un punto rispetto al dato nazionale (12,3%).

**Grafico 3.9: Quota % di occupati a tempo determinato e a tempo parziale, confronto Provincia - Ripartizioni territoriali - Italia**



Fonte: Istat, RER

### 3.1.3 Il pendolarismo dei lavoratori ferraresi nel 2001

Dove vanno i pendolari ferraresi? Sulla base dei dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni effettuato dall'Istat nel 2001, possiamo disporre della "matrice di pendolarismo" relativa alla provincia di Ferrara, ovvero del numero degli spostamenti, e dei relativi luoghi di destinazione, effettuati dai ferraresi. Limitando l'analisi ai soli spostamenti per scopi lavorativi, abbiamo analizzato quali erano, nel 2001, i luoghi di destinazione verso i quali si spostavano i residenti nella provincia di Ferrara.

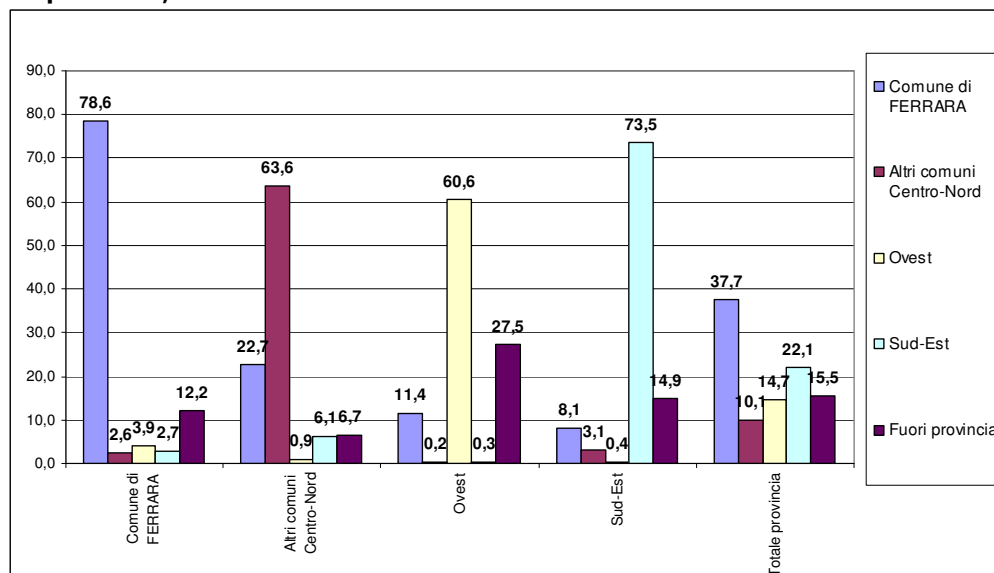
Se osserviamo la tabella notiamo che solo il 15,5% degli spostamenti per lavoro alla data del Censimento (che in totale sono stati 122.164) aveva come destinazione un luogo fuori della provincia. La nostra provincia, pertanto, non subisce fortemente l'attrazione di altre province: solo il 15% degli spostamenti è diretto fuori provincia. Rispetto a questa tendenza generale fa eccezione il solo Distretto Ovest, per il quale ben il 27,5% degli spostamenti è fuori provincia, rivolti soprattutto ai comuni limitrofi del bolognese e del modenese (20,4%).

Un altro dato molto interessante è la forte "autonomia" del Comune di Ferrara: quasi l'80% degli spostamenti per lavoro è all'interno del territorio comunale. I rimanenti comuni del Centro-Nord risentono, invece, della forte attrazione del capoluogo: il 22% degli spostamenti

da questi comuni è diretto a Ferrara. Molto autonomo è anche il Distretto Sud-Est: i tre quarti degli spostamenti lavorativi si svolgono al suo interno. Il Distretto più "mobile" è invece l'Ovest, dove solo il 60% degli spostamenti è diretto al suo interno.

Per quanto riguarda i poli attrattivi esterni alla provincia è forte il ruolo della città di Bologna (4% degli spostamenti dalla provincia, 5% dalla sola Ferrara); un ruolo meno importante è poi svolto dalla provincia di Rovigo (2,2% da Ferrara) e, per il solo Distretto Sud-Est, dalla città di Ravenna (2% dal Sud-Est).

**Grafico 3.10: Destinazioni degli spostamenti per lavoro dal Comune di Ferrara, dai distretti e da tutta la provincia, %**



### 3.2 Comuni ricchi e comuni poveri. Uno sguardo al reddito imponibile IRPEF pro capite nei comuni della provincia (2004)

Pur nel suo carattere approssimato, il reddito imponibile IRPEF annuo pro capite costituisce un utile indicatore di ricchezza, con il quale se non altro è possibile fare confronti tra le diverse piccole realtà locali, cioè tra comuni e aree della provincia (distretti). Per quanto, infatti, l'imponibile IRPEF sia una sottostima del reddito realmente disponibile alle famiglie<sup>43</sup>, esso è comunque tranquillamente utilizzabile per fare confronti locali, visto che la struttura dei prezzi e il costo della vita (pur con le note differenze tra aree urbane e non urbane, soprattutto per i costi legati alla casa) si possono considerare abbastanza omogenei sul territorio.

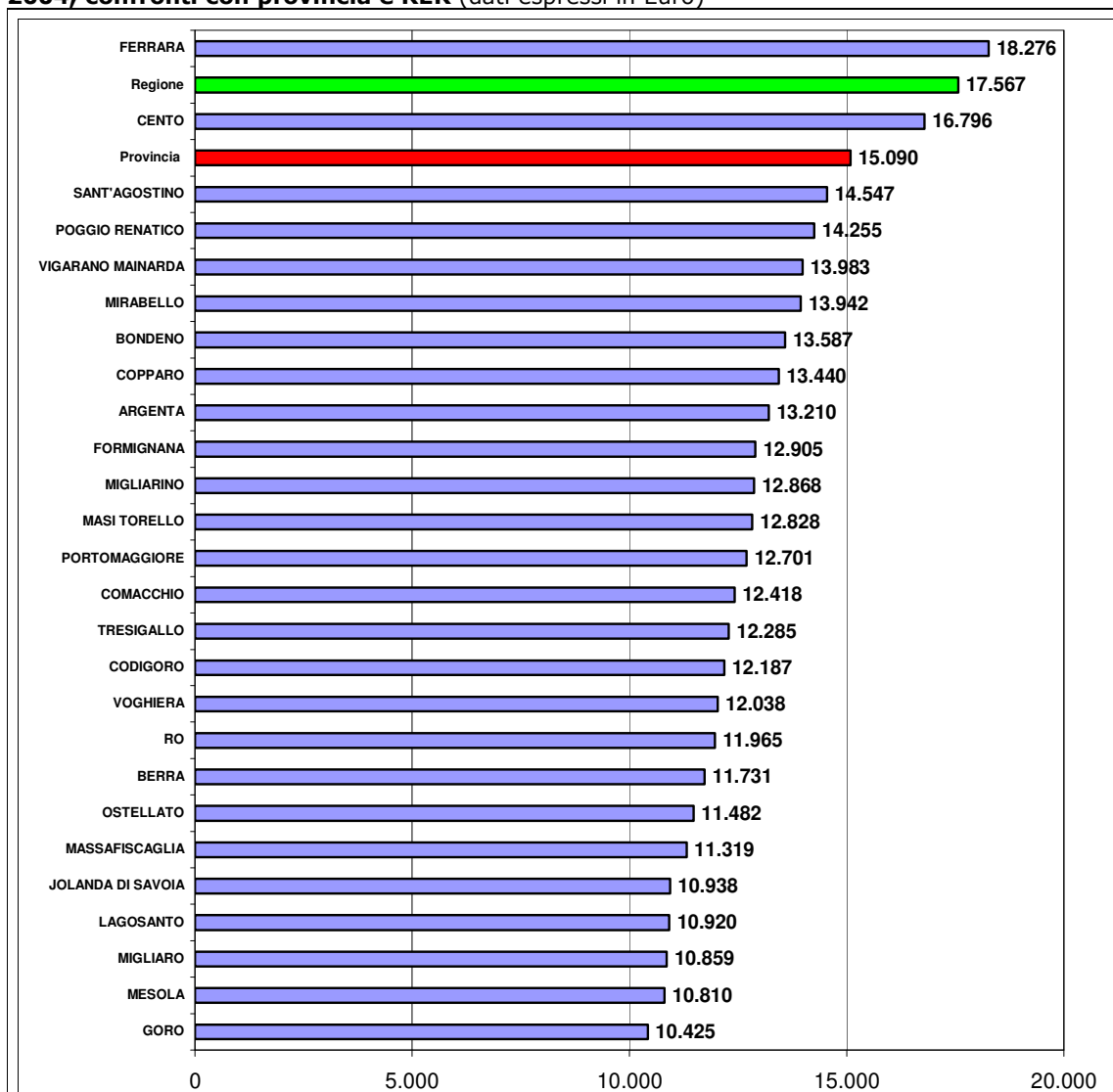
Il dato più recente reso disponibile, a questo livello di dettaglio, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, si riferisce ai redditi del 2004. Se osserviamo il grafico, dove sono riportati i redditi pro capite di ciascun comune, notiamo che l'imponibile pro capite medio provinciale (espresso in Euro) è pari a circa 15mila Euro, mentre il valore medio regionale è pari a 17.567 Euro. La provincia nel suo complesso, quindi, è più povera del livello medio registrato in regione nel 2004, di circa 2.500 Euro.

All'interno della provincia vediamo che, come ci aspettavamo, il comune più ricco è il capoluogo. Per quanto, infatti, il comune di Ferrara non sia caratterizzato dal dinamismo economico e imprenditoriale del Distretto Ovest, è nel capoluogo che tradizionalmente si concentrano, oltre che i ceti a reddito medio-alto, come i dirigenti, gli imprenditori, ecc., anche i proprietari immobiliari e terrieri, e più in generale i detentori di rendite. Il reddito dei residenti nel comune di Ferrara è anche l'unico ad essere superiore al valore medio regionale. È d'altra parte noto che il reddito tenda a concentrarsi nelle aree urbane e centrali, a scapito delle aree periferiche e rurali. Subito dopo Ferrara troviamo, nei posti dal secondo al settimo,

<sup>43</sup> Sfuggono infatti all'imponibile IRPEF, oltre che ovviamente gli amplissimi fenomeni dell'evasione fiscale e dell'economia sommersa, tutti i redditi da lavoro autonomo, che sono sottoposti ad altri regimi fiscali. A ciò si aggiunga, infine, l'inevitabile presenza di un'economia non solo sommersa ma anche di origine criminale (riciclaggio, usura, traffico di stupefacenti, prostituzione, ecc.), ovviamente non rilevabile dalle fonti ufficiali.

tutti e sei i comuni del Distretto Ovest. Al secondo posto dopo Ferrara abbiamo Cento, con 16.796 Euro. Si conferma pertanto l'impressione di una notevole vivacità economica dei comuni dell'alto ferrarese, che d'altra parte costituiscono in pratica l'unica area della provincia che si possa considerare industriale. Al contrario, agli ultimi posti per reddito pro capite troviamo quattro comuni del Sud-Est. Il comune più "povero" della provincia è Goro, con 10.425 Euro pro capite. In grande sofferenza, oltre a tutto il Sud-Est, sono anche alcuni comuni dell'area copparese: Jolanda di Savoia, Berra e Ro.

**Grafico 3.11: Imponibile IRPEF pro capite nei comuni della provincia di Ferrara, redditi del 2004, confronti con provincia e RER (dati espressi in Euro)**

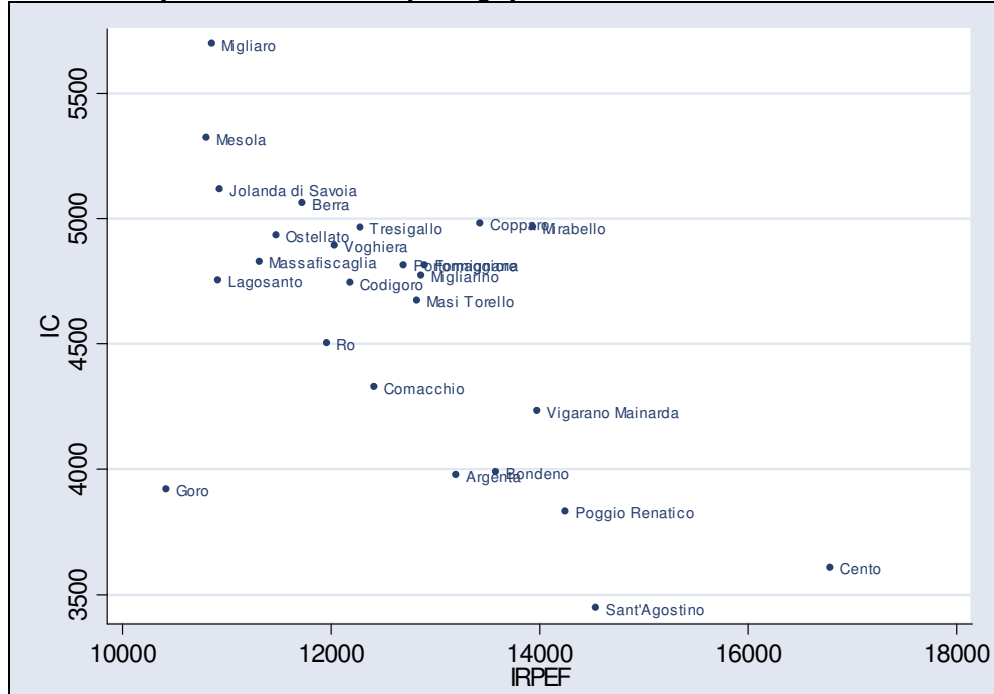


### 3.2.1 Quanto incide sulla spesa sanitaria la differenza di reddito

È nota dalla letteratura l'esistenza di una relazione diretta, a livello di piccole aggregazioni territoriali (come i comuni), tra condizioni socio-economiche e consumo delle prestazioni sanitarie. In generale, al crescere del livello sociale (espresse, quale indicatore *proxy*, ad esempio dal reddito imponibile pro capite) tende a diminuire nettamente il consumo di prestazioni sanitarie, e di conseguenza la spesa sanitaria complessiva. Quale indicatore dei consumi sanitari, abbiamo utilizzato il cosiddetto *Indice di consumo complessivo delle prestazioni specialistiche*, che conta quante prestazioni specialistiche sono state effettuate, nel corso di un anno, per mille residenti (al netto del laboratorio e del pronto soccorso). Nel nostro caso l'indice è relativo al 2006. Il reddito imponibile pro capite fa invece riferimento all'ultimo

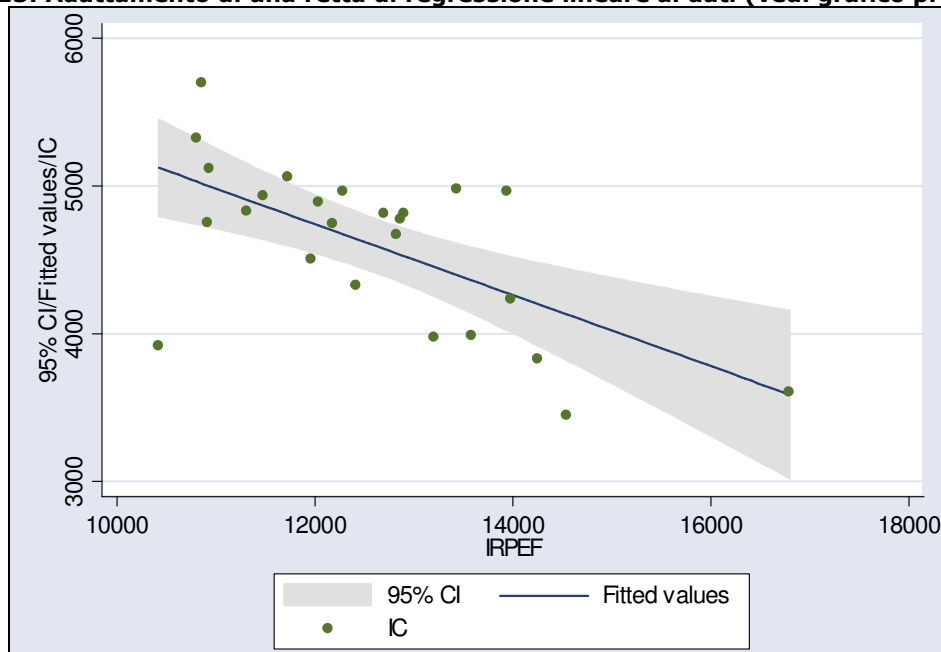
dato reso disponibile dal Ministero dell'Economia a livello comunale, quello relativo alle dichiarazioni dei redditi 2004. Dai calcoli è stato escluso il comune di Ferrara, le cui dimensioni demografiche non consentono l'accostamento con i rimanenti comuni della provincia.

**Grafico 3.12: Relazione tra reddito imponibile IRPEF pro capite (espresso in Euro, 2004) e indice di consumo di prestazioni specialistiche (X 1000 residenti, 2006), nei comuni della provincia di Ferrara (escluso comune capoluogo)**



Come è facile notare osservando il grafico, la relazione negativa tra i due fenomeni è evidente. Per fare alcuni esempi, tra loro contrapposti: il comune di Cento ha il reddito pro capite più elevato e un bassissimo IC mentre, all'opposto, il comune di Migliaro presenta un bassissimo reddito e il valore più alto in assoluto dell'IC. A seguito di questa prima analisi empirica, abbiamo cercato di adattare una retta di regressione lineare ai dati.

**Grafico 3.13: Adattamento di una retta di regressione lineare ai dati (vedi grafico precedente)**



Come appare evidente anche dal grafico la relazione lineare esistente tra i due fenomeni è piuttosto forte<sup>44</sup>.

### 3.3 Gli infortuni sul lavoro in provincia di Ferrara

#### 3.3.1 Premessa metodologica

Tutte le tabelle che seguono sono state costruite sulla base della Banca dati INAIL degli eventi lesivi, dal 2001 al 2005, nel territorio della provincia di Ferrara. Gli infortuni di cui parliamo sono occorsi sia a persone residenti in provincia (sono l'81,2% del totale e sono analizzati a parte nella tabella 3.6) che a persone residenti altrove. È importante sottolineare infatti, che il database INAIL riporta tutti gli infortuni accaduti sul posto di lavoro in provincia di Ferrara, che possono essere accaduti anche a persone non residenti nella provincia stessa, così come alcuni ferraresi hanno certamente avuto infortuni sul lavoro in altre province. Una analisi dei soli ferraresi infortunati (sia a Ferrara che altrove) sarebbe possibile solo disponendo della banca dati INAIL a livello nazionale, banca dati di cui ovviamente l'Azienda USL di Ferrara non dispone.

Per ragioni di omogeneità e confrontabilità dei dati si è scelto di operare con tutti gli infortuni per i quali è stata fatta denuncia all'INAIL (infortuni denunciati), indipendentemente dall'esito dell'istruttoria INAIL sulla definizione degli infortuni stessi, che in alcuni casi è ancora aperta, o è risultata negativa (circa nel 15% dei casi).

Per quanto riguarda l'attività lavorativa svolta, si è scelto di fare uso della classificazione delle attività della gestione assicurativa INAIL.

Prima di analizzare i dati ferraresi diamo una rapida occhiata al fenomeno degli infortuni sul lavoro in Emilia-Romagna.

#### 3.3.2 Il fenomeno infortunistico nelle province emiliano-romagnole nel biennio 2004-2005

**Tabella 3.5: Infortuni denunciati, INAIL 2004-2005**

	Infortuni denunciati		Tassi grezzi (x 100 addetti)		Diff.% 2004-2005
	2004	2005	2004	2005	
BOLOGNA	30.008	29.641	7,6	7,5	-1,2
<b>FERRARA</b>	<b>8.793</b>	<b>8.543</b>	<b>9,2</b>	<b>8,8</b>	<b>-2,8</b>
FORLÌ - CESENA	12.835	12.347	9,5	9,2	-3,8
MODENA	25.307	24.207	9,5	8,9	-4,3
PARMA	13.628	13.404	8,6	8,0	-1,6
PIACENZA	6.787	7.001	7,6	7,9	3,2
RAVENNA	12.865	12.639	10,6	10,7	-1,8
REGGIO EMILIA	18.793	17.821	9,3	8,9	-5,2
RIMINI	9.849	9.897	10,4	10,5	0,5
<b>EMILIA-ROMAGNA</b>	<b>138.865</b>	<b>135.500</b>	<b>8,9</b>	<b>8,7</b>	<b>-2,4</b>

Nel 2005 sono stati denunciati in Emilia-Romagna 135.500 infortuni sul lavoro, il 2,4% in meno dell'anno precedente. Quasi tutte le province, con le eccezioni di Piacenza (in leggero aumento) e Rimini (stabile), hanno visto diminuire, seppure di poco, il numero degli infortuni. A Ferrara il numero di infortuni denunciati diminuisce del 2,8%.

Per poter leggere correttamente il fenomeno infortunistico, tuttavia, è opportuno valutare il numero di infortuni non in termini assoluti, ma rapportandolo alla dimensione delle attività produttive presenti nei diversi territori. Una misura del "volume" produttivo di un territorio

<sup>44</sup> I dati presentano un discreto adattamento al modello lineare ( $R^2 = 0,40$  Il coefficiente di regressione lineare è pari a  $-0,241$ , mentre il coefficiente di correlazione tra i due fenomeni è pari a  $-0,63$  (statisticamente significativo).



viene fornita dalla stessa INAIL: il numero di "addetti" per provincia<sup>45</sup>. È così possibile il calcolo dei "tassi", seppure grezzi<sup>46</sup>, di infortunio per ciascuna provincia.

Il tasso di infortunio (denunciato) della regione è pari a 8,7 infortuni per 100 addetti, mentre i tassi più elevati in regione si hanno a Ravenna (10,7) e Rimini (10,5). La provincia di Ferrara si situa sulla media regionale (8,8 infortuni per 100 addetti, che erano 9,2 nel 2004), mentre la provincia più "virtuosa" è Bologna (7,5).

Per tutte le province le differenze nei tassi rispetto all'anno 2004 sono del tutto trascurabili (il tasso regionale era nel 2004 pari a 8,9).

### 3.3.3 Gli infortuni sul lavoro denunciati in provincia di Ferrara dal 2001 al 2005

**Tabella 3.6: Infortuni sul lavoro in provincia di Ferrara dal 2001 al 2005, per provincia di residenza**

Provincia di residenza	2001	2002	2003	2004	2005	Totale	% nel 2005	Increment. %
<b>FERRARA</b>	<b>6.739</b>	<b>7.391</b>	<b>6.997</b>	<b>7.100</b>	<b>6.939</b>	<b>35.166</b>	<b>81,2</b>	<b>3,0</b>
Bologna	183	256	232	241	232	1.144	2,7	26,8
Modena	77	112	106	100	95	490	1,1	23,4
Ravenna	60	107	106	89	86	448	1,0	43,3
Padova	28	61	33	43	45	210	0,5	60,7
Altra provincia RER	41	38	43	41	43	206	0,5	4,9
Rovigo	375	464	416	434	445	2.134	5,2	18,7
Napoli	21	28	19	24	33	125	0,4	57,1
Mantova	34	28	30	28	24	144	0,3	-29,4
Venezia	26	38	34	39	21	158	0,2	-19,2
Altra provincia Italia	214	350	334	241	264	1.403	3,1	23,4
Non nota	1.117	260	421	413	316	2.527	3,7	-71,7
<b>Totale</b>	<b>8.915</b>	<b>9.133</b>	<b>8.771</b>	<b>8.793</b>	<b>8.543</b>	<b>44.155</b>	<b>100,0</b>	<b>-4,2</b>

Gli infortuni sul lavoro denunciati sono stati, nei cinque anni considerati, 44.155. Nel 2005 sono stati 8.543, facendo registrare una diminuzione, nel numero assoluto, del 4,2% rispetto al 2001 (quando erano 8.915). Degli 8.543 infortuni del 2005, 6.939 hanno coinvolto persone residenti nella provincia di Ferrara, in maniera tale da costituire la grande maggioranza (l'81,2%) del totale degli infortuni.

Piuttosto rilevante è la quota di infortuni occorsi a persone residenti in provincia di Rovigo (5,2%).

### 3.3.4 Infortuni sul lavoro in provincia di Ferrara dal 2001 al 2005, occorsi a residenti in provincia di Ferrara

Analizzando nel dettaglio i soli residenti nella provincia di Ferrara notiamo come gli infortuni occorsi a residenti nel comune di Ferrara, che nel 2005 sono 2.239, costituiscano la maggioranza con il 32,3% del totale. A molta distanza da questo dato gli altri comuni (di residenza) che contano molti infortuni sono Comacchio (8,0%), Cento (6,9%), Argenta (6,5%) e Copparo (6,5%).

In termini di distretti sanitari, il Distretto Ovest vede "solo" il 19,4% degli infortuni, a conferma del fatto che molti residenti in questo Distretto lavorano in località fuori della provincia (come visto sopra, soprattutto nel modenese e nel bolognese), e di conseguenza anche i "loro" infortuni sfuggono alla rilevazione della provincia di Ferrara.

Il fenomeno infortunistico su scala provinciale e per i soli residenti ha visto dal 2001 al 2005 un aumento del 3%. Tale andamento non è stato però omogeneo in tutto il territorio provinciale; il Distretto Sud-Est ha visto aumentare gli infortuni del 9,4% (con punte oltre il +20% per

<sup>45</sup> Si tratta di una misura che l'INAIL calcola "ponderando" il numero di addetti con il numero di ore effettivamente lavorate dai lavoratori (tenendo conto, ad esempio, del part-time, sia orizzontale che verticale). Non è pertanto paragonabile ad altre misure del numero di "persone al lavoro" quali, ad esempio, quelle fornite dall'Istat.

<sup>46</sup> L'INAIL calcola anche tassi standardizzati, ottenuti considerando il mix produttivo tipico di un territorio, necessariamente diverso da quello degli altri territori. Tuttavia, in questa sede, ci limitiamo a fare uso di tassi grezzi, comunque utili ai fini di un confronto di massima tra le province.

Lagosanto e Argenta), mentre gli altri due distretti sono rimasti sostanzialmente stabili, pur con alcuni comuni che hanno fatto registrare forti aumenti (+26% per i residenti a Sant'Agostino) o forti diminuzioni (-24% per Jolanda di Savoia).

Nel corso dei cinque anni considerati l'andamento del fenomeno è stato altalenante, raggiungendo il suo massimo nell'anno 2002 (7.391 infortuni).

**Tabella 3.7: Infortuni sul lavoro in provincia di Ferrara dal 2001 al 2005, occorsi a residenti in provincia di Ferrara, per comune di residenza e anno dell'infortunio**

Comune	2001	2002	2003	2004	2005	Totale	% nel 2005	Increment.%
BERRA	123	127	146	127	105	628	1,5	-14,6
COPPARO	442	451	420	450	453	2216	6,5	2,5
<b>FERRARA</b>	<b>2.229</b>	<b>2.450</b>	<b>2.349</b>	<b>2.350</b>	<b>2.239</b>	<b>11.617</b>	<b>32,3</b>	<b>0,4</b>
FORMIGNANA	73	59	75	66	68	341	1,0	-6,8
JOLANDA DI S.	94	98	91	70	71	424	1,0	-24,5
MASI TORELLO	40	41	40	37	43	201	0,6	7,5
RO	84	108	92	77	83	444	1,2	-1,2
TRESIGALLO	117	123	121	118	107	586	1,5	-8,5
VOGHIERA	81	75	97	91	84	428	1,2	3,7
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>3.283</b>	<b>3.532</b>	<b>3.431</b>	<b>3.386</b>	<b>3.253</b>	<b>16.885</b>	<b>46,9</b>	<b>-0,9</b>
BONDENO	355	433	344	374	359	1.865	5,2	1,1
CENTO	491	516	426	481	481	2.395	6,9	-2,0
MIRABELLO	80	96	102	77	82	437	1,2	2,5
POGGIO RENATICO	126	139	122	132	134	653	1,9	6,3
SANT'AGOSTINO	106	144	102	129	134	615	1,9	26,4
VIGARANO M.	161	150	173	154	159	797	2,3	-1,2
<b>Distretto Ovest</b>	<b>1.319</b>	<b>1.478</b>	<b>1.269</b>	<b>1.347</b>	<b>1.349</b>	<b>6.762</b>	<b>19,4</b>	<b>2,3</b>
ARGENTA	372	427	404	415	450	2.068	6,5	21,0
CODIGORO	299	345	316	360	337	1.657	4,9	12,7
COMACCHIO	472	573	565	507	552	2.669	8,0	16,9
GORO	46	47	53	44	48	238	0,7	4,3
LAGOSANTO	112	133	125	112	140	622	2,0	25,0
MASSA FISCAGLIA	97	109	106	90	111	513	1,6	14,4
MESOLA	133	135	135	163	155	721	2,2	16,5
MIGLIARINO	90	90	78	107	87	452	1,3	-3,3
MIGLIARO	64	69	110	101	62	406	0,9	-3,1
OSTELLATO	195	202	179	210	155	941	2,2	-20,5
PORTOMAGGIORE	257	251	226	258	240	1.232	3,5	-6,6
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>2.137</b>	<b>2.381</b>	<b>2.297</b>	<b>2.367</b>	<b>2.337</b>	<b>11.519</b>	<b>33,7</b>	<b>9,4</b>
<b>Provincia</b>	<b>6.739</b>	<b>7.391</b>	<b>6.997</b>	<b>7.100</b>	<b>6.939</b>	<b>35.166</b>	<b>100,0</b>	<b>3,0</b>

Cambiando ora il punto di vista e considerando non più i comuni di residenza delle persone infortunate ma direttamente i comuni in cui si sono materialmente verificati gli infortuni, notiamo come la maggioranza degli infortuni sul lavoro (che stavolta sono tutti gli infortuni e non solo quelli occorsi a persone residenti in provincia di Ferrara) si sia verificata nel comune capoluogo, dove gli infortuni sono 4.537 e costituiscono il 53,2% del totale.

Questo è spiegabile se si considerano alcuni fatti: 1) le attività lavorative di tipo edilizio sono in gran parte concentrate nel capoluogo; 2) il territorio del comune di Ferrara, nelle zone del forese, è ancora fortemente agricolo; 3) le attività produttive del settore terziario sono in larga misura concentrate nel capoluogo. Altri comuni in cui possiamo trovare molti infortuni sono Cento (8,3% del totale) Comacchio (7,1%), Argenta (6,5%) e Copparo (6,2%).

**Tabella 3.8: Infortuni sul lavoro in provincia di Ferrara dal 2001 al 2005, per Distretto e comune capoluogo**

Comune	2001	2002	2003	2004	2005	Totale	% nel 2005	Increment. %
FERRARA	4.506	3.670	3.659	3.652	3.607	<b>19.094</b>	42,2	-20,0
Distretto Centro-Nord	5.415	4.735	4.641	4.583	4.547	<b>23.921</b>	53,2	-16,0
Distretto Ovest	1.396	1.783	1.630	1.682	1.591	<b>8.082</b>	18,6	14,0
Distretto Sud-Est	2.104	2.615	2.500	2.528	2.405	<b>12.152</b>	28,2	14,3
<b>Provincia</b>	<b>8.915</b>	<b>9.133</b>	<b>8.771</b>	<b>8.793</b>	<b>8.543</b>	<b>44.155</b>	<b>100,0</b>	<b>-4,2</b>

Per quanto riguarda la dinamica del fenomeno nel corso dei cinque anni considerati osserviamo che, per la provincia di Ferrara nel suo complesso, gli infortuni sono diminuiti del 4,2%. Tale dinamica è però stata tutt'altro che omogenea: infatti contrariamente a quanto accaduto a livello provinciale il Distretto Sud-Est (che conta il 28% di tutti gli infortuni in provincia) ha visto aumentare i propri infortuni del 14,3%, con punte di aumento nei comuni di Lagosanto (+95%), Goro (+72%), Comacchio (+25%) e Migliaro (+16,1%). Analogo è stato l'andamento nel Distretto Ovest il quale, pur contando un numero di infortuni abbastanza basso rispetto al totale provinciale (il 18,6% del totale), ha visto aumentare i propri infortuni del 14%, in modo particolare nei comuni di Mirabello (+27,7%) e Bondeno (+26%). Molto diminuiti sono invece gli infortuni nel Centro-Nord (-16%) per effetto soprattutto della diminuzione che si è registrata nel capoluogo (-20%).

**Tabella 3.9: Infortuni sul lavoro in provincia di Ferrara dal 2001 al 2005, per sesso**

	2001	2002	2003	2004	2005	Totale	Decrem.%
Maschi	6.236	6.437	6.229	6.160	5.885	<b>30.947</b>	<b>-5,63</b>
Femmine	2.679	2.696	2.542	2.633	2.658	<b>13.208</b>	<b>-0,78</b>
<b>Totale</b>	<b>8.915</b>	<b>9.133</b>	<b>8.771</b>	<b>8.793</b>	<b>8.543</b>	<b>44.155</b>	<b>-4,17</b>
% M	69,9	70,5	71,0	70,1	68,9	<b>70,1</b>	
% F	30,1	29,5	29,0	29,9	31,1	<b>29,9</b>	
<b>Quoziente di mascolinità</b>	<b>2,33</b>	<b>2,39</b>	<b>2,45</b>	<b>2,34</b>	<b>2,21</b>		

**Tabella 3.10: Infortuni sul lavoro in provincia di Ferrara dal 2001 al 2005, per classe di età e sesso**

Classe di età	Maschi	Maschi %	Femmine	Femmine %	Totale	Totale %
da 15 a 17	186	<b>0,6</b>	59	<b>0,4</b>	<b>245</b>	<b>0,6</b>
da 18 a 29	7.664	<b>24,8</b>	2.851	<b>21,6</b>	<b>10.515</b>	<b>23,8</b>
da 30 a 40	9.648	<b>31,2</b>	4.082	<b>30,9</b>	<b>13.730</b>	<b>31,1</b>
da 41 a 50	6.663	<b>21,5</b>	3.170	<b>24,0</b>	<b>9.833</b>	<b>22,3</b>
da 51 a 60	3.734	<b>12,1</b>	1.845	<b>14,0</b>	<b>5.579</b>	<b>12,6</b>
da 61 a 65	625	<b>2,0</b>	152	<b>1,2</b>	<b>777</b>	<b>1,8</b>
Oltre 65	418	<b>1,4</b>	75	<b>0,6</b>	<b>493</b>	<b>1,1</b>
Indeterminata	2.009	<b>6,5</b>	974	<b>7,4</b>	<b>2.983</b>	<b>6,8</b>
<b>Totale</b>	<b>30.947</b>	<b>100,0</b>	<b>13.208</b>	<b>100,0</b>	<b>44.155</b>	<b>100,0</b>

Il fenomeno degli infortuni sul lavoro è soprattutto maschile, con un rapporto rispetto alle femmine di circa 70 a 30. È interessante notare che la tendenza alla diminuzione del numero di infortuni nel corso dei cinque anni considerati è stata in pratica appannaggio dei soli maschi (-5,6%), mentre per le femmine è stata sostanzialmente nulla (-0,8%). Il rapporto tra infortuni occorsi a maschi e quelli occorsi a femmine (quoziente di mascolinità) ha seguito un andamento ondivago, facendo registrare una diminuzione netta solo nel 2005.

Quasi un terzo (31,1%) degli infortuni interessano persone in età compresa tra i 30 e i 40 anni, mentre quasi un quarto (23,8%) di tutti gli infortuni è accaduto a persone giovani, tra i 18 e i 29 anni. Questo aspetto è di particolare gravità perché, nel caso gli infortuni abbiano conseguenze permanenti, possono portare a lunghissimi periodi di disabilità, con i costi umani e sanitari che ne conseguono. Per le donne sono leggermente più rappresentate, rispetto alla distribuzione per età degli uomini, le classi tra 41 e 50 anni (24%) e tra 51 e 60 anni (14%), mentre è meno rappresentata la classe giovane, tra i 18 e i 29 anni (21,6%).

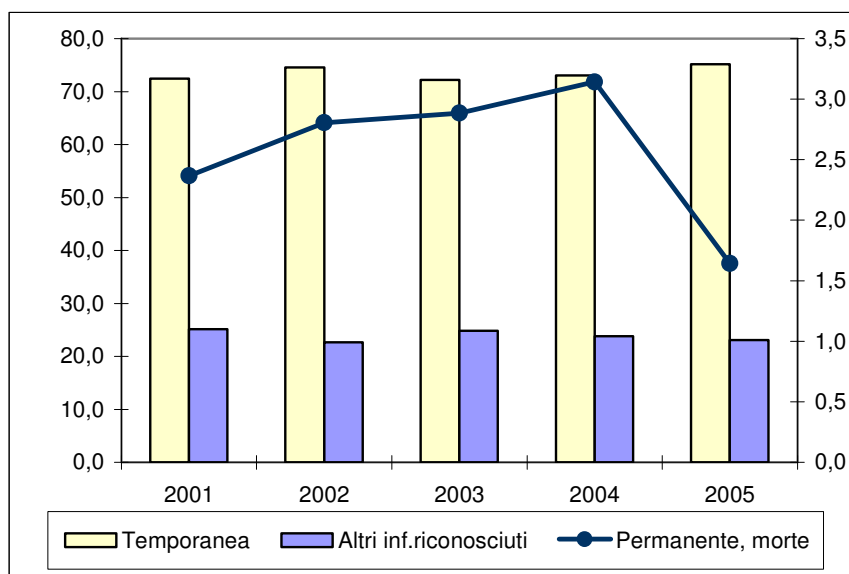
**Tabella 3.11: Infortuni sul lavoro per definizione INAIL e anno dell'infortunio**

Definizione INAIL	2001	2002	2003	2004	2005	Totale
APERTA	0	56	5	37	197	295
NEGATIVA	1.140	1.097	932	1.213	1.165	5.547
FRANCHIGIA	1.856	1.681	1.827	1.596	1.443	8.403
REGOLARE SENZA INDENNIZZO <sup>47</sup>	99	127	121	200	219	766
TEMPORANEA	5.636	5.948	5.660	5.510	5.401	28.155
PERMANENTE	170	208	211	213	106	908
MORTE	14	16	15	24	12	81
<b>Permanente + morte</b>	<b>184</b>	<b>224</b>	<b>226</b>	<b>237</b>	<b>118</b>	<b>989</b>
<b>Totale</b>	<b>8.915</b>	<b>9.133</b>	<b>8.771</b>	<b>8.793</b>	<b>8.543</b>	<b>44.155</b>
<b>Totale definiti positivamente</b>	<b>7.775</b>	<b>7.980</b>	<b>7.834</b>	<b>7.543</b>	<b>7.181</b>	<b>38.313</b>

Per quanto siano comunque sempre troppi, il numero di infortuni mortali è stato, "fortunatamente", abbastanza contenuto nel corso del quinquennio considerato: le morti sono state 81, circa 16 all'anno. Il picco dei morti sul lavoro è stato raggiunto nel 2004, con 24 morti.

Gli infortuni con conseguenze permanenti (cioè con postumi permanenti superiori al 5%: si veda la nomenclatura nel box a pag.63) sono stati, nel quadriennio considerato, 908, pari al 2,4% del totale degli infortuni definiti positivamente.

Un dato molto interessante anche sul versante epidemiologico è quello relativo all'andamento nel tempo di questa quota, che è andata infatti aumentando passando dal 2,4% del 2001, 184 infortuni in termini assoluti, al 3,1% del 2004, 237 infortuni. Va segnalato, a tale proposito, il dato non attendibile per il 2005 (solo 118 casi di infortunio con danni permanenti), anno nel quale ben 197 infortuni presentano un'istruttoria non ancora definita da parte dell'INAIL. Le istruttorie non definite riguardano nella quasi totalità dei casi infortuni con postumi permanenti.

**Grafico 3.12: Quota di infortuni permanenti e mortali, temporanei, di altro tipo, sul totale provinciale, 2001-2005**

Gli infortuni che hanno causato inabilità temporanea sono stati 28.155, cioè il 73,5% del totale degli infortuni definiti. Gli infortuni in franchigia (cioè gli infortuni lievi, con assenza dal lavoro non superiore a tre giorni) sono stati il 21,9% del totale. Gli infortuni non indennizzati dall'INAIL, in gran parte attribuibili a lavori di tipo impiegatizio, sono stati il 2% del totale. Le istruttorie INAIL che hanno dato luogo a esiti negativi sono state 5.547.

Passiamo ora ad analizzare gli infortuni (tabella 3.12) secondo la "pericolosità", misurata sulla base della gravità dell'esito infortunistico, dell'attività lavorativa svolta (classificazione INAIL).

<sup>47</sup> Sono dipendenti di pubbliche amministrazioni (scuola, ecc.), per i quali l'INAIL provvede alla sola gestione della pratica

**Tabella 3.12: Le 30 attività più pericolose** (ordinate secondo la quota di "indennizzi permanenti + infortuni mortali" sul totale degli infortuni definiti positivamente)

Rango	Attività	Morte	Permanente	Totale definiti positivamente	% permanenti e mortali
1	Addetti servizi domestici e assistenza	0	10	74	<b>13,51</b>
2	Comunicazioni	0	3	30	<b>10,00</b>
3	Energia elettrica	0	3	32	<b>9,38</b>
4	Mattazione e macellazione	0	1	13	<b>7,69</b>
5	Linee e condotte urbane	0	7	91	<b>7,69</b>
6	Magazzini	0	17	291	<b>5,84</b>
7	Costruzioni edili	14	110	2216	<b>5,60</b>
8	Lavorazioni tessili	0	1	18	<b>5,56</b>
9	Strade e ferrovie	0	16	303	<b>5,28</b>
10	Geologia e mineraria	1	1	39	<b>5,13</b>
11	Trasporti	12	39	1006	5,07
12	Istruzione e ricerca	0	11	240	4,58
13	Chimica, plastica e gomma	1	24	603	4,15
14	Carta e poligrafia	0	7	185	3,78
15	Produzione di alimenti	1	27	753	3,72
16	Impianti	4	43	1357	3,46
17	Dipendenti dello Stato	2	18	583	3,43
18	Uffici e altre attività	7	95	3114	3,28
19	Mezzi di trasporto	2	15	525	3,24
20	Agricoltura	11	136	4610	3,19
21	Lavorazione delle rocce	0	16	512	3,13
22	Costruzioni idrauliche	0	3	99	3,03
23	Lav.meccanico-agricole	0	5	175	2,86
24	Attività commerciali	3	51	1990	2,71
25	Strumenti e apparecchi	2	19	805	2,61
26	Confezioni	2	12	543	2,58
27	Pulizie e nettezza urbana	1	20	847	2,48
28	Falegnameria e restauro	0	9	374	2,41
29	Metalmeccanica	4	58	2718	2,28
30	Macchine	2	27	1369	2,12
	ALTRE	7	76	4834	1,72
	Non nota	5	28	7964	0,41
	<b>Totale</b>	<b>81</b>	<b>908</b>	<b>38313</b>	<b>2,58</b>

Relativamente all'intero periodo 2001-2005, la quota maggiore di infortuni con danni permanenti, sommati a quelli mortali, si ha, non senza qualche sorpresa, tra i lavoratori "addetti ai servizi domestici e assistenza" (13,51% sul totale degli infortuni con definizione positiva), seguiti da quelli addetti alle "comunicazioni" (10% sul totale) e dal settore dell'energia elettrica (9,38%). Le costruzioni edili sono al settimo posto (5,6%).

Nella tabella è indicato anche il dettaglio delle morti sul lavoro, che seguono una graduatoria non coincidente, seppure di segno non opposto, con quella appena vista. Infatti il maggior numero di decessi si ha per il settore dell'edilizia (14 decessi), seguito dai "trasporti" (12 decessi) e dall'agricoltura (11 morti).

### 3.3.5 Gli infortuni *in itinere*

Fin qui abbiamo visto gli infortuni conteggiati nel loro complesso e poi valutati secondo la "gravità" delle conseguenze riportate e secondo l'attività lavorativa nell'ambito della quale sono avvenuti. Molti infortuni sul lavoro, però, non accadono nel posto di lavoro, ma sono in

realità incidenti stradali, che accadono nel tragitto che il lavoratore effettua per recarsi o per tornare dal lavoro.

Nella tabella che segue vediamo quanti sono stati nei cinque anni considerati.

**Tabella 3.13: Gli infortuni *in itinere*, 2001-2005**

	2001	2002	2003	2004	2005	Totale
Sul posto di lavoro	8.165	8.292	7.995	7.996	7.792	<b>40.240</b>
<i>In itinere</i>	750	841	776	797	751	<b>3.915</b>
<b>Totale</b>	<b>8.915</b>	<b>9.133</b>	<b>8.771</b>	<b>8.793</b>	<b>8.543</b>	<b>44.155</b>
<b>% <i>in itinere</i></b>	<b>8,4</b>	<b>9,2</b>	<b>8,8</b>	<b>9,1</b>	<b>8,8</b>	<b>8,9</b>

Nel corso del 2005 si sono avuti 751 infortuni *in itinere*, pari all'8,8% del totale degli infortuni. Questa quota percentuale si è mantenuta pressoché costante nel corso del quinquennio tra il 2001 e il 2005, con oscillazioni minime. Il valore massimo è stato raggiunto nel 2002 (9,2%).

**Tabella 3.14: Gli infortuni *in itinere* secondo la definizione**

Definizione 2001-2005	Totale	<i>In itinere</i>	%
APERTA	295	18	6,1
NEGATIVA	5.547	398	7,2
REGOLARE SENZA IND.	766	134	17,5
FRANCHIGIA	8.403	32	0,4
TEMPORANEA	28.155	3.098	11,0
PERMANENTE	908	200	22,0
MORTE	81	35	43,2
<b>Totale</b>	<b>44.155</b>	<b>3.915</b>	<b>8,9</b>

Se analizziamo tutti i 44.155 infortuni denunciati nel quinquennio vediamo che di questi 3.915 sono *in itinere* (8,9%). È facile osservare che più l'esito dell'infortunio è grave, più è alta la percentuale di incidenti *in itinere*. Tra gli infortuni con esiti permanenti il 22% è stato *in itinere*, mentre questa quota scende all'11% per gli esiti temporanei. Impressionante è poi la quota di incidenti *in itinere* sul totale degli infortuni mortali: sono 35 su 81, il 43,2%.

### 3.3.6 Gli infortuni *in itinere* per attività

Non tutte le attività presentano la stessa percentuale di infortuni *in itinere*. Questa quota, infatti, è fortemente variabile a seconda dell'importanza che, in una certa attività lavorativa (prescindendo, ovviamente, dalle attività di autotrasporto per le quali il veicolo stesso è il luogo di lavoro), può avere lo spostamento verso il luogo di lavoro, oltretutto, naturalmente, le eventuali condizioni sfavorevoli o di stress in cui ciò avviene.

Nella tabella che segue riportiamo la graduatoria delle attività svolte secondo la percentuale di infortuni *in itinere*. Tralasciando "pelli e cuoi" per il numero esiguo di infortuni, è significativo notare come al primo posto vi sia "addetti ai servizi domestici" con 28,6 infortuni *in itinere* ogni 100. Si tratta di persone che, evidentemente, soffrono forti disagi negli spostamenti da e per il luogo di lavoro (che verosimilmente cambia spesso, non è conosciuto, ecc.). Ai posti successivi nella graduatoria troviamo "confezioni" (23,7%), poi "uffici e altre attività" (23,1%) e "comunicazioni" (22,6%).

**Tabella 3.15: Le prime 15 attività più pericolose implicate negli infortuni *in itinere***

Attività svolta	Totale	<i>In itinere</i>	%
Pelli e cuoi	8	3	37,5
Addetti servizi domestici e assistenza	84	24	28,6
Confezioni	607	144	23,7
Uffici e altre attività	3376	779	23,1
Comunicazioni	31	7	22,6
Conto Stato	835	182	21,8
Istruzione e ricerca	288	56	19,4
Attività commerciali	2182	414	19,0

Pulizie e nettezza urbana	951	164	17,2
Lavorazioni tessili	18	3	16,7
Magazzini	312	51	16,3
Cinema e spettacoli	120	19	15,8
Sanità e servizi sociali	2648	391	14,8
Turismo e ristorazione	1445	204	14,1
Chimica, plastica e gomma	649	85	13,1

### 3.3.7 Gli "infortuni stradali" nel 2005

Dal 2004 in poi vengono classificati, nella banca dati INAIL, non solo gli incidenti *in itinere*, cioè gli incidenti stradali accaduti durante il tragitto da o per il posto di lavoro, ma anche gli incidenti stradali *tout court*, cioè gli incidenti di tipo stradale, accaduti sia durante il tragitto che durante l'effettivo svolgimento del lavoro (incidenti accaduti a categorie come gli autisti, gli autotrasportatori, sia come conducenti che come pedoni, ciclisti, ecc.).

Riportiamo qui gli incidenti stradali accaduti nel 2005. Sono complessivamente 1.113 (dei quali, come visto sopra, solo 751 sono *in itinere*, i due terzi). Nel 2005 gli incidenti stradali sono il 13% di tutti gli infortuni denunciati. Se li analizziamo secondo la definizione INAIL degli esiti vediamo che la relazione con la gravità degli esiti è molto stretta: i 2/3 (il 66,7%) degli infortuni mortali sono dovuti a incidenti stradali, un terzo degli infortuni con conseguenze permanenti è stradale, mentre tra gli infortuni con esiti temporanei la quota di "stradali" è appena del 14,6%.

**Tabella 3.16: Infortuni stradali rapportati agli infortuni sul lavoro totali nell'anno 2005**

Definizione	Non stradali	Stradali	Totale	%
Aperta (non definiti)	175	22	197	11,2
NEGATIVA	974	191	1.165	16,4
FRANCHIGIA	1.419	24	1.443	1,7
REGOLARE SENZA IND.	176	43	219	19,6
TEMPORANEA	4.611	790	5.401	14,6
PERMANENTE	71	35	106	33,0
MORTE	4	8	12	66,7
<b>Totale</b>	<b>7.430</b>	<b>1.113</b>	<b>8.543</b>	<b>13,0</b>

#### La definizione INAIL delle pratiche amministrative derivanti da infortuni sul lavoro

– *Temporanea*: sono casi che hanno comportato una inabilità temporanea assoluta superiore a tre giorni e non hanno determinato postumi permanenti superiori alla percentuale stabilita per la definizione "in permanente" (vedi).

– *Permanente*: per gli infortuni avvenuti prima del 25/07/2000 sono considerati definiti "in permanente" quelli che hanno determinato postumi permanenti superiori al 10%; dopo tale data sono definiti "in permanente" quelli con postumi superiori al 5%. Prima del 25/07/2000 era valutata soltanto la capacità lavorativa; dopo tale data la percentuale comprende anche il danno biologico. Per questo motivo il grado di postumi degli infortuni attuali non è direttamente confrontabile con quelli avvenuti prima del 25/07/2000.

– *Mortale, con o senza superstiti*: si tratta di soggetti deceduti in seguito all'infortunio sul lavoro.

– *Regolari senza indennizzo*: pur trattandosi di eventi riconoscibili come veri e propri infortuni sul lavoro, l'INAIL non ha erogato prestazioni economiche; si tratta di casi particolari, per esempio, di dipendenti dello Stato che hanno avuto un infortunio che ha determinato assenza dal lavoro ma NON postumi permanenti o la morte (soltanto in questi ultimi due casi l'INAIL indennizza l'assicurato; se si determina soltanto un periodo di inabilità temporanea l'indennizzo è a carico dello Stato).

– *Negativa*: Il caso non possiede i requisiti per essere riconosciuto come infortunio sul lavoro. La motivazione può essere di vario tipo (mancanza dell'occasione di lavoro, soggetto non assicurato, assenza della lesione etc.)

– *Franchigia*: Sono infortuni che non hanno determinato una inabilità temporanea assoluta con assenza dal lavoro superiore a tre giorni pur presentando tutte le altre caratteristiche degli infortuni sul lavoro.

### 3.4 Lavoro e salute

*"La sicurezza del lavoro favorisce la salute, il benessere e la soddisfazione per il lavoro stesso. Più i tassi di disoccupazione sono alti, più sono alti i casi di malattia e di morte prematura. (Organizzazione Mondiale della Sanità)"*

La condizione socio-economica di una persona e di una comunità è un forte predittore delle sue condizioni di salute. E' ovvio pertanto che il lavoro e la disoccupazione rientrano fra i "determinanti sociali di salute".

Se istruzione, reddito e professione concorrono a definire il posto che ciascuno occupa nella società, il lavoro, che nelle società occidentali agisce in modo pervasivo su gran parte della vita adulta, è probabilmente il fattore che maggiormente influenza la nostra salute, è infatti un veicolo di integrazione sociale e garantisce, anche se talora in modo insufficiente, una base di benessere economico.

#### 3.4.1 Lavoro e salute

Il lavoro fa male alla salute? Anche le condizioni di lavoro, i modi di lavorare, e non solo la certezza del posto di lavoro sono aspetti determinanti per la salute.

Rischi lavorativi insufficientemente controllati possono danneggiare la salute attraverso infortuni e malattie professionali (siano esse riconosciute come tali dal sistema di tutele in vigore oppure no). Un esempio di danno alla salute molto diffuso, e poco percepito fino a tempi recenti, è costituito dai danni all'udito conseguenti all'esposizione a rumore. Fino all'avvento del D.Lgs. 626/94, migliaia di lavoratori hanno rischiato di diventare ipoacusici a causa del rumore sul luogo del lavoro. Pochi anni fa, ad esempio, i ricercatori inglesi dell'Università di Southampton, esaminando oltre 22.000 lavoratori britannici, hanno scoperto che il 2% di questi soffriva di gravi difficoltà all'udito da inquinamento acustico.

Un fattore noto di stress è rappresentato dal lavoro notturno. La tendenza all'addormentamento è una conseguenza nota di questo tipo di lavoro<sup>48</sup>, viene contrastata sul luogo di lavoro dall'attenzione richiesta dall'attività lavorativa ma può costituire un grave rischio durante il ritorno a casa. Uno studio<sup>49</sup> del Karolinska Institute di Stoccolma su 5.000 lavoratori di 40 aziende svedesi ha evidenziato che il 7% si addormenta sul lavoro diverse volte al mese mentre il 23% si appisola senza volere nel tempo libero. Questo stato di affaticamento aumenterebbe il rischio di infortuni sul lavoro e di incidenti stradali per chi torna a casa in auto. Nel 2005 nella provincia di Ferrara si sono verificati 751 infortuni *in itinere*, sarebbe interessante sapere quanti hanno riguardato lavoratori turnisti. Infine un lavoro insoddisfacente o insicuro può avere lo stesso effetto della vera e propria disoccupazione, creando ansietà e depressione, accresciuti fattori di rischio cardiovascolare e malattie cardiache.

#### 3.4.2 Disoccupazione e salute

In tutti i Paesi sviluppati, compresa l'Italia, si continua ad osservare il paradosso della permanenza di disuguaglianze di salute legate alle condizioni socio-economiche, nonostante il progressivo miglioramento dello stato di salute della popolazione e l'allungamento della durata media di vita. I disoccupati e le loro famiglie hanno una probabilità notevolmente maggiore di morte prematura rispetto al resto della popolazione, anche escludendo gli altri comuni fattori di rischio.

La disoccupazione è un fenomeno composito in quanto comprende condizioni sociali tra loro molto differenziate: disoccupazione di lunga durata e periodi ricorrenti di disoccupazione esprimono carriere lavorative molto diverse fra loro. Uno studio sulla mortalità fra i disoccupati<sup>50</sup> torinesi concludeva : "I suicidi, le morti associate a comportamenti dettati da un profondo stato di disagio e da percorsi esistenziali avversi sottolineano la profonda

<sup>48</sup> Czeisler CA, Modafinil for Excessive Sleepiness Associated with Shift-Work Sleep Disorder N Engl J Med. 2005 Aug 4;353(5):476-86.

<sup>49</sup> Akerstedt et al. Work organisation and unintentional sleep: results from the WOLF study Occupational and environmental medicine 2002; 59: 595-600

<sup>50</sup> Costa e al., Disuguaglianze di salute in Italia, Epidemiologia&Prevenzione, Supplemento 2004



consapevolezza per una consistente quota di disoccupati di essere abbandonati a sé stessi, con le proprie carenti risorse personali, di fronte alle dinamiche del mercato". Gli effetti della disoccupazione sulla salute sono legati in primo luogo sia alle conseguenze psicologiche da essa indotte, sia ai problemi finanziari che ne conseguono, in particolare i debiti. Secondo recenti indagini nazionali le famiglie povere sono, nella metà dei casi, del tutto prive di reddito da lavoro. Non c'è, però, un nesso diretto tra disoccupazione e stato di povertà, per la presenza di interventi di protezione sociale, e per il ruolo che possono svolgere le reti familiari nell'attenuare i disagi economici connessi a tale situazione.

La disoccupazione, al di là dell'intensità degli effetti sul livello di reddito, inevitabilmente avvia un processo di esclusione sociale, di limitazione della partecipazione alla vita sociale, di perdita di autostima. Tutti aspetti che, se non affrontati con adeguati interventi sociali, rischiano di consolidarsi rendendo difficile il rientro nel mercato del lavoro e favorendo l'ingresso in ambiti di lavoro marginali e precari. L'età in cui si verifica la perdita del lavoro (più l'età è avanzata, più gli effetti negativi sono forti), il tempo di permanenza nello stato di disoccupazione sono decisivi per accentuare gli effetti descritti. In una recente metanalisi<sup>51</sup> il tasso di disoccupazione ha mostrato un rapporto con la comparsa di disturbi e malattie: con disoccupazione più alta è più frequente la comparsa di disturbi o patologie, mentre altri fattori di contesto come il titolo di studio, il genere del lavoratore, l'indice di vivacità del mercato del lavoro non sono apparsi correlati.

- *Disoccupazione e salute in Italia*

Studi italiani hanno rilevato condizioni di salute più sfavorevoli per i disoccupati e un conseguente maggior consumo di risorse sanitarie da parte di questi ultimi.

In particolare, in uno studio effettuato a Torino, il peggioramento delle proprie condizioni socio-economiche o la perdita del lavoro erano associati ad una maggiore mortalità pari a +13% negli uomini e a +22% nelle donne<sup>52</sup>. Anche la necessità di ricoveri ospedalieri è risultata condizionata dallo stato occupazionale.

L'analisi dei dati raccolti con l'indagine multiscope Istat 1999-2000 ha confermato come lo stato di disoccupazione sia una condizione fortemente sfavorevole per la salute.

Tra i disoccupati è risultata maggiore la probabilità di riferire condizioni di salute "non buone" (+64%) e di presenza di malattie croniche (+134%)<sup>53</sup>.

Anche il rischio di obesità è apparso aumentato in tutti i casi in cui almeno uno dei due coniugi non era occupato, con rischi aumentati dal +60%, nel caso dei disoccupati con moglie casalinga, al +194%, nel caso delle casalinghe con marito disoccupato.

- *Disoccupazione e mortalità*

Da almeno 35 anni<sup>54</sup> si studia l'andamento degli indicatori sanitari legato alla comparsa di crisi economiche, sono ormai ben documentati i legami tra disoccupazione e aumento del rischio di malattia e di morte<sup>55</sup>.

I risultati degli studi sono peraltro contrastanti<sup>56</sup>: agli studi che evidenziano un peggioramento delle condizioni di salute durante i periodi di crisi economica, si sono contrapposti i risultati di nuovi approcci di studio che evidenziano un declino della mortalità durante i periodi di recessione economica. Articolate analisi sostengono che la crescita economica inciderebbe negativamente sulla salute attraverso le modifiche indotte sugli stili di vita (aumento del consumo di alcol e di tabacco, diminuzione del tempo libero e dunque dell'attività fisica)<sup>57</sup>, oltre a un peggioramento diretto per i lavoratori (a più lavoro corrispondono più infortuni<sup>58</sup>).

---

<sup>51</sup> Virtanen M. e al., Temporary employment and health: a review, International Journal of Epidemiology, 2005; 34:610-622

<sup>52</sup> Cardano e al., Social mobility and health in the Turin longitudinal study; Social Science and Medicine, 2004, 58:1563-74.

<sup>53</sup> Vannoni, Le disuguaglianze sociali di salute in Italia, Tesi di dottorato, Torino 2004

<sup>54</sup> Brenner MH. Mortality and the national economy: a review, and the experience of England and Wales 1936-1976. Lancet 1979; II: 568-573.

<sup>55</sup> Dooley e al., Health and unemployment, Annu Rev Public Health, 1996; 17:449-65

<sup>56</sup> Cooper et al. The health hazards of unemployment and poor education: The socioeconomic determinants of health duration in the European Union - Economics and Human Biology 4 (2006) 273-297

<sup>57</sup> Ruhm, C.J. (2005). "Healthy Living in Hard Times," *Journal of Health Economics*, 24(2),341-363.

<sup>58</sup> Caruso, C., E. Hitchcock, R.B. Dick, J.M. Russo and J.M. Schmitt (2004). "Overtime and Extended Work Shifts: Recent Findings on Illnesses, Injuries, and Health Behaviors," National Institute for Occupational Safety and Health

Si tratta in definitiva di una questione estremamente complessa, inadeguata a essere affrontata con studi di tipo ecologico (che considerano globalmente tutta la popolazione).

Due recenti studi di coorte (considerano le caratteristiche di ciascun individuo e dunque sono assai più precisi) sulle disuguaglianze di salute (uno effettuato in Toscana, l'altro a Torino), hanno riscontrato e misurato il maggior rischio di morte presente tra i disoccupati.

Nello studio longitudinale toscano<sup>59</sup>, la disoccupazione aumenta il rischio di mortalità del 168-158% (rispettivamente, a Livorno e a Firenze) nel sesso maschile e del 182-188% (a Livorno e a Firenze) nel sesso femminile, prendendo come categoria di confronto quella degli occupati. Lo studio di Torino conferma il maggior rischio di morte (da 2 a 3 volte) fra i disoccupati, a tutte le età.

L'aumento di rischio di mortalità è stato rilevato anche in un recente studio condotto a Reggio Emilia, con risultati simili allo studio torinese<sup>60</sup>.

- *Disoccupazione e salute mentale*

Il rischio di suicidio è da sempre descritto come più elevato tra i disoccupati.

Lo studio ESEMeD<sup>61</sup> ha recentemente documentato che i danni per la salute mentale conseguenti allo stato di disoccupazione sono molteplici e che la loro entità è direttamente proporzionale alla durata del periodo di disoccupazione.

**Tabella 3.17: Condizione occupazionale in persone con problemi di salute mentale; dati di uno studio di prevalenza di 12 mesi (ESEMeD)**

Situazione lavorativa	Totale	Almeno 1 disturbo	Disturbi dell'umore	Disturbi di ansia	Disturbi legati all'alcol
<b>Occupazione</b>	1.298	141	54	79	27
		11.0%	3.9%	6.4%	2.3%
<b>Disoccupato</b>	95	20	9	12	4
		23.7%	10.6%	15.0%	4.4%
<b>Pensione di anzianità</b>	529	24	14	15	0
		5.2%	3.4%	2.4%	0.0%
<b>Casalinga</b>	119	11	7	8	0
		8.1%	4.2%	6.1%	0.0%
<b>Studente</b>	9	3	2	1	0
		34.8%	14.9%	19.9%	0.0%
<b>Altro</b>	119	33	19	21	5
		21.4%	14.9%	12.6%	3.0%
<b>Mai lavorato per più di 6 mesi</b>	224	26	14	12	5
		10.4%	6.1%	4.6%	2.1%
<b>Totale</b>	<b>2.393</b>	<b>257</b>	<b>119</b>	<b>148</b>	<b>41</b>
		<b>10.7%</b>	<b>5.0%</b>	<b>6.0%</b>	<b>1.8%</b>

L'interazione tra salute mentale e disoccupazione è complessa sia a livello di rete causale sia come dimensione del rischio. È stato dimostrato che anche le performance cognitive possono essere danneggiate dalla disoccupazione (-4,6% in uno studio compiuto in Sicilia)<sup>62</sup>.

### 3.4.3 Lavoro temporaneo e salute

Nell'accezione più ampia ogni rapporto di lavoro che non sia a tempo indeterminato rientra nella categoria del lavoro temporaneo: dal contratto a tempo determinato, al lavoro a progetto, al lavoro a chiamata, fino al lavoro attraverso agenzie interinali.

La legge tende ad assicurare al lavoratore temporaneo, compatibilmente con le caratteristiche dell'istituto, la parità di trattamento con i dipendenti dell'azienda utilizzatrice. Ciò risponde all'evidente esigenza di scongiurare un utilizzo non genuino del lavoro temporaneo e alla necessità di rassicurare i lavoratori di fronte ad una nuova forma di lavoro. Tuttavia è cresciuta in questi anni la quota di lavoratori, non sufficientemente tutelati, precari, con una disponibilità

<sup>59</sup> Merler e al., Condizione socio-economica e disuguaglianze nella mortalità nello Studio Longitudinale Toscano; *Epidemiologia&Prevenzione*, 1999; 23:207-14

<sup>60</sup> Candela e al. Condizioni socioeconomiche e mortalità a Reggio Emilia, marzo 2005

<sup>61</sup> www.umhp.org

<sup>62</sup> Salemi e al., Impact of sociodemographic characteristics on cognitive performance in an elderly Sicilian population, *Neuroepidemiology* 2002; 21:44-49

di reddito che, specie in presenza di carichi familiari, non è sufficiente a garantire un tenore di vita accettabile.

Nella recente letteratura epidemiologica è oggetto di discussione la presenza di effetti sulla salute attribuibili all'occupazione lavorativa temporanea. In senso generale si è portati a ritenere che un lavoro temporaneo e dunque instabile abbia riflessi sanitari assimilabili alla condizione di disoccupato, a causa delle condizioni di insicurezza che genera sui lavoratori<sup>63</sup>, creando ansietà e depressione, malattie cardiache e accresciuti fattori di rischio cardiovascolare.

Secondo questa ipotesi le condizioni di lavoro determinate da nuove forme contrattuali possono essere pericolose per la salute dei lavoratori quanto la disoccupazione. Tuttavia, i risultati fino ad oggi raccolti confermano solo parzialmente la presenza di un peggiore livello di salute fra i lavoratori temporanei.

Il mercato del lavoro flessibile è articolato secondo un modello "centro-periferia": attorno ad un nucleo centrale costituito da personale a tempo indeterminato si collocano settori con contratti di lavoro caratterizzati da maggiore insicurezza e insieme da rischi di disoccupazione più elevati, uniti a altri svantaggi sociali. Numerosi studi hanno evidenziato la presenza di una forte correlazione tra elevati tassi di disoccupazione ed elevati tassi di lavoro flessibile, generalizzabile a tutti i Paesi occidentali.

Vari percorsi, psicosociali e materiali, sono stati ipotizzati all'origine dei danni alla salute nel caso del lavoro temporaneo: diminuzione dei guadagni, insicurezza del posto di lavoro, carenza di benefici e di formazione lavorativa, mancanza di prospettive di carriera, esposizione a condizioni di lavoro pericolose.

Emerge peraltro come non sempre e non tutti i lavori temporanei siano collegati a una condizione sociale inferiore e a una maggiore insicurezza: alcune ricerche hanno evidenziato che i lavoratori traggono beneficio da una condizione di lavoro temporaneo quando possono controllare il loro tempo di lavoro, sperimentare varie condizioni lavorative, usare il lavoro temporaneo come una tappa verso l'occupazione a tempo indeterminato.

Gli effetti sulla salute dipenderebbero in massima parte dal grado di instabilità del lavoro. Inoltre il contesto ambientale e sociale avrebbe grande importanza nella comparsa di effetti sulla salute. Un recente studio finanziato dall'Unione Europea<sup>64</sup> ha confrontato i risultati della Seconda e della Terza indagine europea sulle condizioni di lavoro valutando l'associazione tra differenti contratti lavorativi e indicatori di salute.

Per quanto riguarda i lavoratori temporanei sono emersi un alto livello di insoddisfazione e un basso livello di stress.

I lavoratori a tempo determinato, in particolare, hanno denunciato un maggior livello di stanchezza ed un più elevato livello di malattie muscolo-scheletriche.

Una metanalisi pubblicata recentemente<sup>65</sup> ha riesaminato 27 studi epidemiologici che hanno confrontato tipo di lavoro e effetti sulla salute e ha riassunto i risultati in quattro aree:

1. il rischio di stress psicologico risulta più alto nei lavoratori temporanei rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato, con OR=1,25 statisticamente significativo
2. il rischio di disturbi muscolo-scheletrici è più alto nei lavoratori temporanei rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato, con OR=1,24 statisticamente non significativo
3. il rischio di infortuni è aumentato fra i lavoratori temporanei
4. il rischio di assenze dal lavoro per malattia è inferiore nei lavoratori temporanei rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato, con OR=0,77 statisticamente significativo

Uno studio pubblicato nel 2004<sup>66</sup> relativo ai lavoratori britannici non ha evidenziato effetti sulla salute attribuibili alla condizione di lavoratore temporaneo. Tuttavia la presenza di alcuni elementi sfavorevoli, come ad esempio il salario nettamente inferiore, sottolinea la necessità di avviare un monitoraggio routinario di *outcomes* sanitari in questo gruppo di lavoratori. Necessità emersa anche al termine di un precedente studio comparativo tra la situazione inglese e la situazione tedesca<sup>67</sup>.

<sup>63</sup> Bartley Job insecurity and its effect on health J epidem Community health 2005; 59: 718-9

<sup>64</sup> Beach e al. Types of employment and Health in the European Union, Dublin, 2005

<sup>65</sup> Virtanen M. e al., Temporary employment and health: a review, International Journal of Epidemiology, 2005; 34:610-622

<sup>66</sup> Bardasi & Francesconi The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from a panel of British workers *Social Sc. & Med* 2004; 58:1671-1688

<sup>67</sup> Rodriguez Marginal employment and health in Britain and Germany: does unstable employment predict health? *Social Sci & Med* 2002; 55:963-979

## Conclusioni

Il tasso di disoccupazione nella provincia di Ferrara risulta più basso di quello nazionale ma allo stesso tempo è superiore a quello regionale.

Nella nostra provincia dal 1995 al 2006 abbiamo assistito ad un incremento importante dell'occupazione femminile, mentre quella maschile è lievemente diminuita.

L'incremento dell'occupazione femminile si registra soprattutto nel "settore del precariato", in particolare si tratta soprattutto di impieghi a tempo parziale e mal retribuiti. Questo riguarda, in misura diversa, anche gli uomini.

Ad oggi un lavoratore su sei nella provincia di Ferrara è precario, uno su cinque se si considerano le sole donne.

Le scarse possibilità d'impiego nella provincia, soprattutto a tempo indeterminato, si riflettono sul reddito pro capite che per il 2004 risulta più basso di 2.500 Euro rispetto a quello medio registrato in regione.

Nel corso del 2005 si assiste ad una diminuzione del numero degli infortuni sul lavoro accaduti in provincia di Ferrara, rispetto al 2004, pari a -2,8%, parallelamente al dato medio regionale (-2,4%). Anche il tasso provinciale di infortuni sul lavoro (8,8/100 addetti) nel 2005 è situato sulla media regionale (8,7%). Nei tre distretti si riflette lo stesso andamento, nel periodo considerato, con una riduzione più consistente in valori assoluti nei Distretti Sud Est ed Ovest.

Una percentuale importante di infortuni (23,8%) coinvolgono la fascia d'età 18-29 anni.

Gli esiti mortali da infortunio presentano un andamento stabile, nel corso del periodo 2001-2005 mentre risultano diminuiti gli infortuni con esiti di invalidità permanente.

Queste tipologie di infortuni (morte e invalidità permanente) nel periodo 2001-2005 sono rappresentati per il 23,8% da infortuni in itinere, in quanto solitamente sono gli incidenti stradali che comportano i rischi maggiori per la salute.

Gli infortuni in itinere al 2005 risultano sostanzialmente invariati in percentuale rispetto al 2001.

### Rischi per la salute

Un rischio importante per la salute è rappresentato dagli infortuni con esito permanente, infatti possono portare a lunghi periodi di disabilità ed ancora più preoccupante è il fatto che una quota importante degli infortuni colpisce giovani di età compresa tra 18 e 29 anni.

La disoccupazione costituisce una condizione che mina profondamente la salute delle persone colpite e il futuro delle famiglie. Studi italiani hanno rilevato condizioni di salute più sfavorevoli per i disoccupati e un conseguente maggior consumo di risorse sanitarie da parte di questi ultimi.

La disoccupazione di lunga durata e periodi ricorrenti di disoccupazione esprimono carriere lavorative molto diverse fra loro.

Uno studio epidemiologico<sup>68</sup> sulla mortalità fra i disoccupati torinesi concludeva :

*"I suicidi, le morti associate a comportamenti dettati da un profondo stato di disagio e da percorsi esistenziali avversi, sottolineano la profonda consapevolezza per una consistente quota di disoccupati di essere abbandonati a sé stessi, con le proprie carenti risorse personali, di fronte alle dinamiche del mercato".*

Gli effetti della disoccupazione sulla salute sono legati in primo luogo sia alle conseguenze psicologiche da essa indotte, sia ai problemi finanziari che ne conseguono, in particolare i debiti contratti, che ricadono sull'individuo e sul suo nucleo familiare.

Il rischio di suicidio è da sempre descritto come più elevato tra i disoccupati.

E' inoltre documentato (Studio ESEMeD) che i danni per la salute mentale conseguenti allo stato di disoccupazione sono molteplici, e che la loro entità è direttamente proporzionale alla durata del periodo di disoccupazione.

Indirettamente la disoccupazione e le precarie condizioni di lavoro hanno effetti anche sulla spesa sanitaria. Infatti a bassi redditi (indicatore: reddito medio per Comune), corrisponde un più elevato indice di consumo di servizi specialistici e un maggior tasso di ospedalizzazione.

---

<sup>68</sup> Costa e al., Disuguaglianze di salute in Italia, Epidemiologia&Prevenzione, Supplemento 2004



## **Dominio 4: La situazione abitativa in provincia di Ferrara**

Presentiamo qui alcuni dati sulla attuale situazione abitativa nella provincia di Ferrara, provenienti da varie fonti. Il fenomeno abitativo, purtroppo, è tra quelli su cui è più difficoltoso il reperimento di dati relativi all'intero territorio provinciale, mentre molta documentazione viene correntemente prodotta per quanto riguarda il solo Comune di Ferrara.

Questo è appunto il caso della prima fonte a cui faremo riferimento: *l'Indagine sulle condizioni di vita a Ferrara*, svoltasi nell'anno 2006 e curata dalla U.O. Statistica del Comune di Ferrara<sup>69</sup>. Si tratta di una indagine generale sulle condizioni sociali della popolazione, che il Servizio Statistica effettua, con cadenza triennale, fin dal 1994.

La seconda fonte è il Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, svoltosi nel 2001; si tratta di dati oggi un po' datati, ma che senz'altro compensano la loro scarsa freschezza (peraltro perdonabile in fenomeni come quelli abitativi, i cui cambiamenti sono difficilmente visibili di anno in anno) con un ottimo livello di dettaglio e di approfondimento<sup>70</sup>.

La terza fonte, che peraltro ripropone anche alcuni dati provenienti dallo stesso Censimento Istat del 2001, è il rapporto provinciale 2005 dell'ORSA (Osservatorio Regionale del Sistema Abitativo)<sup>71</sup>, un rapporto tecnico sulla situazione abitativa a Ferrara al quale abbiamo fatto riferimento per gli aspetti maggiormente leggibili in termini "sociali" (ammontare medio del debito per i mutui, dinamica degli sfratti, ecc.).

Infine, la quarta e ultima fonte qui utilizzata era originariamente di natura amministrativa: si tratta dell'archivio dei richiedenti degli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica relativo al Comune di Ferrara, aggiornato al luglio 2007. Attraverso l'analisi di questo archivio, è stato possibile caratterizzare secondo il genere, la nazionalità ed altre variabili rilevanti la fetta di popolazione che certamente soffre del livello massimo di disagio abitativo.

### **4.1 Le condizioni abitative nel Comune di Ferrara: i dati dell'Indagine sulle condizioni di vita a Ferrara del 2006**

Nel Comune di Ferrara, su 100 famiglie intervistate, 73,6 sono proprietarie dell'abitazione in cui vivono. Si tratta di una quota in costante aumento fin dal 1994 (quando la quota delle famiglie proprietarie era il 69,6%): ciò denota la sempre maggiore tendenza dei ferraresi ad acquistare la casa in cui risiedono. Osservando i dati nazionali, si nota che questa tendenza è presente anche a livello nazionale. La casa, infatti, sembra essere uno dei beni a cui gli italiani tengono di più: in Italia, secondo l'indagine multiscopo sulle famiglie, dal 1994 al 2006 la quota di famiglie proprietarie è passata dal 69,5% al 73,4%.

A fronte del 73,6% di famiglie proprietarie, il 18,3% dei ferraresi abita in affitto (il rimanente 8,1% vive in una abitazione posseduta ad uso gratuito o ad altro titolo). Un dato molto interessante è poi quello relativo alla quota percentuale di famiglie che sono proprietarie della casa in cui vivono, ma sono gravate dal mutuo per averla acquistata, rilevato solo a partire dal 2003. Se nel 2003 questa quota era il 18,9%, nel 2006 è salita al 25,4%. Questo dato riflette certamente l'accesso in anni recenti delle famiglie più giovani alla casa, accesso che non è potuto avvenire con un acquisto "cash" dell'abitazione, ma che al tempo stesso (stante anche il fatto che i tassi di interesse sui mutui nel periodo 2003-2006 sono andati diminuendo) ha comportato la scelta dell'accensione di un mutuo, quasi sempre preferito al pagamento di un canone d'affitto.

Il proprietario delle abitazioni date in affitto è generalmente una persona fisica (64% dei casi), mentre nel 22,5% dei casi è l'ACER [ex IACP] (percentuale in crescita nei dodici anni in esame) e l'importo pagato dagli affittuari è mediamente di 355 euro al mese. Nel 1994 le famiglie in affitto erano il 25,1% del totale, e pagavano mediamente 151,84 euro (pari a 294.000 vecchie lire) mensili: siamo pertanto in presenza, a Ferrara, di uno spiccato aumento (+134% rispetto al 1994, comprendendo nel conteggio anche i canoni sociali delle case popolari) della spesa abitativa per coloro che non sono proprietari.

<sup>69</sup> U.O. Statistica del Comune di Ferrara, *Indagine sulle condizioni di vita a Ferrara nel 2003*, Quaderni sulla famiglia, 5, 2005; i dati sull'indagine del 2006 ci sono stati forniti direttamente dal Servizio Statistica (oggi Unità Operativa Statistica)

<sup>70</sup> U.O. Statistica del Comune di Ferrara, *L'attività edilizia residenziale e non residenziale nel Comune di Ferrara*, Quaderni economici, 1, 2006

<sup>71</sup> Amministrazione Provinciale di Ferrara e ORSA, *Rapporto provinciale 2005*

A titolo di confronto, in Italia il 17,7% delle famiglie vive in affitto e spende 340 euro al mese in media per il canone di locazione (Istat, I consumi delle famiglie, Anno 2006).

Si è osservato che la percentuale di abitazioni in affitto è molto più elevata nei quartieri cittadini (23%), rispetto alle zone del forese (7,3%). Gli importi medi degli affitti non sono molto diversi nei due contesti, perché la minore comodità delle aree rurali rispetto ai servizi è compensata da maggiori dimensioni abitative.

**Tabelle 4.1 e 4.2: Indagini del Comune di Ferrara sulle abitazioni delle famiglie residenti**

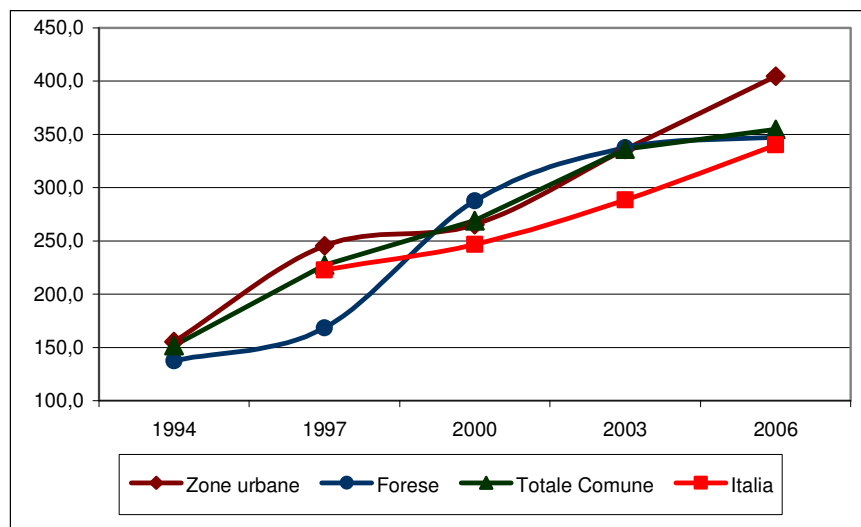
Titolo di godimento dell'abitazione: Comune di Ferrara	1994	1997	2000	Censimento 2001	2003	2006
Proprietà	69,6%	70,8%	73,4%	72,2%	76,2%	73,6%
Affitto	25,1%	21,9%	19,7%	20,5%	18,5%	18,3%
Altro	5,3%	7,3%	6,9%	7,3%	5,3%	8,1%
% famiglie in ab.di proprietà con mutuo	-	-	-	-	18,9%	25,4%

Proprietario	1994	1997	2000	2003	2006
Persone fisiche	60,7%	62,1%	62,6%	63,8%	64,0%
Stato, Enti locali, Enti previdenziali	8,6%	4,1%	2,2%	3,2%	2,2%
ACER (ex IACP)	16,4%	21,5%	25,1%	20,5%	22,5%
Altro	14,3%	12,3%	10,1%	12,5%	11,2%

Fonte: U.O. Statistica Comune di Ferrara e Istat

Rispetto all'indagine condotta nell'ormai lontano 1994, gli importi dei canoni d'affitto sono molto aumentati, e in misura molto superiore al contestuale aumento del costo della vita (l'incremento applicabile nel periodo di 10 anni considerato, in base all'indice Istat, avrebbe dovuto essere circa del 33% mentre, se ci limitiamo ai contratti "patti in deroga" o liberi, è stato di oltre il 230%). Per tutto il comune, l'aumento percentuale dei canoni d'affitto rispetto al 1994 (considerando tutti i tipi di contratto) è stato del 133,6%; nelle zone urbane è stato del 160,3%, nelle zone del forese del 152,8%. Ciò è dovuto principalmente all'introduzione, prima, dei contratti tipo "patti in deroga" e, successivamente, alla nuova normativa sui contratti liberi, concordati e transitori. Con questi contratti sono stati stabiliti canoni mensili molto più elevati rispetto ai precedenti in equo canone.

**Grafico 4.1: Andamento del canone mensile d'affitto nel Comune di Ferrara e in Italia - 1994-2006 - Euro**

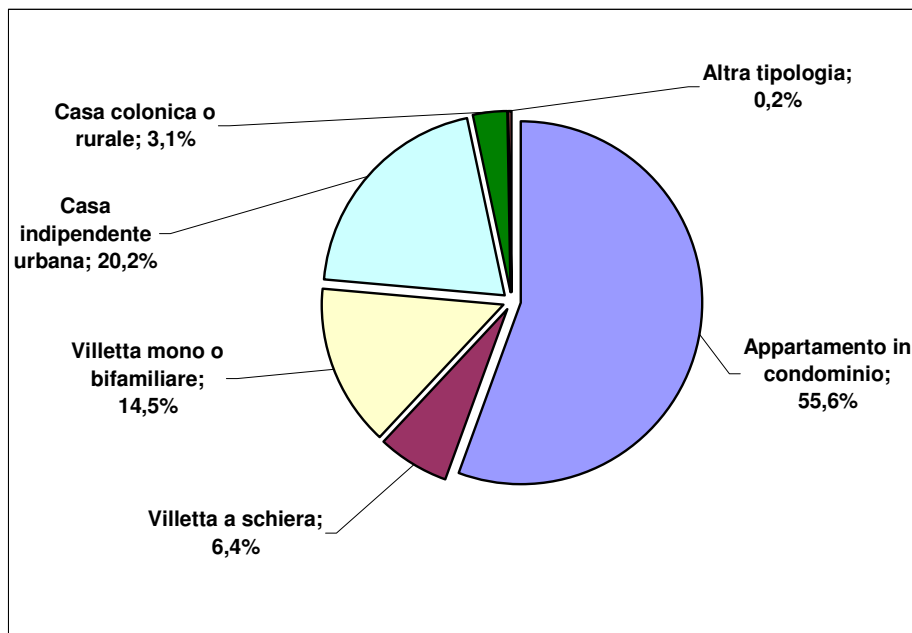


Fonte: U.O. Statistica Comune di Ferrara, Istat

Passiamo ora ad analizzare la tipologia delle abitazioni dove risiedono le famiglie ferraresi: nel 55,6% dei casi si tratta di appartamenti in condominio, nel 14,5% di villette mono o bifamiliari,

mentre le case indipendenti in ambito urbano costituiscono ben il 20,2% delle abitazioni. Le case coloniche rurali, in netta diminuzione nel periodo considerato, sono appena il 3,1%.

**Grafico 4.2: Tipologia dell'abitazione nel comune di Ferrara, 2006**



Fonte: U.O. Statistica Comune di Ferrara, Istat

#### 4.1.1 I problemi relativi all'abitazione

L'abitazione è un valore primario per il benessere delle persone: la mancanza o l'inadeguatezza di alcune caratteristiche abitative possono determinare condizioni di disagio e di difficoltà. Per individuare i fattori qualitativi che determinano difficoltà e disparità tra le famiglie riguardo agli aspetti abitativi, è stato chiesto agli intervistati il verificarsi o meno di problemi inerenti la propria abitazione.

**Tabella 4.3: Problemi della propria situazione abitativa, 1994-2006**

Tipologia di problema	1994	1997	2000	2003	2006
Spese troppo elevate	54,5%	62,1%	54,8%	48,8%	55,0%
Abitazione troppo piccola	12,9%	12,7%	8,3%	9,7%	8,5%
Abitazione in cattive condizioni	7,2%	7,6%	4,6%	8,2%	4,7%
Senza adeguati servizi igienico-sanitari	-	2,6%	2,1%	1,9%	0,9%
Non adeguatamente riscaldata	-	4,3%	3,6%	2,8%	2,3%
Distante dai trasporti pubblici	14,8%	15,7%	10,9%	13,2%	13,8%
Distante dai negozi di prima necessità	14,4%	16,7%	13,7%	16,5%	13,5%
Inquinamento dell'aria	-	-	-	19,6%	21,4%
Inquinamento acustico	-	-	-	20,1%	18,1%

Fonte: U.O. Statistica Comune di Ferrara

Le spese troppo elevate si sono rivelate essere il problema più assillante: per il 55% delle famiglie ferraresi. Seguono i problemi connessi all'inquinamento e al rumore: quest'ultimo per il 18,1% delle famiglie ferraresi, l'inquinamento atmosferico per il 21,4%. Si tratta di una quota assai rilevante, che dà conto della forte percezione da parte dei ferraresi delle problematiche ambientali; è anche da segnalare il fatto che la preoccupazione per l'inquinamento atmosferico nella propria zona di abitazione è aumentata rispetto al 2003. Creano qualche difficoltà anche la lontananza dai negozi di prima necessità (per il 13,5% delle famiglie) e la distanza dai servizi di trasporto pubblico (per il 13,8% delle famiglie). Inutile dire che questi problemi sono particolarmente sentiti dalla popolazione anziana, che è quella più debole dal punto di vista della mobilità (di solito non guida, fa fatica a camminare e vorrebbe



spostarsi con i mezzi pubblici). Le piccole dimensioni dell'abitazione sono sempre meno un problema (lo indica solo l'8,5% degli intervistati), visto il sempre più ridotto numero di componenti che costituiscono le famiglie. Diminuiscono anche le abitazioni non adeguatamente riscaldate (2,3%) e quelle senza adeguati servizi igienico-sanitari (solo lo 0,9%), mentre sono il 4,7% quelle in cattive condizioni. Anche se i valori percentuali sono bassi, non va comunque dimenticato che, in termini assoluti (rapportati alle 62.235 famiglie residenti a Ferrara al 31.12.2006), questi dati significano: circa 1.430 famiglie che dichiarano di non avere un riscaldamento adeguato, 560 famiglie che dichiarano servizi igienici non adeguati e ben 2.900 famiglie che lamentano di avere una casa in cattive condizioni.

In termini di confronto, anche a livello nazionale (Indagine multiscopo Istat 2006) il problema dei costi abitativi è quello più sentito (per il 63% delle famiglie italiane); seguono quello delle ridotte dimensioni delle abitazioni (13%) e delle cattive condizioni (5,6%). In Italia, non possiede un impianto di riscaldamento il 9,1% delle abitazioni.

Per contrastare le difficoltà economiche dei ferraresi relative all'abitazione, gli enti pubblici erogano contributi per l'affitto, ai quali accede il 4,4% delle famiglie locatarie ferraresi.

## 4.2 Le condizioni abitative in provincia di Ferrara

### 4.2.1 I dati del Censimento delle abitazioni del 2001

#### *I residenti in provincia di Ferrara: famiglie e dimensione delle famiglie*

I Censimenti della popolazione e delle abitazioni, che si svolgono con cadenza decennale, costituiscono un momento conoscitivo di grande rilievo, consentendo di costruire un patrimonio informativo completo, indispensabile per valutare, decidere e programmare. I dati definitivi del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, svoltosi nel 2001, relativi a edifici ed abitazioni sono stati diffusi dall'Istat nel dicembre 2004. Questi dati consentono di analizzare il patrimonio edilizio abitativo delle diverse realtà territoriali e, novità dell'ultima rilevazione, anche di fare alcune valutazioni sugli edifici.

Presentiamo in questa sede un'analisi in dettaglio riferita al territorio della provincia di Ferrara, dove possibile disaggregando per comune e Distretto sanitario e facendo raffronti temporali rispetto ai precedenti censimenti e con le altre province dell'Emilia-Romagna.

Per valutare correttamente la situazione abitativa di un territorio è necessario in primo luogo descrivere rigorosamente la situazione dei "soggetti" principali dell'abitare, cioè le famiglie. In particolare, è importante considerare la dimensione dei nuclei familiari.

**Tabella 4.4: Distribuzione per numero di componenti, delle famiglie residenti nella provincia di Ferrara, per comune di residenza e per Distretto sanitario**

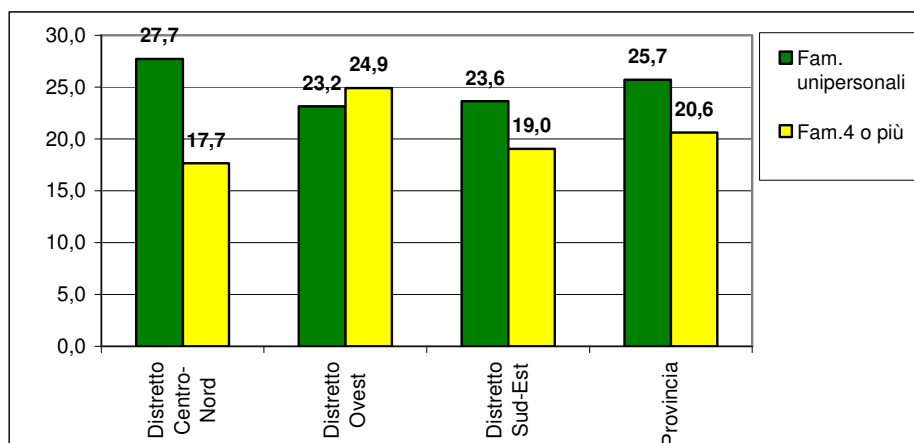
Comune di residenza	1	2	3	4 o più	Totale	% 1	% 2	% 3	% 4 o più
Berra	597	787	614	401	<b>2.399</b>	24,9	32,8	25,6	16,7
Copparo	1.674	2.509	1.980	1.248	<b>7.411</b>	22,6	33,9	26,7	16,8
<b>Ferrara</b>	<b>16.693</b>	<b>18.703</b>	<b>13.792</b>	<b>8.014</b>	<b>57.202</b>	<b>29,2</b>	<b>32,7</b>	<b>24,1</b>	<b>14,0</b>
Formignana	296	391	311	192	<b>1.190</b>	24,9	32,9	26,1	16,1
Jolanda di Savoia	300	463	387	218	<b>1.368</b>	21,9	33,8	28,3	15,9
Masi Torello	218	308	264	167	<b>957</b>	22,8	32,2	27,6	17,5
Ro	379	521	418	263	<b>1.581</b>	24,0	33,0	26,4	16,6
Tresigallo	498	664	486	331	<b>1.979</b>	25,2	33,6	24,6	16,7
Voghiera	295	507	437	303	<b>1.542</b>	19,1	32,9	28,3	19,6
<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>20.950</b>	<b>24.853</b>	<b>18.689</b>	<b>11.137</b>	<b>75.629</b>	<b>27,7</b>	<b>32,9</b>	<b>24,7</b>	<b>14,7</b>
Bondeno	1.575	2.019	1.644	1.177	<b>6.415</b>	24,6	31,5	25,6	18,3
Cento	2.632	3.391	2.966	2.487	<b>11.476</b>	22,9	29,5	25,8	21,7
Mirabello	304	436	366	242	<b>1.348</b>	22,6	32,3	27,2	18,0
Poggio Renatico	666	1.007	820	575	<b>3.068</b>	21,7	32,8	26,7	18,7
Sant'Agostino	619	774	633	478	<b>2.504</b>	24,7	30,9	25,3	19,1
Vigarano Mainarda	550	819	714	513	<b>2.596</b>	21,2	31,5	27,5	19,8
<b>Distretto Ovest</b>	<b>6.346</b>	<b>8.446</b>	<b>7.143</b>	<b>5.472</b>	<b>27.407</b>	<b>23,2</b>	<b>30,8</b>	<b>26,1</b>	<b>20,0</b>
Argenta	2.117	2.773	2.164	1.668	<b>8.722</b>	24,3	31,8	24,8	19,1
Codigoro	1.317	1.754	1.491	868	<b>5.430</b>	24,3	32,3	27,5	16,0
Comacchio	1.855	2.322	1.976	1.809	<b>7.962</b>	23,3	29,2	24,8	22,7

Goro	280	436	448	383	<b>1.547</b>	18,1	28,2	29,0	24,8
Lagosanto	348	511	481	373	<b>1.713</b>	20,3	29,8	28,1	21,8
Massa Fiscaglia	405	536	434	237	<b>1.612</b>	25,1	33,3	26,9	14,7
Mesola	763	956	795	561	<b>3.075</b>	24,8	31,1	25,9	18,2
Migliarino	377	488	418	241	<b>1.524</b>	24,7	32,0	27,4	15,8
Migliaro	209	299	234	177	<b>919</b>	22,7	32,5	25,5	19,3
Ostellato	573	784	769	570	<b>2.696</b>	21,3	29,1	28,5	21,1
Porto-maggiore	1.254	1.668	1.312	766	<b>5.000</b>	25,1	33,4	26,2	15,3
<b>Distretto Sud Est</b>	<b>9.498</b>	<b>12.527</b>	<b>10.522</b>	<b>7.653</b>	<b>40.200</b>	<b>23,6</b>	<b>31,2</b>	<b>26,2</b>	<b>19,0</b>
<b>Provincia</b>	<b>36.794</b>	<b>45.826</b>	<b>36.354</b>	<b>24.262</b>	<b>143.236</b>	<b>25,7</b>	<b>32,0</b>	<b>25,4</b>	<b>16,9</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Come si può osservare nella tabella e nel grafico sottostante, delle oltre 143mila famiglie residenti in provincia di Ferrara al Censimento del 2001, più di un quarto è composto di famiglie formate da una sola persona, mentre solo per il 17% del totale si tratta di famiglie "numerose", con almeno 4 componenti. Questo quadro complessivo è abbastanza differenziato a seconda del Distretto sanitario di residenza. Come è facile notare osservando il grafico, la quota di famiglie unipersonali raggiunge il livello massimo nel Distretto Centro-Nord (27,7%, e 29,2% per la sola città di Ferrara), mentre il livello minimo è attribuibile al Distretto Ovest (23,2%). Opposto è il discorso per le famiglie "numerose": la quota di questa tipologia di famiglia è massima nel Distretto Ovest (24,9%) e minima nel Distretto Centro-Nord (17,7%, il 14% nella sola città di Ferrara). Come si è già visto per altri fenomeni demografici e sociali, anche per la distribuzione delle tipologie familiari è da sottolineare una peculiarità del Distretto Ovest, mentre gli altri due distretti della provincia (Centro-Nord e Sud-Est) presentano comportamenti tra loro abbastanza simili.

**Grafico 4.3: % di famiglie unipersonali e di famiglie con 4 o più componenti, nei distretti e nella provincia**



La diminuzione della dimensione delle famiglie si è realizzata in tutti e tre i distretti della provincia, anche se in modo leggermente più accentuato nel Distretto Centro-Nord.

- *Abitazioni occupate e vuote*

Al Censimento 2001 sono state censite nella provincia 148.453 abitazioni, escludendo dal computo il comune di Comacchio; di queste il 7,9% è vuota. La quota percentuale di abitazioni vuote è, da un lato, un indicatore di spopolamento, dall'altro di eventuale disponibilità, non utilizzata, di abitazioni sul territorio.

Per comune, la quota di abitazioni inutilizzate è fortemente differenziata: si va dal 77,8% di Comacchio, dato che però va considerato a parte per l'ovvio significato turistico dovuto alla presenza dei Lidi Comacchiesi, al 3,7% di Masi Torello.

**Tabella 4.5: Occupazione delle abitazioni**

Comune	Ab.occupate (anche da non residenti)	Ab.vuote	Totale	% occupate	% vuote
Berra	2.411	407	2.818	85,6	14,4
Copparo	7.400	704	8.104	91,3	8,7
Ferrara	58.596	4.595	63.191	92,7	7,3
Formignana	1.193	135	1.328	89,8	10,2
Jolanda di Savoia	1.366	160	1.526	89,5	10,5
Masi Torello	957	37	994	96,3	3,7
Ro	1.578	139	1.717	91,9	8,1
Tresigallo	1.982	236	2.218	89,4	10,6
Voghiera	1.531	107	1.638	93,5	6,5
<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>77.014</b>	<b>6.520</b>	<b>83.534</b>	<b>92,2</b>	<b>7,8</b>
Bondeno	6.446	466	6.912	93,3	6,7
Cento	11.515	984	12.499	92,1	7,9
Mirabello	1.356	77	1.433	94,6	5,4
Poggio Renatico	3.078	271	3.349	91,9	8,1
Sant'Agostino	2.510	160	2.670	94,0	6,0
Vigarano Mainarda	2.582	163	2.745	94,1	5,9
<b>Distretto Ovest</b>	<b>27.487</b>	<b>2.121</b>	<b>29.608</b>	<b>92,8</b>	<b>7,2</b>
Argenta	8.742	789	9.531	91,7	8,3
Codigoro	5.449	592	6.041	90,2	9,8
Comacchio	7.919	27.734	35.653	22,2	77,8
Goro	1.548	148	1.696	91,3	8,7
Lagosanto	1.729	234	1.963	88,1	11,9
Massa Fiscaglia	1.614	185	1.799	89,7	10,3
Mesola	3.022	178	3.200	94,4	5,6
Migliarino	1.526	170	1.696	90,0	10,0
Migliaro	920	147	1.067	86,2	13,8
Ostellato	2.689	257	2.946	91,3	8,7
Portomaggiore	4.983	389	5.372	92,8	7,2
<b>Distretto Sud Est</b>	<b>32.222</b>	<b>3.089</b>	<b>35.311</b>	<b>91,3</b>	<b>8,7</b>
<b>Provincia</b>	<b>144.642</b>	<b>39.464</b>	<b>184.106</b>	<b>78,6</b>	<b>21,4</b>
<b>Provincia escluso Comacchio</b>	<b>136.723</b>	<b>11.730</b>	<b>148.453</b>	<b>92,1</b>	<b>7,9</b>
<b>Regione</b>	<b>1.667.706</b>	<b>303.271</b>	<b>1.970.977</b>	<b>84,6</b>	<b>15,4</b>
<b>Italia</b>	<b>21.967.516</b>	<b>5.324.477</b>	<b>27.291.993</b>	<b>80,5</b>	<b>19,5</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Ai primi posti dopo Comacchio troviamo Berra, Migliaro, Lagosanto, Tresigallo, Jolanda di Savoia; tutti comuni che abbiamo visto essere caratterizzati da forte spopolamento e aumento progressivo della popolazione anziana (vedi dominio 1). Per contro, le quote più basse di abitazioni vuote si hanno in comuni con una struttura demografica più dinamica: Sant'Agostino, Vigarano Mainarda, Mesola, Mirabello, Masi Torello. Il Distretto Sud-Est è quello in cui la quota di abitazioni non utilizzate è più elevata (8,7%, sempre escludendo Comacchio).

- *Le abitazioni secondo il titolo di godimento*

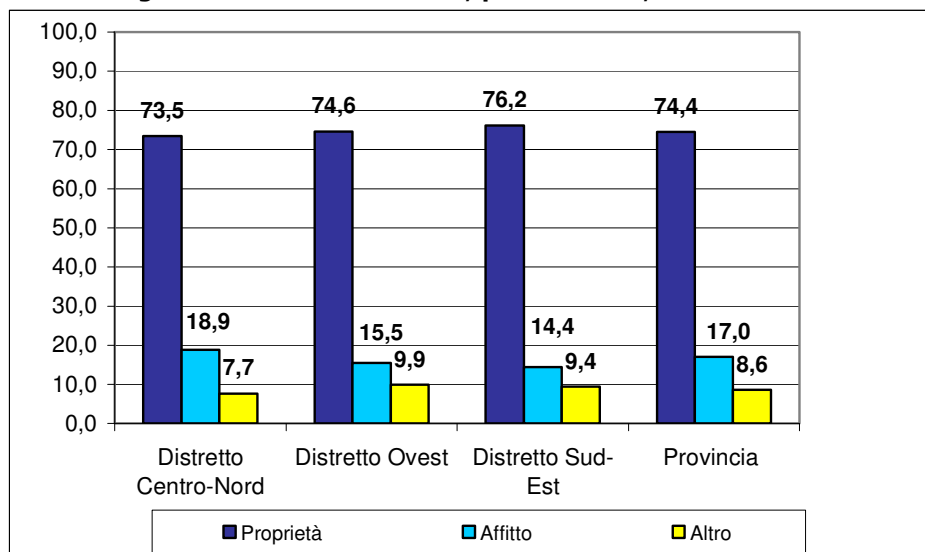
In provincia di Ferrara, il 74,4% delle abitazioni è di proprietà, una quota leggermente superiore al valore regionale (71,6%). Il dato conferma una forte propensione dei ferraresi all'acquisto della casa di abitazione. Il dato non è omogeneo sul territorio: la propensione all'affitto è infatti maggiore nel capoluogo (20,5%) e, più in generale nel Distretto Centro-Nord (18,9%). Sono anche molto diffuse, fino a superare il 10% del totale, le altre modalità di godimento dell'abitazione (comodati gratuiti in larga misura a favore di agricoltori, spesso legati agli enti di bonifica), soprattutto nei comuni a più marcata vocazione agricola, sia nell'alto che nel basso ferrarese (Berra, Bondeno, Masi Torello, Mesola, Sant'Agostino, Codigoro).

**Tabella 4.6: Abitazioni secondo il titolo di godimento**

Comune	Proprietà	Affitto	Altro	Totale	% Proprietà	% Affitto	% Altro
Berra	1.880	272	242	2.394	78,5	11,4	10,1
Copparo	5.666	1.070	647	7.383	76,7	14,5	8,8
Ferrara	41.187	11.701	4.129	57.017	72,2	20,5	7,2
Formignana	958	121	111	1.190	80,5	10,2	9,3
Jolanda di Savoia	1.015	248	99	1.362	74,5	18,2	7,3
Masi Torello	736	121	100	957	76,9	12,6	10,4
Ro	1.196	232	150	1.578	75,8	14,7	9,5
Tresigallo	1.504	313	156	1.973	76,2	15,9	7,9
Voghiera	1.233	159	138	1.530	80,6	10,4	9,0
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>55.375</b>	<b>14.237</b>	<b>5.772</b>	<b>75.384</b>	<b>73,5</b>	<b>18,9</b>	<b>7,7</b>
Bondeno	4.820	885	694	6.399	75,3	13,8	10,8
Cento	8.409	1.942	1.084	11.435	73,5	17,0	9,5
Mirabello	984	257	107	1.348	73,0	19,1	7,9
Poggio Renatico	2.324	447	297	3.068	75,7	14,6	9,7
Sant'Agostino	1.861	370	253	2.484	74,9	14,9	10,2
Vigarano Mainarda	1.980	337	256	2.573	77,0	13,1	9,9
<b>Distretto Ovest</b>	<b>20.378</b>	<b>4.238</b>	<b>2.691</b>	<b>27.307</b>	<b>74,6</b>	<b>15,5</b>	<b>9,9</b>
Argenta	6.719	1.283	694	8.696	77,3	14,8	8,0
Codigoro	4.197	664	563	5.424	77,4	12,2	10,4
Comacchio	5.714	1.370	722	7.806	73,2	17,6	9,2
Goro	1.255	98	194	1.547	81,1	6,3	12,5
Lagosanto	1.411	139	163	1.713	82,4	8,1	9,5
Massa Fiscaglia	1.244	257	111	1.612	77,2	15,9	6,9
Mesola	2.230	383	408	3.021	73,8	12,7	13,5
Migliarino	1.101	271	151	1.523	72,3	17,8	9,9
Migliaro	647	186	83	916	70,6	20,3	9,1
Ostellato	2.090	332	259	2.681	78,0	12,4	9,7
Prtomaggiore	3.792	765	413	4.970	76,3	15,4	8,3
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>30.400</b>	<b>5.748</b>	<b>3.761</b>	<b>39.909</b>	<b>76,2</b>	<b>14,4</b>	<b>9,4</b>
<b>Provincia</b>	<b>106.153</b>	<b>24.223</b>	<b>12.224</b>	<b>142.600</b>	<b>74,4</b>	<b>17,0</b>	<b>8,6</b>
<b>Emilia- Romagna</b>	<b>1.171.977</b>	<b>322.117</b>	<b>143.288</b>	<b>1.637.382</b>	<b>71,6</b>	<b>19,7</b>	<b>8,8</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

**Grafico 4.4: Titolo di godimento dell'abitazione, per Distretto, %**



- *La dimensione delle abitazioni*

**Tabella 4.7: Abitazioni nella provincia di Ferrara, per classi di dimensioni (in mq)**

	> 30	30-49	50-79	80-119	<120	Totale	% >30	% 30 - 49	% 50-79	% 80-119	% <120
<b>Ferrara</b>	231	3.483	17.038	23.524	12.741	<b>57.017</b>	0,4	6,1	29,9	41,3	22,3
<b>Distr. Centro-N</b>	253	4.090	21.353	31.765	17.923	<b>75.384</b>	0,3	5,4	28,3	42,1	23,8
<b>Distr. Ovest</b>	38	735	5.025	11.987	9.522	<b>27.307</b>	0,1	2,7	18,4	43,9	34,9
<b>Distr. Sud Est</b>	106	1.897	9.429	17.668	10.809	<b>39.909</b>	0,3	4,8	23,6	44,3	27,1
<b>Provincia</b>	<b>397</b>	<b>6.722</b>	<b>35.807</b>	<b>61.420</b>	<b>38.254</b>	<b>142.600</b>	<b>0,3</b>	<b>4,7</b>	<b>25,1</b>	<b>43,1</b>	<b>26,8</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Nelle 142.600 abitazioni (occupate solo da residenti) della provincia, la maggioranza (il 43,1%) è di dimensioni medio-grandi, tra 80 e 119 metri quadri. Il 26,8% delle abitazioni è di dimensioni grandi, di 120 mq e oltre, mentre solo il 5% è di dimensioni piccole o piccolissime (monolocali), cioè al di sotto dei 50 mq.

La distribuzione delle abitazioni per classi di dimensioni non è omogenea sul territorio. In alcuni comuni, sono molto diffuse le abitazioni molto grandi, soprattutto nelle zone agricole (i primi tre comuni sono, nell'ordine: Masi Torello, Vigarano Mainarda, Voghiera). Nel comune capoluogo sono, per contro, molto diffuse le abitazioni medio-piccole (il 29,9% è tra 50 e 79 mq) e piccole (6,5%). Il Distretto nel quale le abitazioni sono più grandi è il Distretto Ovest, nel quale il 78,8% delle case è esteso almeno 80 metri quadrati.

#### 4.2.2 Le problematiche legate all'abitazione: il costo dei mutui e gli sfratti

Abbiamo visto che in provincia di Ferrara i tre quarti delle abitazioni occupate dai residenti (quindi, sostanzialmente, delle famiglie) sono di proprietà, mentre solo il 17% è in affitto. Da queste considerazioni dobbiamo trarre alcuni ragionamenti su quale sia oggi l'incidenza dei costi abitativi sui bilanci delle famiglie. Da un lato, come visto sopra per quanto riguarda il comune capoluogo, il costo dei canoni di locazione è aumentato, in dodici anni, del 230% (a fronte di un aumento atteso, sulla base dell'inflazione, del 33%). Per quanto sia un dato comunque drammatico, si deve rilevare che questa dinamica di prezzo interessa solo il 17% delle abitazioni, e che verosimilmente si è attuato un fenomeno di auto-selezione simile a quello che si osserva per i "beni di lusso" (va in affitto soltanto chi se lo può permettere). Per contro, invece, è interessante osservare che cosa è successo, negli stessi anni, al mercato dei mutui immobiliari. Questo perché, come noto, la spinta ad accendere mutui per l'acquisto della casa è stata molto forte negli ultimi anni, per effetto del calo dei tassi d'interesse proposti dalle banche (tendenza che però ha avuto una brusca inversione negli ultimi mesi del 2007). Il mutuo, seppure con la prospettiva di una "ipotetica" proprietà dell'abitazione, costituisce di fatto un costo dell'abitare del tutto assimilabile a un canone d'affitto.

**Tabella 4.8: Indebitamento pro-capite, espresso in Euro, 1997-2004**

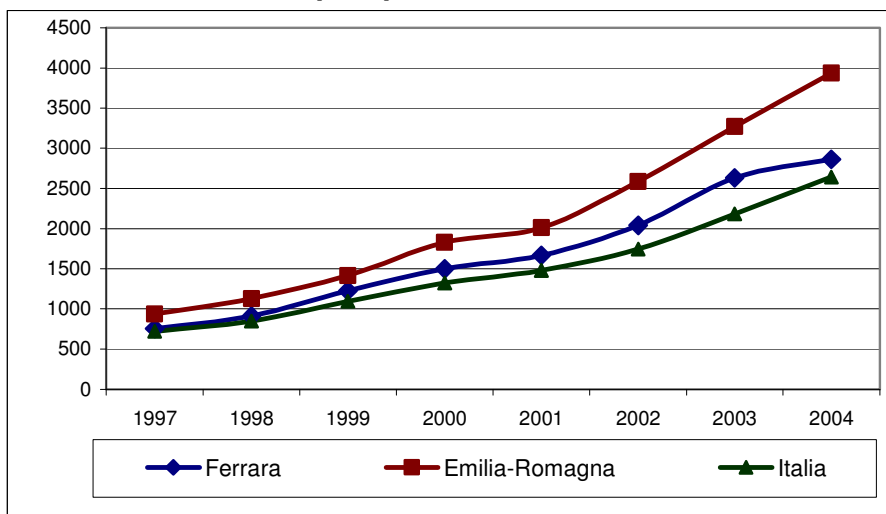
Anno	Ferrara (mln Euro)	Indeb.pro capite Ferrara	RER (mln Euro)	Indeb.pro capite RER	Italia (mlnEuro)	Indeb.pro capite Italia
1997	265,9	755,6	3697,4	938,6	41521,8	721,3
1998	319,9	913,5	4450,2	1127,4	48880,7	848,4
1999	428,0	1227,7	5604,2	1415,2	63255,8	1096,7
2000	521,1	1499,3	7279,8	1828,5	76603,9	1324,3
2001	578,5	1666,9	8056,2	2009,6	84447,4	1481,7
2002	707,7	2040,5	10443,0	2586,8	99969,0	1744,0
2003	913,9	2629,4	13282,3	3272,0	126391,0	2183,4
2004	1001,4	2863,0	16147,9	3937,3	154555,2	2643,7
<b>Increment.% 1997-2004</b>	-	<b>+278,9</b>	-	<b>+319,5</b>	-	<b>+266,5</b>

Fonte: Banca d'Italia

Negli otto anni trascorsi dal 1997 al 2004, la consistenza dell'indebitamento *pro capite* della provincia di Ferrara per mutui è passata dai 756 Euro del 1997 ai 2.863 Euro del 2004, con un incremento in termini percentuali del 279%. Un incremento che del resto segue la tendenza

nazionale, solo di poco inferiore, ed è comunque più basso rispetto alla crescita che si è registrata nello stesso periodo in Emilia-Romagna (+319,5%). L'aumento dell'indebitamento verso il sistema bancario, insomma, ha avuto una dinamica simile a quella dei canoni d'affitto; l'aspetto più rilevante è, però, il fatto che tale indebitamento riguarda verosimilmente una platea molto vasta di piccoli "proprietari" (come visto sopra, almeno per quanto riguarda il capoluogo, un quarto di tutte le famiglie proprietarie di case, nel 2006, sta pagando un mutuo). Una platea ampia almeno quanto quella delle 24.223 famiglie in affitto che si contano in tutta la provincia.

**Grafico 4.5: Consistenza dell'indebitamento pro capite per l'acquisto di immobili – Provincia di Ferrara – RER – Italia – 1997 -2004 (Euro)**



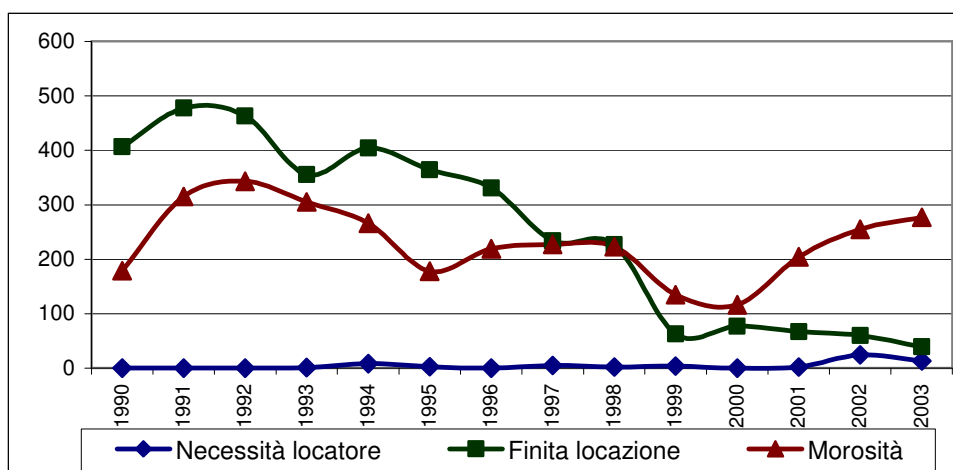
Se concentriamo l'attenzione, invece, sulle sole famiglie in affitto, possiamo certamente considerare, quale utile indicatore della "pressione" abitativa che si può riscontrare su questi soggetti, l'andamento degli sfratti, e in particolare degli sfratti per morosità.

I dati del Ministero dell'Interno, che arrivano al 2003, ci dicono che, a partire dal 2000, si è avuto un forte incremento degli sfratti per morosità, che erano invece diminuiti nei quattro anni precedenti. Ciò è certamente un indicatore di disagio, soprattutto se lo leggiamo valutando il forte aumento dei canoni di locazione che proprio in quegli stessi anni si stava verificando (non dimentichiamo che, nella sola città di Ferrara, negli anni tra il 2000 e il 2003 il canone medio d'affitto, considerando nel conto anche gli affitti simbolici dell'edilizia pubblica, è aumentato di 85 Euro mensili). Gli esperti di questi fenomeni insistono nel rilevare il carattere spesso "fittizio" di questi sfratti, dovuti al fatto che vi sarebbe in molti casi un accordo sottobanco tra proprietari e inquilini per avviare la procedura di sfratto, finalizzata all'inserimento di questi ultimi nelle liste degli "aventi diritto" agli alloggi di Edilizia residenziale pubblica (lo sfratto è una delle variabili più rilevanti per tali liste). Va però notato che oltre la metà degli sfratti complessivi (56,2% nel 2003) è stato anche *eseguito* nello stesso anno, fuggendo in larga misura il dubbio circa il carattere "fittizio" e meramente strumentale della procedura di sfratto.

Se andiamo ad osservare il numero di sfratti eseguiti, che può essere visto quale indicatore, per una certa realtà territoriale, di "tensione abitativa", nei comuni e nei distretti della provincia, possiamo notare che non vi è omogeneità sul territorio provinciale.

In particolare, il Distretto Ovest ha visto aumentare gli sfratti eseguiti, dal 2000 al 2003, di oltre il 90%, soprattutto per effetto del contributo del comune di Cento (+160%). Il Distretto Sud-Est ha visto aumentare gli sfratti del 64%, mentre il Distretto Centro-Nord ha conosciuto un aumento di sfratti pari a "solo" il 21,8% (+20,5% per la sola città di Ferrara). Complessivamente, in provincia gli sfratti sono aumentati del 35%.

**Grafico 4.6: Numero procedure di sfratto in provincia di Ferrara, secondo la tipologia dello sfratto, 1990-2003**



Fonte: Ministero dell'Interno

**Tabella 4.9: Numero sfratti eseguiti, distinti per comune della provincia, 2000-2003**

Comune	2000	2001	2002	2003	Incremento %
Berra	3	0	2	1	
Copparo	6	4	6	10	
<b>Ferrara</b>	<b>88</b>	<b>90</b>	<b>104</b>	<b>106</b>	<b>20,5</b>
Formignana	1	0	0	0	
Jolanda di Savoia	1	0	0	2	
Masi Torello	0	0	0	0	
Ro	1	1	4	0	
Tresigallo	0	0	2	4	
Voghiera	1	2	0	0	
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>101</b>	<b>97</b>	<b>118</b>	<b>123</b>	<b>21,8</b>
Bondeno	2	1	1	5	
<b>Cento</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>160,0</b>
Mirabello	2	0	2	0	
Poggio Renatico	2	3	1	0	
Sant'Agostino	0	0	3	3	
Vigarano Mainarda	0	1	1	0	
<b>Distretto Ovest</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>90,9</b>
Argenta	4	5	7	7	
Codigoro	1	2	4	7	
<b>Comacchio</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>20,0</b>
Goro	0	0	1	1	
Lagosanto	0	1	2	1	
Massa Fiscaglia	0	1	0	1	
Mesola	0	2	1	1	
Migliarino	0	1	0	1	
Migliaro	0	2	1	0	
Ostellato	2	0	1	0	
Portomaggiore	3	2	1	4	
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>64,0</b>
<b>Provincia</b>	<b>137</b>	<b>145</b>	<b>180</b>	<b>185</b>	<b>35,0</b>

Fonte: Ministero dell'Interno

#### 4.2.3 Gli alloggi e gli "utenti" di edilizia residenziale pubblica

La provincia di Ferrara, nel contesto regionale, gode di una condizione molto buona quanto alle assegnazioni di alloggi residenziali pubblici. Nel 2003 (ultimo dato disponibile per tutte le province della regione), infatti, Ferrara conta – a pari merito con Bologna – il maggior numero di alloggi pubblici per 100 famiglie di tutta la regione: si hanno 3,83 alloggi assegnati ogni 100 famiglie. La media regionale è pari a 2,83. Inoltre, gli alloggi assegnati a Ferrara sono l'11,7% di tutti gli alloggi assegnati in regione.

**Tabella 4.10: Quota di alloggi residenziali pubblici assegnati nel 2003**

	Assegnatari	% su tot. RER	Famiglie (dato censim.2001)	Assegnatari per 100 famiglie
Piacenza	2.243	4,8	113.101	1,98
Parma	5.186	11,1	167.862	3,09
Reggio Emilia	3.341	7,1	180.055	1,86
Modena	5.642	12,1	254.218	2,22
Bologna	15.393	32,9	401.785	3,83
<b>Ferrara</b>	<b>5.487</b>	<b>11,7</b>	<b>143.236</b>	<b>3,83</b>
Ravenna	4.143	8,9	144.182	2,87
Forlì-Cesena	3.713	7,9	140.758	2,64
Rimini	1.605	3,4	107.228	1,50
Regione	46.753	100	1.652.425	2,83

Fonte: ACER delle province emiliano-romagnole

Se analizzato con maggiore dettaglio territoriale, il dato è ancora più interessante.

Nel 2004 (dato disponibile per la provincia di Ferrara), gli alloggi che risultano assegnati in provincia di Ferrara sono 5.934. Nella tabella, possiamo osservare come sono suddivisi per comune e per Distretto.

**Tabella 4.11: Alloggi di Edilizia Popolare, vuoti e assegnati nel 2004, distinti per comune della provincia di Ferrara**

Comune	Alloggi	Occupati	Vuoti	Famiglie	Alloggi/100 famiglie
Berra	139	129	10	2.590	4,98
Copparo	103	98	5	7.179	1,37
Ferrara	3.326	2.995	331	53.980	5,55
Formignana	43	42	1	1.116	3,76
Jolanda di Savoia	78	69	9	1.381	5,00
Masi Torello	8	8	0	899	0,89
Ro	108	103	5	1.567	6,57
Tresigallo	96	93	3	1.827	5,09
Voghiera	32	32	0	1.465	2,18
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>3.933</b>	<b>3.569</b>	<b>364</b>	<b>72.004</b>	<b>4,96</b>
Bondeno	169	154	15	6.304	2,44
Cento	287	270	17	10.210	2,64
Mirabello	17	17	0	1.262	1,35
Poggio Renatico	99	95	4	2.631	3,61
S. Agostino	32	31	1	2.152	1,44
Vigarana Mainarda	32	32	0	2.289	1,40
<b>Distretto Ovest</b>	<b>636</b>	<b>599</b>	<b>37</b>	<b>24.848</b>	<b>2,41</b>
Argenta	476	431	45	8.307	5,19
Codigoro	131	126	5	5.171	2,44
Comacchio	545	494	51	7.598	6,50
Goro	57	56	1	1.495	3,75
Lagosanto	48	46	2	1.533	3,00
Massafiscaglia	89	80	9	1.598	5,01
Mesola	150	137	13	3.031	4,52
Migliarino	37	31	6	1.489	2,08



Migliaro	37	37	0	871	4,25
Ostellato	72	69	3	2.613	2,64
Portomaggiore	291	259	32	4.830	5,36
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>1.933</b>	<b>1.766</b>	<b>167</b>	<b>38.536</b>	<b>4,58</b>
<b>Provincia</b>	<b>6.502</b>	<b>5.934</b>	<b>568</b>	<b>135.388</b>	<b>4,38</b>

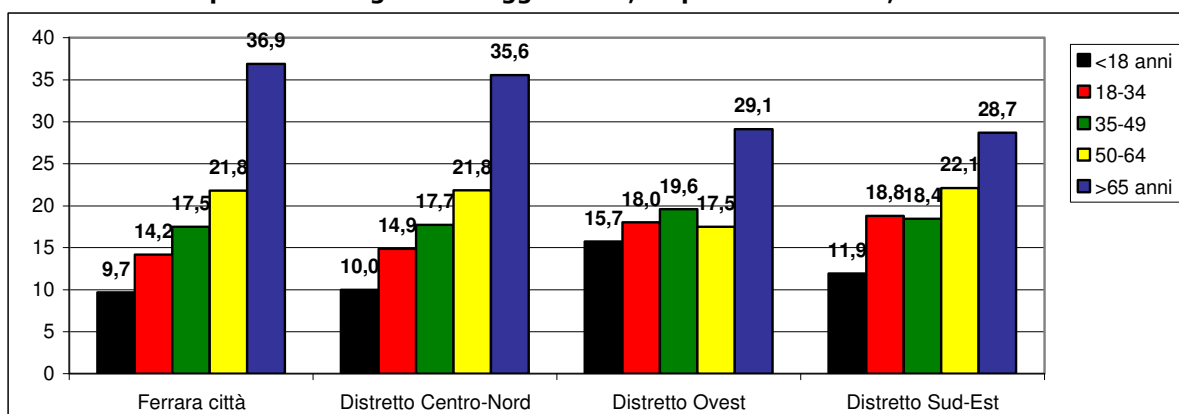
Fonte: ACER Ferrara

In media, ogni 100 famiglie risultano assegnate, nel 2004, 4,38 case. È molto forte il contrasto tra i due distretti "privilegiati", Centro-Nord e Sud-Est, che hanno, rispettivamente 4,96 e 4,38 case per 100 famiglie, e il Distretto Ovest, al quale spettano soltanto 2,41 case per 100 famiglie. Evidentemente, le politiche di assegnazione hanno privilegiato i territori con forti aspetti di disagio sociale. Come è agevole osservare dal grafico, le politiche di assegnazione sono state molto diversificate anche per singolo comune: si va dai 6,57 alloggi del comune di Ro, agli 0,86 del comune di Masi Torello. In diversi comuni dell'alto ferrarese il numero di alloggi assegnati, per 100 famiglie, è bassissimo. Il capoluogo ha un numero elevato di alloggi: 5,55 per 100 famiglie. È elevato anche il dato di Argenta (5,19 alloggi per 100 famiglie).

Un ultimo aspetto che vogliamo valutare riguarda, stavolta, non più gli alloggi assegnati ma le persone che fruiscono degli alloggi stessi, cioè i componenti delle famiglie assegnatarie. Disponiamo della distribuzione degli utenti, per comune, secondo le classi di età degli utenti stessi. Questo dato può essere utile per stabilire, di volta in volta, quale "tipologia" di persone – pur sempre rimanendo in un'area di disagio – utilizza le case popolari: se maggiormente anziani, oppure famiglie giovani, oppure ancora famiglie con minori.

Nei tre distretti, i profili degli utenti delle case popolari sono tra loro piuttosto diversi, e del resto erano quelli che ci si potevano attendere sulla base delle rispettive strutture demografiche di partenza. Il Distretto Ovest è fortemente caratterizzato dalla presenza di minorenni, che sono il 15,7% del totale (il 19,1% a Cento). Ricordiamo che il Distretto Ovest è anche quello in cui è più rilevante la presenza straniera. All'opposto, il Distretto Centro-Nord, e in particolare la città di Ferrara, si caratterizza per la rilevante presenza di anziani, verosimilmente in gran parte soli, che sono il 35,6% del totale degli utenti (il 36,9% nel solo comune di Ferrara, dove le famiglie con minori sono appena il 9,7%). Una situazione intermedia si registra nel Distretto Sud-Est, dove sono preponderanti le classi "medie" di età (in particolare la classe 50-64 anni).

**Grafico 4.7: Componenti famiglie in alloggi di ERP, % per classe di età, 2004**



### 4.3 Le richieste di assegnazione di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica per il Comune di Ferrara. Analisi dei bisogni

In conclusione, presentiamo qui alcuni dati ricavati dall'analisi dell'archivio comunale delle persone che, alla data del 31 luglio 2007, sono presenti nella graduatoria del Comune di Ferrara per l'assegnazione di alloggi di ERP.

Si tratta complessivamente di 1.406 richiedenti, ognuno dei quali in rappresentanza di una famiglia; su questo totale, è stato possibile ricavare informazioni su 1.268 richiedenti (il

90,2%). Purtroppo, la scarsa qualità dei dati di partenza non ha consentito di ricavare i dati relativi alla classe di età dei richiedenti.

Per meglio individuare i possibili gruppi a maggiore "rischio" abitativo nell'ambito comunale, l'analisi si è concentrata su alcuni caratteri socio-demografici dei richiedenti (sesso, numero di figli), sulla loro nazionalità, e infine su alcune variabili rilevanti che concorrono alla formulazione della graduatoria: il basso reddito, la presenza di un canone di affitto troppo elevato nella attuale situazione abitativa, la presenza nella famiglia di persone invalide o non autosufficienti.

#### 4.3.1 Caratteristiche dei richiedenti di alloggi ERP

**Tabelle 4.12 e 4.13: Richiedenti alloggi ERP per sesso e nazionalità, 2006 e 2007**

Al 31.03.2006						
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine %	Maschi %	Totale %
Italiani	604	366	970	85,8	74,4	<b>81,1</b>
Stranieri	100	126	226	14,2	25,6	<b>18,9</b>
<b>Totale</b>	<b>704</b>	<b>492</b>	<b>1196</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Al 31.07.2007						
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine %	Maschi %	Totale %
Italiani	617	357	974	82,0	69,2	<b>76,8</b>
Stranieri	135	159	294	18,0	30,8	<b>23,2</b>
<b>Totale</b>	<b>752</b>	<b>516</b>	<b>1268</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Comune di Ferrara

Tra il 2006 e il 2007 i richiedenti (limitatamente a quelli sui quali abbiamo informazioni, ma la quota di questi ultimi sul totale è stata costante nei due anni) sono aumentati del 6%.

Dei 1.268 richiedenti del 2007, ben 752 (il 59,3% del totale) sono donne. Le richiedenti donne sono aumentate del 6,8%, mentre gli uomini sono aumentati solo del 4,9%.

Tra i 1.268 richiedenti, 294 sono di cittadinanza non italiana: una quota che raggiunge il 23,2% del totale. Solo un anno prima (2006), gli stranieri erano 226, il 18,9% del totale dei richiedenti. I richiedenti stranieri sono aumentati del 30%, mentre gli italiani non sono in pratica aumentati (+0,4%).

La quota di persone con cittadinanza straniera è molto rilevante soprattutto tra i richiedenti maschi, quasi un terzo dei quali è straniero.

#### *I richiedenti per numero di figli*

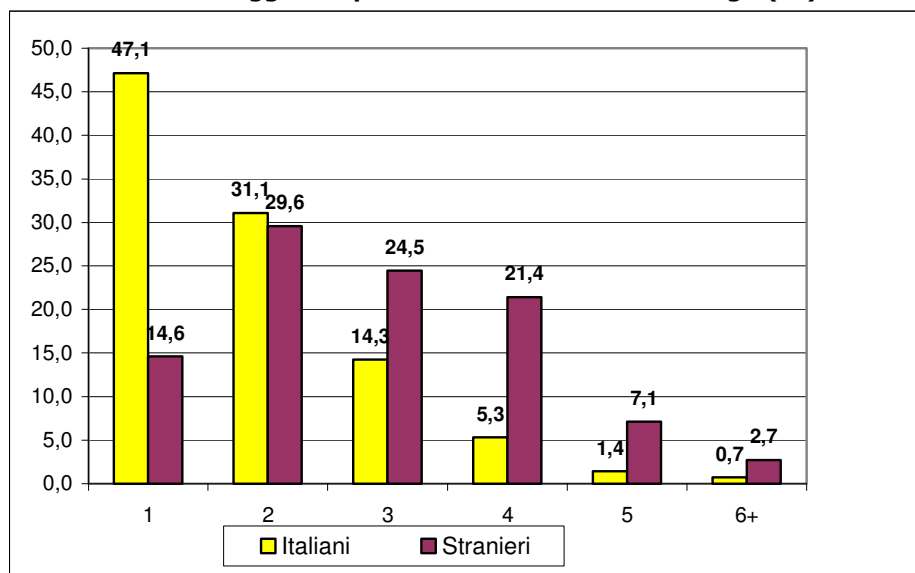
Spesso il bisogno abitativo è legato alla presenza di una famiglia numerosa, e per questo il numero dei figli è una variabile rilevante anche ai fini della graduatoria di assegnazione. Nella tabella che segue riportiamo la distribuzione dei richiedenti per numero di figli.

**Tabella 4.14: Distribuzione dei richiedenti per numero di figli**

Numero figli	F	M	Totale	% F	% M	% Totale
1	328	174	502	43,6	33,7	<b>39,6</b>
2	271	119	390	36,0	23,1	<b>30,8</b>
3	104	107	211	13,8	20,7	<b>16,6</b>
4	37	78	115	4,9	15,1	<b>9,1</b>
5	10	25	35	1,3	4,8	<b>2,8</b>
6+	2	13	11	0,3	2,5	<b>0,9</b>
<b>Totale</b>	<b>752</b>	<b>516</b>	<b>1268</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Comune di Ferrara

Circa il 30% dei richiedenti ha tre o più figli.

**Grafico 4.8: Richiedenti di alloggi ERP per nazionalità e numero di figli (%)**

Se consideriamo il numero di figli secondo la nazionalità dei richiedenti, possiamo osservare che le famiglie numerose sono una caratteristica peculiare dei richiedenti stranieri: tra questi ultimi, ben il 55,7% ha tre o più figli. La differenza rispetto ai richiedenti italiani è fortissima: tra i richiedenti di cittadinanza italiana, solo il 21,7% ha tre o più figli.

#### *I richiedenti stranieri per Paese di cittadinanza*

Dei 1.268 richiedenti, abbiamo visto che ben 294 sono stranieri: una quota pari al 23,2% del totale. Quella dei fabbisogni abitativi sembra essere – e in prospettiva lo sarà sempre più – una problematica fortemente connotata nell’ambito delle politiche per l’integrazione degli immigrati. Nella tabella seguente sono riportati i primi 15 paesi di cittadinanza dei richiedenti stranieri degli alloggi ERP.

**Tabella 4.15: Primi 15 paesi di cittadinanza dei richiedenti alloggi ERP**

Paese di cittadinanza	Femmine	Maschi	Totale	% sul totale
<b>ALBANIA</b>	10	48	58	19,7
<b>MAROCCO</b>	7	27	34	11,6
<b>MOLDOVA</b>	28	6	34	11,6
<b>UCRAINA</b>	32	1	33	11,2
ROMANIA	5	8	13	4,4
TUNISIA	0	13	13	4,4
IRAN	1	11	12	4,1
NIGERIA	10	2	12	4,1
PAESI EX-JUGOSLAVIA	9	2	11	3,7
CAMERUN	1	9	10	3,4
FILIPPINE	6	4	10	3,4
RUSSIA	8	1	9	3,1
PAKISTAN	0	6	6	2
CINA	2	3	5	1,7
ALGERIA	1	3	4	1,4
Altri Paesi	120	144	264	10,2
<b>Totale</b>	<b>135</b>	<b>159</b>	<b>294</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati del Comune di Ferrara

Analizzando nel dettaglio i Paesi di cittadinanza dei richiedenti, si nota che il Paese più rappresentato è di gran lunga l'Albania (col 19,7% dei richiedenti), seguito a pari merito dal Marocco (11,6%) e dalla Moldavia (11,6%), quindi dall'Ucraina (11,2%).

È interessante notare che i richiedenti moldavi e ucraini sono per la quasi totalità donne: si tratta verosimilmente di collaboratrici familiari (badanti) che prevedono una lunga permanenza nella città di Ferrara. I richiedenti marocchini sono, all'opposto, per la quasi totalità uomini.

#### *I richiedenti per situazione economica*

**Tabella 4.16: Reddito dei richiedenti alloggio ERP**

	Femmine	Maschi	Totale	Femmine %	Maschi %	Totale %
Reddito > 75% ISEE	52	52	104	6,9	10,1	8,2
Reddito non sup. 75% ISEE	125	95	220	16,6	18,4	17,4
Reddito non sup. 50% ISEE	575	369	944	76,5	71,5	74,4
<b>Totale</b>	<b>752</b>	<b>516</b>	<b>1.268</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Una situazione di basso reddito è quasi sempre alla base di un bisogno abitativo. Tra i richiedenti ferraresi, il 74,4% (e il 76,5% delle donne) ha dichiarato un reddito non superiore al 50% del reddito massimo equivalente (ISEE) previsto per l'assegnazione. Solo l'8,2% ha dichiarato un reddito superiore al 75% della quota massima equivalente ISEE per l'assegnazione.

#### *I richiedenti con canone attuale di affitto troppo elevato*

**Tabella 4.17: Quota parte del reddito ISEE destinata all'affitto**

	Femmine	Maschi	Totale	Femmine %	Maschi %	Totale %
OLTRE 1/3	435	258	693	57,8	50,0	54,7
Oltre 1/5, meno di 1/3	97	70	167	12,9	13,6	13,2
Meno di 1/5	220	188	408	29,3	36,4	32,2
<b>Totale</b>	<b>752</b>	<b>516</b>	<b>1268</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fortemente legato al reddito familiare è anche il problema dei canoni di affitto troppo elevati nella attuale situazione abitativa. Il 67,9% dei richiedenti denuncia un attuale canone di locazione che supera un quinto del reddito familiare (ISEE). Ben il 54,7% del totale, invece, denuncia che il proprio canone supera *un terzo* del reddito familiare equivalente ISEE. Il problema del canone di affitto troppo elevato è soprattutto femminile (ben il 57,8% delle donne dichiara che il proprio canone supera un terzo del reddito familiare equivalente).

#### *I richiedenti per invalidità e non autosufficienza*

**Tabella 4.18: Richiedenti alloggio, per invalidità e non autosufficienza**

	Femmine	Maschi	Totale	Femmine %	Maschi %	Totale %
Nessuna invalidità	654	424	1078	87,0	82,2	85,0
Dimin. capacità lavorativa pari a 2/3	49	53	102	6,5	10,3	8,0
Invalide totale o non autosufficiente > 60 anni	49	39	88	6,5	7,6	6,9
<b>Totale</b>	<b>752</b>	<b>516</b>	<b>1268</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

La presenza nella famiglia di persone invalide, non autosufficienti o con forte diminuzione della capacità lavorativa è un'altra variabile rilevante per il bisogno abitativo. Il 15,9% del totale dei richiedenti (e il 17,9% dei soli maschi) presenta queste problematiche. L'8% dei richiedenti dichiara una diminuzione pari ai 2/3 della capacità lavorativa; nel 7,6% dei casi è presente nella famiglia richiedente una persona con invalidità totale, oppure non autosufficiente con più di 60 anni.

## Conclusioni

L'abitazione rappresenta una risorsa fondamentale per la vita, il benessere e la salute della famiglia, ma rappresenta anche una delle cause principali di impoverimento e di emarginazione sociale.

Secondo una recente indagine nel Comune di Ferrara, nel 2006 il 18,3% delle famiglie vive in case in affitto (il 22,5% delle case in affitto è di proprietà dell'ACER).

Negli anni tra il 1994 e il 2006 il canone medio mensile di affitto è aumentato in maniera molto maggiore di quanto è aumentato secondo l'ISTAT il costo della vita (+30%), e nel comune capoluogo ha raggiunto addirittura un incremento del 230%.

Nell'indagine citata, il 4,7% delle famiglie intervistate dichiara di avere l'abitazione in cattive condizioni, il 3,2% denuncia l'assenza di servizi igienici idonei e di un riscaldamento adeguato. Queste quote corrispondono a circa 2.900 famiglie residenti nell'ambito comunale.

Le famiglie in affitto nella provincia sono 24.223 (17,0%), mentre le famiglie che possiedono la casa in cui vivono sono 105.153 (74,4%).

Una parte considerevole (circa il 17% del totale) delle famiglie proprietarie di casa, sta pagando un mutuo immobiliare. Anche l'indebitamento per mutuo rappresenta un elemento di rischio di impoverimento per le famiglie ferraresi.

Per quanto riguarda gli alloggi di edilizia popolare, nel panorama regionale Ferrara ha, al pari di Bologna, la maggior quota di alloggi assegnati (3,83 per 100 famiglie residenti, anno 2003). Nel 2004 si assiste ad un ulteriore incremento: 5.934 sono le famiglie che godono di un'abitazione di edilizia popolare in provincia (4,38%). Nel 32,7% di tali nuclei familiari sono presenti persone anziane.

Ma, a quanto ammonta il fabbisogno?

Nel Comune di Ferrara, le famiglie che già occupano alloggi ERP sono 2.995, pari al 5,55%. Per valutare il bisogno abitativo, consultiamo le richieste inoltrate: le famiglie richiedenti nel solo capoluogo nell'anno 2007 sono 1.268, di queste il 18,9% ha nazionalità straniera.

Circa un terzo delle famiglie ha tre o più figli, mentre il 15,9% ha un congiunto invalido o non autosufficiente.

Ben il 55,7% delle famiglie dei richiedenti denuncia di essere gravata da un canone di affitto superiore a un terzo del reddito familiare.

### Rischi per la salute

La situazione abitativa di una popolazione, di una famiglia, di un individuo, è un determinante importante di salute e di benessere.

L'abitazione adeguata alle necessità delle persone che compongono la famiglia, viene individuata come "un prerequisito della salute" e quindi una bassa qualità della abitazione è associata a basse qualità di salute<sup>72</sup>. L'insalubrità dell'abitazione rappresenta un rischio di patologia respiratoria ricorrente soprattutto per la prima infanzia, con possibilità di cronicizzazione e instaurarsi di danni permanenti<sup>73</sup>. Secondo un'indagine nazionale<sup>74</sup> sul consumo delle famiglie, i minori sono segnati dall'esperienza della povertà in misura superiore alla media della popolazione totale, con livelli pressoché identici a quelli raggiunti dagli anziani. Nelle prime età della vita la salubrità dell'abitazione è uno degli elementi che influisce sugli esiti di salute non solo dell'infanzia, ma di tutta la vita e sulla costruzione del "capitale di salute", anche a parità di alcuni importanti fattori di rischio quali il fumo di sigaretta, la familiarità e l'esposizione professionale.

Si auspica che si possa costruire un sistema informativo per i richiedenti alloggio, che consenta la lettura dei bisogni dei soggetti deboli, in tutti i Comuni della provincia, evidenziando soprattutto la presenza di minori, anziani e disabili e confinati in casa.

---

<sup>72</sup> E.Fee, T.M.Brown "The Past and future of public Health Practice"; American Journal of Public Health, May 2000

<sup>73</sup> Sdea T., Cois E. "I primi anni di vita", "Disuguaglianze di salute in Italia, Epidemiologia & Prevenzione, 2004

<sup>74</sup> Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale, 2005. Commissione d'indagine sull'esclusione sociale. Ministero della solidarietà

## **Dominio 5: Qualità della vita e disabilità**

### **5.1 La qualità della vita dei ferraresi. I dati dell'indagine "In linea con la salute-2" (2008)**

#### 5.1.1 Le condizioni di salute secondo la valutazione soggettiva degli individui

La salute percepita dall'individuo è una componente primaria della salute: la salute è infatti, innanzitutto, uno stato di benessere psico-fisico. Esiste una differenza tra condizioni di salute rilevate dal medico o da un osservatore, e stato di salute percepito dall'individuo stesso. La percezione che un individuo ha della propria salute è fondamentale: può servire sia come misuratore degli effetti di interventi preventivi o di interventi assistenziali, sia come misura approssimata del peso che eventuali malattie possono determinare per l'individuo stesso, sia, infine, come predittore di eventuali situazioni future. Lo stato di salute autopercepito è risultato essere infatti un predittore più forte, rispetto a mortalità e morbosità, per molte oggettive condizioni di salute (es. disabilità)<sup>75</sup>. È infatti noto che le persone che percepiscono il loro stato di salute come "cattivo" presentano un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità di altre malattie presenti<sup>76</sup>. Ovviamente, sulle percezioni soggettive hanno un peso rilevante le aspettative dei singoli individui e dunque il livello culturale ed economico, ma anche il contesto nel quale le persone vivono<sup>77</sup>. La lettura dei risultati deve dunque essere cauta e tenere conto di questi elementi.

L'indagine è estesa anche alla qualità di vita correlata alla salute. "Qualità della vita" è un termine ormai assai diffuso per indicare un senso di pieno benessere. A livello individuale, la "qualità della vita" è un concetto ampio che include, oltre alla percezione dello stato di salute sia fisico che psicologico, anche i rischi per la salute, il sostegno sociale e lo stato socio-economico. A titolo esemplificativo, è noto come malattie giudicate lievi sotto l'aspetto prognostico, come l'artrosi, possano peggiorare sensibilmente la qualità della vita, mentre aspetti che incidono sulla salute in misura che può essere importante (come ad esempio i fattori di rischio genetici) possano non avere alcuna importanza nella salute percepita dell'individuo.

La misura della qualità della vita collegata alla salute consente di misurare il peso delle malattie e delle disabilità, stabilire il legame esistente con i fattori di rischio, valutare i risultati di azioni di miglioramento. Nelle indagini sulla qualità della vita, si tratta in particolare di far emergere le conseguenze di quelle condizioni che, pur non provocando un aumento della mortalità o dei ricoveri, incidono sulla salute intesa in senso lato, secondo la definizione dell'OMS del 1948<sup>78</sup>.

Uno dei metodi maggiormente utilizzati a livello internazionale è quello dei "giorni in cattiva salute"<sup>79</sup>. La qualità della vita valutata con questo metodo è risultata fortemente correlata allo stile di vita in generale, all'esercizio fisico, al sovrappeso e all'obesità. Si è rivelata anche correlata allo stato mentale, alla qualità dell'ambiente di vita e all'accesso alle cure, nonché alla presenza di alcune malattie croniche (come ad esempio l'artrosi).

#### *Come i ferraresi percepiscono la propria salute*

Complessivamente la popolazione ferrarese giudica abbastanza buona la propria salute. Poco più dei due terzi degli intervistati (68,7%) definiscono la propria salute in modo favorevole (alla domanda: "Come va in generale la sua salute?" risponde "bene" o "molto bene"), il 25,4% definisce la propria salute con una modalità intermedia (risponde "discretamente") mentre il 5,9% riferisce il proprio stato di salute in modo sfavorevole (risponde "male" o "molto male").

Il risultato è del tutto in linea con quello ricavato, a livello regionale, dall'indagine "Passi" effettuata nel 2006, anche se dobbiamo tenere presente che la popolazione di riferimento di

<sup>75</sup> Idler E. 1997

<sup>76</sup> Idler E. 1997

<sup>77</sup> A. Sen BMJ, 2001

<sup>78</sup> "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o di infermità"

<sup>79</sup> Center for disease control and prevention. Measuring Healthy Days. Atlanta, GA 2000

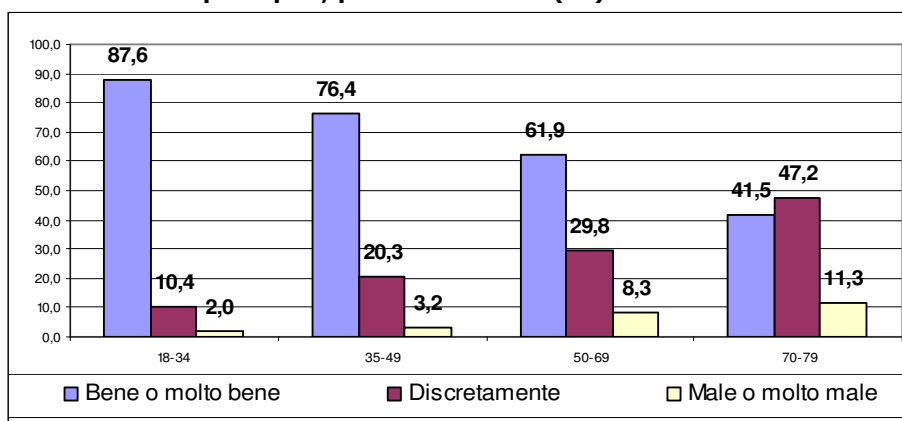
“Passi” è in età 18-69 anni e non 18-79 anni come nel caso della presente indagine. Il dato farebbe invece registrare un peggioramento rispetto alla precedente edizione di “In linea con la salute”: il condizionale è d’obbligo, dal momento che l’indagine del 2005 era stata effettuata utilizzando una diversa agevazione nelle risposte.

**Tabella 5.1: Percezione dello stato di salute, per genere, anno 2008 a confronto con altre indagini**

	Femmine	Maschi	Totale	In linea - Ferrara 2005	Passi - ER 2006
Bene o molto bene	63,1	74,5	68,7	72,5	68,0
Discretamente	29,8	20,8	25,4	18,3	
Male o molto male	7,0	4,7	5,9	9,2	32,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

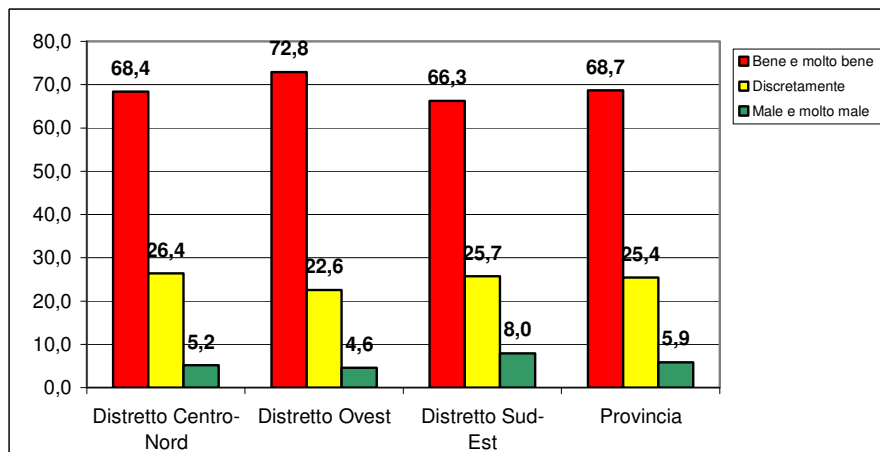
Le persone che giudicano negativamente il proprio stato di salute sono soprattutto le donne (7% rispetto al 4,7% degli uomini). La valutazione soggettiva della propria salute è strettamente associata al deterioramento delle condizioni fisiche, e pertanto tende a peggiorare all’aumentare dell’età: gli anziani (70-79 anni) che riferiscono cattive condizioni di salute sono pari all’11,3%.

**Grafico 5.1: Stato di salute percepita, per classe di età (%)**



La salute percepita presenta differenze di un certo rilievo fra i tre distretti della provincia di Ferrara, a tutto vantaggio del Distretto Ovest, nel quale la salute percepita è complessivamente migliore (72,8% per la modalità “bene” o “molto bene”). Il valore peggiore si ha invece nel Sud-Est (66,3%), nel quale è alta anche la quota di persone che riportano un cattivo stato di salute (8%). Il Distretto Centro-Nord presenta valori simili a quelli del Sud-Est.

**Grafico 5.2: Stato di salute percepito, per Distretto sanitario (%)**



### Giorni in cattiva salute percepita

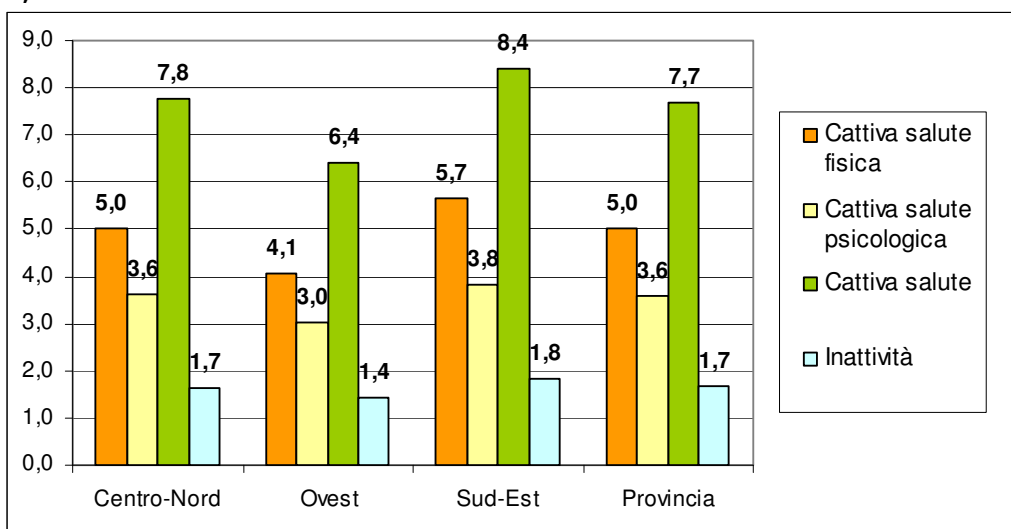
Nell'indagine "In linea con la salute-2", la qualità della vita correlata alla salute è stata misurata anche mediante il metodo dei giorni in cattiva salute.

Nel territorio della provincia di Ferrara le persone intervistate riferiscono una media di circa 5 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici; di circa 3,6 giorni al mese per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per 1,7 giorni al mese.

Si tratta di valori superiori rispetto ai risultati di una rilevazione simile compiuta a livello regionale; ma su questa misura ha notevole peso la classe di età 70-79 anni, presente solo nell'indagine ferrarese.

All'interno della provincia si osserva una certa disomogeneità, con un minor numero di giorni in cattiva salute nel Distretto Ovest.

**Grafico 5.3: Numero di giorni in cattiva salute fisica, psicologica e complessiva, e n. giorni di inattività, nei distretti sanitari**



### Problemi fisici

Il peso costituito da problemi fisici nella percezione della qualità della vita è stato esplorato con la domanda: "Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non si è sentito bene per motivi fisici?"

Il 53% degli intervistati ha dichiarato di essere stato sempre bene fisicamente nell'ultimo mese, mentre l'8,6% ha dichiarato di aver avuto problemi fisici tutti i giorni nell'ultimo mese. Le donne presentano un maggior numero di giorni con problemi fisici: solo il 46,8% sta sempre bene, contro l'11,9% che sta sempre male (per i maschi: 5,0%). Il numero di giorni con problemi fisici cresce, come atteso, al crescere dell'età: il 18,1% degli anziani (tra 70 e 79 anni) ha dichiarato di essere stato male fisicamente tutti i 30 giorni precedenti.

### Problemi psicologici

Il peso costituito da problemi psicologici o stress nella percezione della qualità della vita è stato esplorato con la domanda: "Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non si è sentito bene a causa di problemi di tipo psicologico (per problemi emotivi o stress)?"

Il 73,2% degli intervistati ha dichiarato di essere stato sempre bene dal punto di vista psicologico nell'ultimo mese, mentre il 6,6% ha dichiarato di aver trascorso l'intero mese precedente con problemi psicologici.

Le donne presentano un maggior numero di giorni con problemi psicologici: il 65% sta sempre bene contro l'82% dei maschi, mentre il 9,1% delle donne sta sempre male psicologicamente (maschi: 3,9%).

Il numero di giorni con problemi psicologici cresce, come atteso, al crescere dell'età: il 12,1% degli anziani (70-79 anni) è stato male psicologicamente tutti i 30 giorni precedenti.

### Indice dei "giorni in cattiva salute" per problemi fisici e psicologici

Sulla base delle risposte ottenute sui giorni con problemi sia fisici sia psicologici, è stata costruita un'informazione riassuntiva sullo stato di salute, chiamata *indice dei giorni in cattiva*



salute<sup>80</sup>, che sintetizza, per ciascuna persona, il numero di giorni trascorsi con problemi di salute, siano essi fisici che psicologici, nel mese precedente.

Il numero medio mensile di giorni in cattiva salute, che nel complesso è pari a 7,7 giorni, è fortemente differenziato per sesso. Infatti, le donne presentano un valore medio di 10 giorni in cattiva salute al mese, contro i 5,3 giorni al mese per gli uomini.

Come era lecito attendersi, il numero medio di giorni in cattiva salute aumenta nettamente all'aumentare dell'età: si passa infatti dai 6 giorni per la classe di età da 18 a 34 anni ai 10,6 giorni per la classe di età più anziana. Combinando le due variabili, sesso e classe di età, notiamo che la media dei giorni in cattiva salute per le donne anziane è pari a 13,7, contro i 6,6 giorni degli uomini loro coetanei.

#### Numero di giorni con totale inattività

È un indicatore (indiretto) di disabilità. Il peso costituito, nella percezione della qualità della vita, dalle difficoltà nello svolgere le normali attività quotidiane è stato esplorato con la domanda: "Ora consideri le sue abituali attività. Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non è stato in grado di svolgerne nessuna a causa del cattivo stato di salute fisico o psicologico?".

L'83,2% degli intervistati non ha riferito alcuna limitazione, durante l'ultimo mese, nelle attività della vita quotidiana, mentre il 2,4% ha riferito di aver trascorso l'intero mese precedente con totale limitazione delle proprie attività quotidiane. Il numero di giorni con limitazioni cresce, come atteso, al crescere dell'età: 2,2 giorni negli anziani contro una media complessiva pari a 1,7 giorni. Nelle classi di età anziane, emerge anche una differenza di genere: nelle donne anziane si hanno 2,4 giorni con limitazione dell'attività, mentre per i maschi di pari età sono riferiti 1,8 giorni.

**Tabella 5.2: Condizioni di salute denunciate (numero di giornate in cattiva salute/30 gg) per fasce d'età**

	Femmine				Maschi			
	Cattiva salute fisica	Cattiva salute psicologica	Cattiva salute	Inattività	Cattiva salute fisica	Cattiva salute psicologica	Cattiva salute	Inattività
18-34	4,6	3,1	7,5	1,2	2,8	1,8	4,5	1,2
35-49	5,1	4,5	9,0	1,5	3,1	2,1	5,2	1,8
50-69	7,0	5,3	10,4	1,7	3,6	2,6	5,3	1,7
70-79	10,2	6,4	13,7	2,4	5,0	2,5	6,6	1,8
<b>Totale</b>	<b>6,5</b>	<b>4,8</b>	<b>10,0</b>	<b>1,7</b>	<b>3,5</b>	<b>2,3</b>	<b>5,3</b>	<b>1,6</b>

I risultati della presente indagine sono praticamente identici a quelli ottenuti nel 2005, con la prima edizione di "In linea con la salute": allora il numero medio di giorni in cattiva salute era 7,6 (contro il 7,7 di oggi), mentre i giorni di inattività erano in media 1,9 (oggi sono 1,7).

Confrontando infine i risultati appena visti con quelli ottenuti a livello regionale nello studio "Passi" (2006), notiamo che i valori sono superiori, sia per i giorni in cattiva salute fisica, sia per i giorni in cattiva salute psicologica, sia per i giorni di inattività. Ricordiamo, però, che lo studio Passi fa riferimento a una popolazione meno anziana (tra 18 e 69 anni).

**Tabella 5.3: Condizioni di salute denunciate (numero di giornate in cattiva salute/30 gg) per genere**

	Cattiva salute fisica	Cattiva salute psicologica	Cattiva salute	Inattività
Femmine	6,5	4,8	10,0	1,7
Maschi	3,5	2,3	5,3	1,6
<b>Totale</b>	<b>5,0</b>	<b>3,6</b>	<b>7,7</b>	<b>1,7</b>
In linea – 2005			7,6	1,9
Passi – ER 2006	3,0	3,2		1,0

Analizzando i dati nei tre distretti sanitari, notiamo che vi sono forti differenze tra i tre distretti. Il Distretto che "sta peggio" è nettamente il Distretto Sud-Est (8,4 giorni in cattiva salute),

<sup>80</sup> "Unhealthy days": indice utilizzato in: CDC, Measuring healthy days, Atlanta, november 2000

mentre quello che sta meglio è il Distretto Ovest (6,4 giorni). Il Distretto Centro-Nord si situa in una posizione intermedia.

Dal punto di vista della sola salute fisica, vi è un differenza forte tra il Distretto Ovest (4,1 giorni) e i rimanenti due distretti (5 giorni per il Centro-Nord, 5,7 giorni per il Sud-Est). Il numero di giorni con completa inattività è, invece, pressoché uguale in tutti e tre i distretti sanitari.

## 5.2 Quadro complessivo sulle disabilità in provincia di Ferrara

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato nel 2001 la nuova classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (ICF), che ha profondamente rivisto il concetto di *disabilità*. Il concetto di fondo della classificazione ICF è rappresentato dalle modalità di "funzionamento" della persona in interazione con il proprio ambiente. È considerata pertanto "disabilità" ogni riduzione o perdita di capacità funzionale.

I termini usati per classificare e descrivere la disabilità non sono ancora uniformati e si incontrano molte difficoltà a tratteggiare un quadro conoscitivo adeguato. A ciò si aggiunga che le fonti informative, soprattutto in ambito locale, sono molto carenti ai fini di questa operazione conoscitiva, in quanto prive di omogeneità classificatoria.

### 5.2.1 Stima del numero di persone con disabilità nel Comune di Ferrara

La U.O. Statistica del Comune di Ferrara, potendo disporre di un campione locale supplementare rispetto a quello canonico delle indagini correnti Istat, ha effettuato nel 2005 un'indagine locale ricalcata sull'Indagine multiscopo dell'Istat<sup>81</sup>. In tale ambito, è stata effettuata una stima del numero di persone disabili di 6 anni e più, tenendo conto delle valutazioni soggettive fornite in sede di intervista dai rispondenti. Sono stati indagati vari aspetti:

- la presenza di confinamento (persone costrette a stare a letto, sedute o sempre in casa);
- le difficoltà di movimento;
- le difficoltà nelle funzioni della scala ADL<sup>82</sup>;
- le difficoltà di comunicazione (vista, udito, parola).

**Tabella 5.4: Persone di 6 anni e più per tipo di disabilità (valori percentuali), 2005**

	Confinati	Difficoltà di movimento	Difficoltà vista, udito, parola	Disabilità nelle funzioni ADL	Almeno una disabilità
Comune di Ferrara	2,7	3,0	1,1	3,8	5,7
Nord Italia (2000)	2,0	2,0	1,0	2,5	4,3
Italia (2000)	2,1	2,2	1,1	2,9	4,8

Fonte: U.O. Statistica Comune di Ferrara

Dall'indagine è risultato che i ferraresi con disabilità in tutte le funzioni ADL sono il 3,8% della popolazione sopra i 6 anni. Poiché l'ammontare della popolazione ferrarese di 6 anni e più è pari (31/12/2005) a 127.255 persone, possiamo stimare che il numero di persone con difficoltà in tutte le funzioni ADL è pari circa a 4.800. Le persone che presentano almeno una delle "disabilità" appena descritte sono il 5,7% della popolazione. Una quota che, riportata in termini assoluti, significa circa 7.200 persone. Circa 1.400 persone hanno difficoltà di vista, udito o parola. Infine, le persone confinate sono il 2,7% della popolazione (in termini assoluti, circa 3.400 persone).

<sup>81</sup> U.O. Statistica del Comune di Ferrara, Indagine Istat Multiscopo sulle famiglie, Quaderni sulla famiglia, 6, 2006

<sup>82</sup> ADL è acronimo di *Activities of Daily Living*, attività di base della vita quotidiana. È la scala utilizzata per valutare il livello di autonomia di una persona. Le aree funzionali considerate nelle ADL riguardano l'autonomia nel: lavarsi, vestirsi, mangiare, muoversi in casa, usare il bagno.

## 5.2.2 Stima della disabilità nella provincia di Ferrara, banche dati disponibili

Come già detto in precedenza, mancano del tutto fonti informative dedicate alla frequenza reale di disabilità nella popolazione generale. Un'esplorazione di questo ambito è stata tentata mediante l'analisi mirata di alcune banche dati:

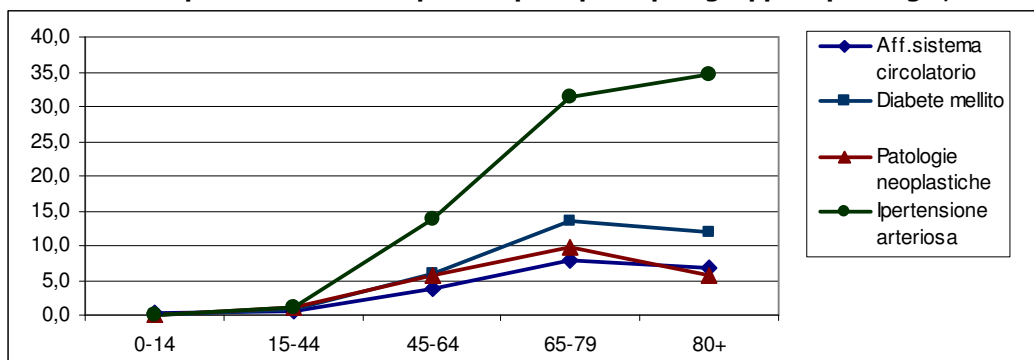
- l'archivio aziendale delle Esenzioni Ticket
- la banca dati aziendale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
- l'archivio dei disabili dell'INAIL (dati presentati con dettaglio provinciale)
- l'archivio provinciale degli invalidi civili INPS (dati a livello comunale e distrettuale)
- l'archivio del Ministero della Pubblica Istruzione, per quanto riguarda gli alunni disabili nella scuola
- archivio aziendale del sistema informativo del Dipartimento Salute Mentale (SISM)
- archivio aziendale dello Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza (SMRIA)

L'archivio aziendale delle esenzioni ticket ha consentito di calcolare un dato di prevalenza di malattie croniche età specifica per anno.

Per meglio valutare il carico esercitato dalle patologie croniche e invalidanti sul sistema sanitario, si può tentare di stimare i tassi di prevalenza età-specifici di tali patologie, osservando come si distribuiscono le esenzioni "prevalenti"<sup>83</sup> secondo l'età: da un lato, perché la presenza di certe patologie (ad esempio il diabete) in età non avanzate può dare conto della maggiore criticità delle condizioni di salute di un certo territorio, criticità che non sempre è legata ad una struttura per età più anziana; dall'altro perché la presenza di malattie croniche ad età relativamente giovani permette di prevedere, per queste persone, una permanenza prolungata (e un conseguente prolungato carico assistenziale) all'interno del sistema sanitario. L'archivio aziendale delle esenzioni (considerando anche le esenzioni scadute) conta complessivamente 125.887 esenzioni, che sono state analizzate per classi di età.

Per classi di età, le patologie (considerate come stime dei tassi di prevalenza nella popolazione età-specifica) che interessano maggiormente le varie classi sono ovviamente molto diversificate. Nelle prime due classi di età (fino a 44 anni) ha un certo rilievo l'asma bronchiale, che fa registrare tassi di prevalenza (età-specifici) pari a 0,9% e 1,3%, rispettivamente, nelle classi di età 0-14 anni e 15-44 anni. Nella classe di età 15-44, si segnalano tassi di prevalenza di un certo rilievo per i tumori (1,1%) e per l'ipertensione (1,0%).

**Grafico 5.4: Tassi di prevalenza età – specifici per i principali gruppi di patologie, 2007**



A partire dalla classe 45-64, è invece l'ipertensione ad essere di gran lunga al primo posto tra i gruppi di patologie: ha una prevalenza già molto alta, pari a 13,7% tra 45 e 64 anni, e raggiunge una prevalenza elevatissima, pari al 34,7% nella classe degli ultraottantenni. Al secondo posto, sempre a partire dalla classe 45-64, c'è sempre il diabete mellito con una prevalenza che raggiunge il 13,5% nella classe 65-79 anni. Quest'ultima classe, poi, è quella che pesa numericamente di più in termini complessivi: con 50.441 esenzioni, essa raccoglie il 40,1% del totale delle esenzioni.

Una stima della reale prevalenza nella popolazione delle malattie croniche considerate deve considerare le possibili distorsioni dovute al sistema di registrazione. In prima

<sup>83</sup> Per questa stima sono state considerate le esenzioni "prevalenti", ossia l'insieme delle esenzioni per patologia attive e di quelle già scadute al momento dell'osservazione.

approssimazione, si deve ritenere che la presenza di diabete mellito non soffra di margini consistenti di sovracertificazione. L'elevato numero di diabetici trova la più probabile spiegazione nella ormai quarantennale attività di ricerca attiva dei soggetti con intolleranza al carico di glucosio. Prevedibilmente, ciò si traduce anche in un beneficio per gli interessati, comportando un minor numero di complicanze a comparsa tardiva.

L'ipertensione arteriosa viene clinicamente distinta in tre stadi: solo la forma grave (III stadio) prevede l'esenzione dal ticket. Sappiamo, dall'indagine "In linea con la salute"<sup>84</sup>, che la prevalenza tra i ferraresi dell'ipertensione con trattamento farmacologico è, tra i 18 e i 79 anni, pari al 21,2%. Dai calcoli qui effettuati risulta che la prevalenza degli "ipertesi esenti" tra i 15 e i 79 anni è pari all'11,9%. Risulta, quindi, rapportando le due percentuali, che più della metà degli ipertesi ferraresi in trattamento sono esenti dal ticket, e quindi verosimilmente diagnosticati al III stadio.

Uno dei modi di stimare quanti possono essere i disabili in un certo territorio, dopo aver esplorato anche dati di varia origine "amministrativa", consiste nel tentare di valutare quanti, dopo essere stati oggetto di un intervento ospedaliero, hanno da tale intervento (in seguito alla specifica patologia considerata) certamente riportato un esito invalidante. Abbiamo tentato di percorrere questa strada, analizzando i ricoveri ospedalieri delle persone con malattie croniche non congenite<sup>85</sup> (gli esenti dal ticket) nel quadriennio 2003-2006. Ciò è avvenuto tramite una opportuna procedura di *record linkage*, che ha permesso di individuare tutti i ricoveri ospedalieri che hanno avuto per oggetto le persone con esenzione. Purtroppo non è stato possibile andare più indietro rispetto all'anno 2003, a causa della difficoltà di "incrociare" i dati fino al 2002 compreso (fino al 2002 la mancanza di molti codici fiscali avrebbe inficiato la qualità dei dati).

Al termine di queste valutazioni, sono stati conteggiati i DRG con esito di disabilità, ed è stata infine fornita una duplice stima, una di scenario "basso" e una di scenario "alto".

Si può pertanto stimare che il numero di disabili "incidenti" nel periodo 2003-2006 sia compreso in un range tra 7.979 (scenario "basso", considerando solo i DRG "certi") e 8.659 (scenario "alto", ottenuto considerando anche i DRG "incerti").

L'archivio dei disabili dell'INAIL fornisce dati molto aggiornati (al 31.12.2006) sull'ammontare delle persone con disabilità da lavoro. Purtroppo, il massimo dettaglio territoriale fornito dai dati INAIL è quello provinciale, e non sarà pertanto possibile in questa sede fornire dettagli a livello distrettuale o comunale.

Prima di descrivere i dati, è opportuno dare un inquadramento sul loro significato, partendo dalla definizione di "inabile" che dà l'INAIL.

Per le inabilità temporanee di durata superiore a tre giorni, l'INAIL eroga soltanto una prestazione monetaria *una tantum*. Per le inabilità permanenti, il trattamento assicurativo fornito dall'INAIL è più articolato. L'INAIL definisce "inabilità permanente" una inabilità che comporta una riduzione delle capacità lavorative con postumi permanenti di grado uguale o superiore al 6%. La prestazione si articola in: *indennizzo in capitale*, se il grado di menomazione è pari o superiore al 6% e inferiore al 16%; *indennizzo in rendita*, se il grado di menomazione è pari o superiore al 16%. La rendita decorre dal giorno successivo alla guarigione clinica e viene erogata per tutta la vita della persona inabile, a condizione che il grado di inabilità non diventi inferiore al 16%. Questa è la normativa attuale, invece, precedentemente al Decreto 38/2000, la soglia del livello di disabilità permanente era dell'11%. Inoltre dal 25 luglio 2000, per effetto del Decreto 70/2000, viene indennizzato anche il danno biologico, inteso come lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di accertamento medico-legale della persona. I requisiti per avere diritto alla prestazione sono: la causa lavorativa dell'infortunio o della malattia e il grado di menomazione dell'integrità psico-fisica superiore al 6%. Le menomazioni conseguenti alle lesioni psicofisiche sono indennizzate, senza alcun riferimento alla retribuzione, in base alle tabelle delle menomazioni e alla tabella di indennizzo del danno biologico. I dati cui facciamo qui riferimento sono relativi ai soli titolari di rendita INAIL.

---

<sup>84</sup> "In linea con la salute" - Azienda USL Ferrara, 2005

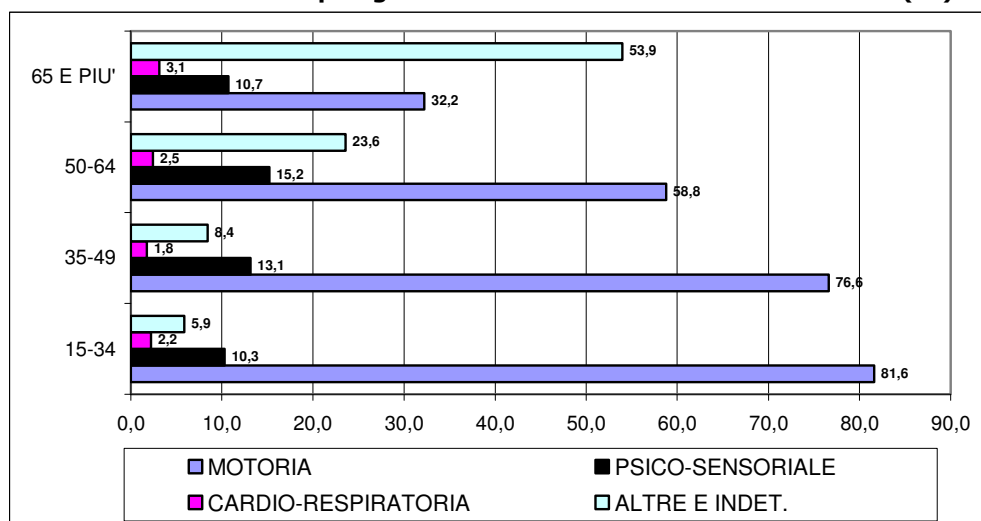
<sup>85</sup> Dal novero delle persone con esenzione ticket, residenti in provincia di Ferrara, sono state esclusi tutti coloro che avevano patologie croniche di origine congenita. Dopo tale selezione, il numero di persone esenti (al 30 settembre 2007) sui quali è stato effettuato il *record linkage* era pari a 59287.

**Tabella 5.5: Tipo di disabilità, distinta per genere, al 31.12.2007**

TIPO DISABILITÀ	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
Disabilità motoria	1.739	44,9	544	53,9	2.283	46,7
Disabilità psico sensoriale	554	14,3	46	4,6	600	12,3
Disabilità cardio respiratoria	116	3,0	18	1,8	134	2,7
Altra e indet.	1.467	37,8	402	39,8	1.869	38,3
<b>Totale</b>	<b>3.876</b>	<b>100,0</b>	<b>1.010</b>	<b>100,0</b>	<b>4.886</b>	<b>100,0</b>

Al 31 dicembre 2007 i disabili da lavoro, residenti in provincia di Ferrara, sono 4.886, di cui 3.876 maschi e 1.010 femmine. La disabilità lavorativa è pertanto un fenomeno spiccatamente maschile: il rapporto tra maschi e femmine disabili è quasi di 4 a 1.

Secondo il tipo di disabilità, quasi la metà (il 46,7%) del totale dei disabili soffre di disabilità motoria; il 12,3% soffre di disabilità psico-sensoriale: in questo caso, la quota è molto più rilevante per i soli maschi (il 14,3%, contro il 4,6% delle femmine). Soltanto il 2,7% del totale soffre di una disabilità cardio-respiratoria. Rispetto all'anno precedente, il numero di disabili da lavoro in provincia di Ferrara è diminuito del 2,4%.

**Grafico 5.5: Distribuzione delle tipologie di disabilità nelle diverse classi di età (%)**

Nelle diverse classi di età, possiamo osservare che nella classe più giovane (15-34 anni) sono largamente prevalenti le disabilità motorie (81,6%), mentre tale quota tende ad essere sempre più bassa al crescere dell'età. Nella classe più anziana (65 anni e oltre) la tipologia prevalente è quella delle "altre disabilità" (53,9%).

**Tabella 5.6: Livello di gravità della disabilità per classe di età**

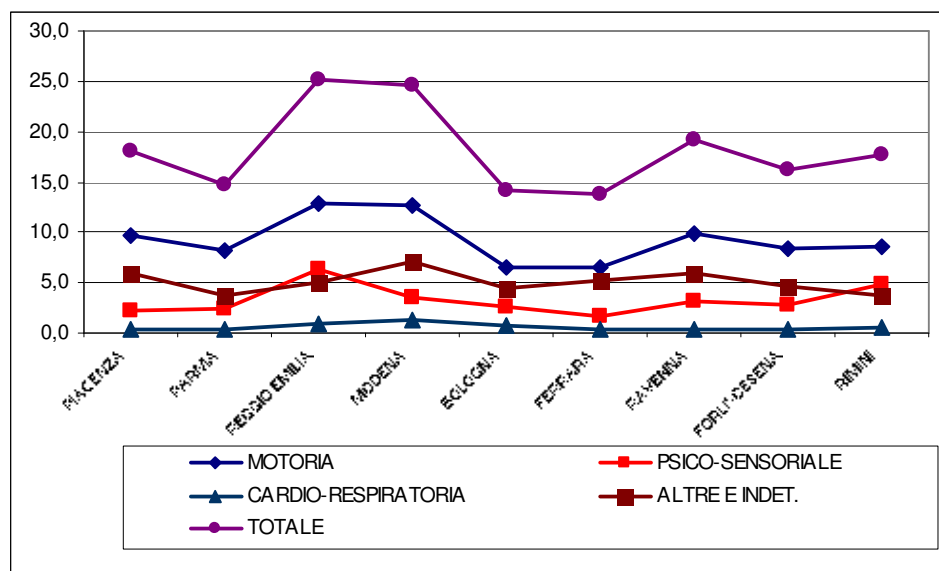
Livello di gravità	15-34	%	35-49	%	50-64	%	65 e piu'	%	Totale	%
Medio (11%-33%)	116	85,3	478	77,6	1.103	79,5	2.055	74,8	<b>3.752</b>	76,8
Grave (34%-66%)	11	8,1	113	18,3	244	17,6	613	22,3	<b>981</b>	20,1
Molto grave (67%-99%)	5	3,7	19	3,1	30	2,2	65	2,4	<b>119</b>	2,4
Assoluto (100%)	4	2,9	6	1,0	10	0,7	14	0,5	<b>34</b>	0,7
<b>Totale</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>	<b>1.387</b>	<b>100,0</b>	<b>2.747</b>	<b>100,0</b>	<b>4.886</b>	<b>100,0</b>

Passiamo ora ad osservare i disabili secondo il livello di gravità della disabilità. Fortunatamente, la quota di disabili "molto gravi" e "assoluti" raggiunge il 3,1% sul totale, pari ad un numero assoluto di 153 persone. È piuttosto elevata, invece, la quota di disabili "gravi", con riduzione della capacità lavorativa compresa tra un terzo e due terzi: complessivamente, è pari al 20,1%. Questa quota aumenta in funzione dell'età: è pari all'8,1% nella classe tra 15 e 34 anni, e aumenta fino a diventare il 22,3% oltre i 65 anni.

**Tabella 5.7: Tipi di disabilità da incidente lavorativo e malattie professionali**

Tipo Disabilità	Infortunati	Malattie Professionali	Totale	Infortunati %	Malattie Professionali %	Totale %
Motoria	2.249	34	2.283	98,5	1,5	100,0
Psico-Sensoriale	255	345	600	42,5	57,5	100,0
Cardio-Respiratoria	39	95	134	29,1	70,9	100,0
Altre e indet.	1.834	35	1.869	98,1	1,9	100,0
<b>Totale</b>	<b>4.377</b>	<b>509</b>	<b>4.886</b>	<b>89,6</b>	<b>10,4</b>	<b>100,0</b>

Secondo l'evento lesivo che ha causato la disabilità, complessivamente la disabilità è dovuta ad un infortunio nell'89,6% dei casi, mentre per il rimanente 10,4% la disabilità è conseguenza di una malattia professionale. In particolare, la quasi totalità delle disabilità motorie sono dovute ad un evento di tipo infortunistico (98,5%), mentre, all'opposto, le disabilità cardio-respiratorie sono nel 70,9% dei casi dovute ad una malattia professionale. Anche per le disabilità di tipo psico-sensoriale, la maggioranza (57,5%) è dovuta alla presenza di una malattia professionale.

**Grafico 5.6: Tassi grezzi (X1000) di disabilità da lavoro nelle province dell'Emilia Romagna, 31.12.2007**

Per concludere, vediamo i dati relativi alle disabilità da lavoro nel contesto regionale. Alla stessa data (31.12.2007) sono presenti in tutta la regione Emilia-Romagna 77.311 disabili per cause lavorative con rendita INAIL. Il tasso grezzo complessivo di disabilità della regione, calcolato sull'ammontare della popolazione residente, è pari al 18,3 per mille. Il tasso di Ferrara, pari a 13,8, si attesta nettamente al di sotto del valore medio regionale, ed è il valore più basso in regione. Solo leggermente più elevato è il valore di Bologna (14,2). Le province che presentano i tassi più elevati di disabilità da lavoro sono quelle che hanno anche la più spiccata vocazione alle attività industriali. Come si può facilmente vedere osservando il grafico, in tutte le province, a trainare verso l'alto i tassi di disabilità è sempre la disabilità di tipo motorio, i cui tassi presentano la stessa graduatoria (per provincia) del tasso generale. Per leggere correttamente i dati qui presentati occorre tenere presente le limitazioni connesse alle modalità con le quali sono stati generati. Si tratta di tassi di "prevalenza cumulativa", nel senso che conteggiano tutti coloro che, negli anni passati, hanno subito un evento (un infortunio o una malattia professionale) indennizzato dall'INAIL con una rendita. Su questo dato incide quindi non solo l'attuale livello delle attività economiche nei vari territori (numero di lavoratori), ma anche il livello passato, e può incidere fortemente anche il diverso livello di rischio legato alle diverse attività lavorative che, nel passato, hanno insistito su quel territorio.

*Uno sguardo alla disabilità a partire dagli archivi amministrativi: gli invalidi civili INPS*

Un giacimento informativo importante, anche se la sua origine è meramente di carattere amministrativo, è costituito dall'archivio degli invalidi civili dell'INPS, i cui dati sono disponibili a livello provinciale e comunale. Questo archivio raccoglie gli invalidi civili, di tutti i gradi di invalidità, ai quali venga attribuita una qualche forma di assistenza economica: dall'assegno di accompagnamento all'indennità di invalidità civile.

**Tabella 5.8: Gli anziani (65 anni e più) non autosufficienti, titolari di assegno di accompagnamento, per comune (31.12.2007)**

Comune	Invalidi titolari di assegno di accompagnamento
BERRA	304
COPPARO	733
<b>FERRARA</b>	<b>3.853</b>
FORMIGNANA	93
JOLANDA DI SAVOIA	147
MASI TORELLO	63
RO FERRARESE	160
TRESIGALLO	202
VOGHIERA	107
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>5.662</b>
BONDENO	562
CENTO	736
MIRABELLO	130
POGGIO RENATICO	182
SANT'AGOSTINO	153
VIGARANO MAINARDA	186
<b>Distretto Ovest</b>	<b>1.949</b>
ARGENTA	695
CODIGORO	387
COMACCHIO	588
GORO	106
LAGOSANTO	118
MASSAFISCAGLIA	167
MESOLA	236
MIGLIARINO	131
MIGLIARO	97
OSTELLATO	211
PORTOMAGGIORE	381
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>3.117</b>
<b>Provincia</b>	<b>10.728</b>

Il quadro è tutto sommato completo, con una sola eccezione: purtroppo, non sono riportati nell'archivio tutti gli anziani con invalidità ma solo gli anziani ai quali è stato riconosciuto il diritto all'assegno di accompagnamento. Per contro, l'archivio riporta, per quanto riguarda la classe di età 18-64 anni, sia gli invalidi al 100% che gli invalidi parziali. Infine, nell'archivio sono registrati gli invalidi minorenni. Come già accennato, l'archivio INPS dà conto di tutte le forme di invalidità appena viste con dati a livello comunale. Sarà pertanto possibile fare valutazioni sia a livello di singolo comune che di Distretto sanitario. Tutti i dati riportati fanno riferimento al 31.12.2007.

In provincia di Ferrara, le persone con più di 65 anni che percepiscono un assegno di accompagnamento, in quanto sono state riconosciute dalle apposite commissioni sanitarie come *completamente non autosufficienti*, sono 10.728 al 31 dicembre 2007. Esse costituiscono l'11,9% della popolazione ferrarese di pari età. La prevalenza di anziani con assegno di accompagnamento è più o meno uguale in tutti e tre i distretti sanitari.

**Tabella 5.9: Gli adulti (18-64 anni) invalidi, al 100% e con invalidità parziale**

Comune	Invalidi civili al 100%	Invalidi civili parziali
BERRA	58	27
COPPARO	161	60
<b>FERRARA</b>	<b>949</b>	<b>317</b>
FORMIGNANA	20	10
JOLANDA DI SAVOIA	40	19
MASI TORELLO	16	1
RO FERRARESE	30	16
TRESIGALLO	36	18
VOGHIERA	25	7
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>1.335</b>	<b>475</b>
BONDENO	104	39
CENTO	176	77
MIRABELLO	12	14
POGGIO RENATICO	42	15
SANT'AGOSTINO	28	9
VIGARANO MAINARDA	46	14
<b>Distretto Ovest</b>	<b>408</b>	<b>168</b>
ARGENTA	148	57
CODIGORO	115	49
COMACCHIO	85	99
GORO	39	16
LAGOSANTO	44	24
MASSAFISCAGLIA	27	16
MESOLA	67	22
MIGLIARINO	24	12
MIGLIARO	19	11
OSTELLATO	42	15
PORTOMAGGIORE	66	32
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>676</b>	<b>353</b>
<b>Provincia</b>	<b>2.419</b>	<b>996</b>

Nella popolazione adulta, in età compresa tra 18 e 64 anni, possiamo contare in provincia di Ferrara 2.419 invalidi al 100%, che costituiscono l'11,01 per mille della popolazione residente adulta non anziana.

Gli invalidi al 100% sono più numerosi nel Distretto Centro-Nord (12,23 per mille), mentre lo sono decisamente meno nel Distretto Ovest (8,76 per mille). Anche in questo caso, si registrano notevoli differenze tra i vari comuni della provincia. Il record negativo spetta a Jolanda di Savoia, con 20,45 invalidi totali ogni mille abitanti in età 18-64 anni. Seguono Berra e Lagosanto. Un numero molto basso di invalidi si ha invece a Mirabello (5,6 per mille) e a Comacchio (5,6 per mille).

Gli invalidi parziali in età 18-64, con invalidità compresa tra il 33 e il 99%, sono in provincia di Ferrara 996, un numero pari al 4,53 per mille della popolazione di pari età. Il Distretto che conta meno invalidi parziali è l'Ovest (3,61 per mille), mentre il Distretto con più invalidi è stavolta il Sud-Est (5,52). Anche in questo caso vi sono forti differenze tra un comune e l'altro. Il comune che conta più invalidi parziali è Jolanda di Savoia (9,71 per mille), mentre gli invalidi parziali sono quasi del tutto assenti a Masi Torello.

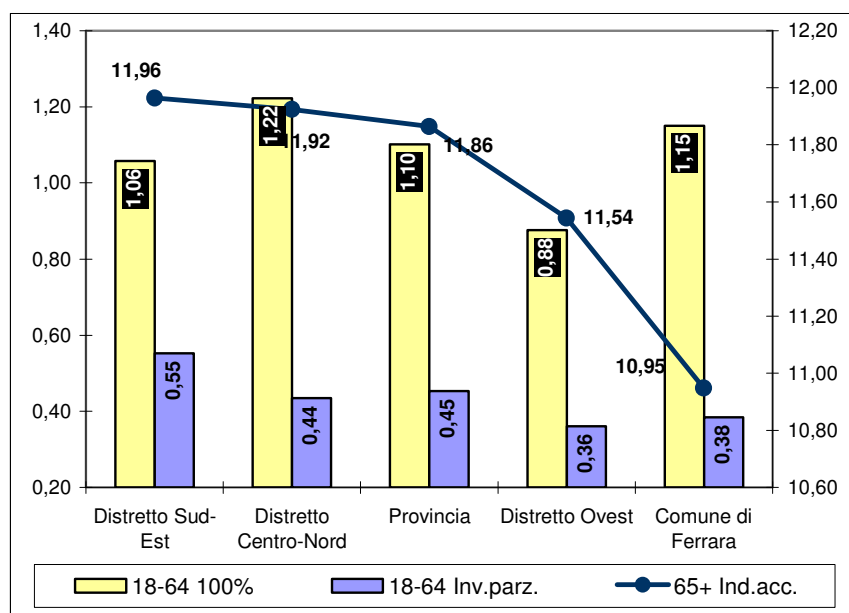


**Tabella 5.10: Proporzione di persone riconosciute con un grado di invalidità (sul totale dei residenti pari età)**

	18-64 anni invalidità civile totale	18-64 anni Invalidità civile parziale	65 anni e + Indennità di accompagnamento
<b>Comune di Ferrara</b>	<b>1,15</b>	<b>0,38</b>	<b>10,95</b>
Distretto Centro-Nord	1,22	0,4	11,92
Distretto Ovest	0,88	0,36	11,54
Distretto Sud-Est	1,06	0,55	11,96
<b>Provincia</b>	<b>1,10</b>	<b>0,45</b>	<b>11,86</b>

Riassumendo, i dati sugli invalidi civili INPS ci mostrano un quadro complessivo sulla disabilità nel quale i "risultati" nettamente migliori sono offerti dal Distretto Ovest, i cui dati sono più bassi per tutti e tre gli "indicatori" appena visti: gli assegni di accompagnamento agli anziani, gli invalidi adulti totali e gli invalidi adulti parziali. Il Distretto Sud-Est fa registrare i risultati peggiori per due degli indicatori: la quota di invalidi parziali (0,55%) e la quota di anziani con accompagnamento (11,96%).

**Grafico 5.7: Quota % di adulti invalidi al 100%, di adulti invalidi parziali, di anziani con assegno di accompagnamento, nei distretti sanitari, nella provincia e nel comune capoluogo, 2007**



### 5.2.3 I disabili minorenni: informazioni desumibili da tre diverse banche dati

Per quanto riguarda i minorenni, possiamo disporre di tre fonti informative che possono fornire informazioni sull'entità numerica delle persone disabili in età inferiore ai 18 anni. Due fonti, come spesso accade, sono di origine amministrativa, e pertanto danno conto soltanto di particolari aspetti del fenomeno "disabilità", aspetti che si manifestano soltanto nel momento in cui entrano in gioco particolari procedure burocratiche, ma che certamente non possono fornire una stima esatta di "quanti sono i disabili".

La terza fonte è sanitaria e raccoglie i minori in carico al servizio di Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza (SMRIA) per gravi patologie neuropsichiche.

#### *Gli invalidi civili minorenni (INPS) al 31.12.2007*

La prima fonte che prendiamo in esame è quella dell'archivio invalidi civili INPS, che riporta anche il numero di minorenni "invalidi".

**Tabella 5.11: Numero di invalidi minorenni, per comune e Distretto sanitario di residenza.**

Comune	Invalidi minorenni
BERRA	9
COPPARO	28
FERRARA	143
FORMIGNANA	6
JOLANDA DI SAVOIA	4
MASI TORELLO	2
RO FERRARESE	6
TRESIGALLO	9
VOGHIERA	2
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>209</b>
BONDENO	14
CENTO	49
MIRABELLO	4
POGGIO RENATICO	12
SANT'AGOSTINO	9
VIGARANO MAINARDA	5
<b>Distretto Ovest</b>	<b>93</b>
ARGENTA	18
CODIGORO	12
COMACCHIO	30
GORO	6
LAGOSANTO	9
MASSAFISCAGLIA	7
MESOLA	9
MIGLIARINO	5
MIGLIARO	1
OSTELLATO	9
PORTOMAGGIORE	9
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>115</b>
<b>Provincia</b>	<b>417</b>

In media, in provincia, 9,7 minorenni su 1.000 sono invalidi, 417 in termini assoluti. Il "tasso di prevalenza" più elevato di invalidi minorenni si registra nel Distretto Centro-Nord, dove tale tasso raggiunge il valore di 10,3. La quota meno elevata di minorenni invalidi si ha invece nel Distretto Ovest (8,8 per mille). I vari comuni presentano tra loro una spiccata variabilità: il tasso più alto si ha nel comune di Formignana (17,9 per mille), mentre quello più basso si osserva a Migliaro (3,5 per mille). Si segnala una tendenza ad avere tassi piuttosto elevati nei comuni del copparese.

#### *I disabili nella scuola*

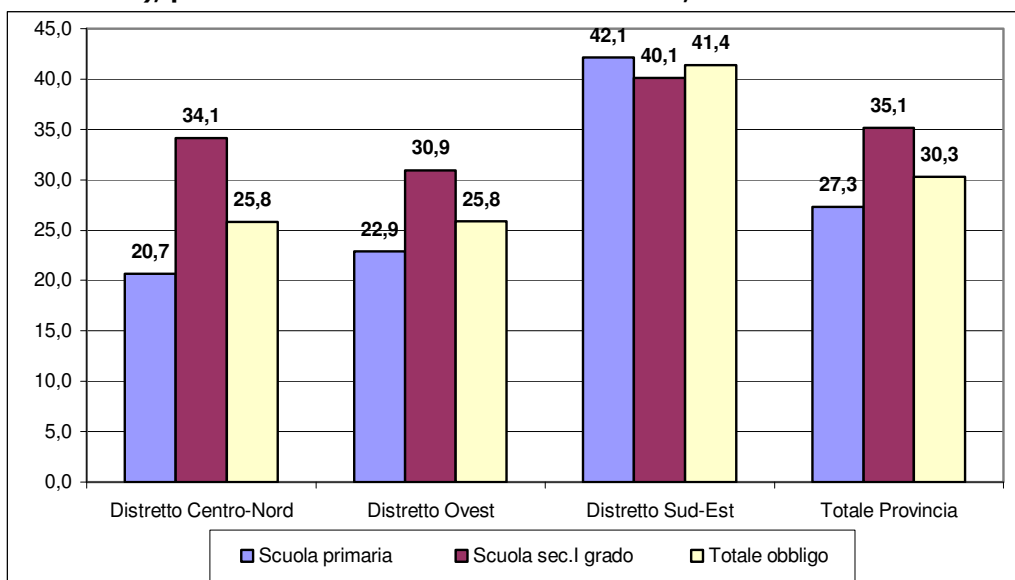
Un'altra importante fonte di dati, nella quale è possibile reperire informazioni sui disabili minorenni, è la banca dati del Ministero della Pubblica Istruzione che fornisce (relativamente, però, al solo anno scolastico 2005/06) il numero di alunni con "disabilità" per tutte le scuole di ogni ordine e grado (sia statali che non statali), con la sola eccezione della scuola dell'infanzia. È importante sottolineare che questo dato corrisponde a una precisa definizione di "disabile", che può essere vista come stima solo approssimativa del numero reale di disabili. Il "disabile" nella scuola è quell'alunno che, su base volontaria, ha richiesto, e successivamente gli è stata riconosciuta, l'assistenza da parte di un insegnante di sostegno. Si deve fare presente quindi che in molti casi, soprattutto quelli "borderline" in cui la disabilità non è riconosciuta come tale né dai genitori né dagli insegnanti (un tipico esempio di "disabilità" di questo tipo è la dislessia, spesso confusa con il semplice cattivo rendimento scolastico), si può avere una sottostima del reale fenomeno. Abbiamo limitato l'analisi ai dati relativi alla scuola dell'obbligo, che sono gli unici nei quali si fa riferimento agli alunni residenti nei comuni della provincia, e di conseguenza anche il numero di disabili è riportato per comune di residenza. Inoltre, riferire il

numero di disabili nella scuola secondaria superiore non avrebbe avuto significato, perché ovviamente la scuola non può "captare" l'eventuale presenza di ragazzi disabili oltre l'età dell'obbligo scolastico (in pratica, si "perdono" tutti coloro che non proseguono la scuola dopo l'obbligo).

**Tabella 5.12: Presenza di ragazzi disabili nella scuola dell'obbligo, per comune di residenza**

Comune	Scuola primaria	Scuola sec. I grado	Totale
FERRARA	64	68	132
BERRA	4	5	9
COPPARO	16	18	34
FORMIGNANA	7	2	9
JOLANDA DI SAVOIA	4	3	7
RO	2	5	7
TRESIGALLO	9	8	17
VOGHIERA	5	3	8
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>111</b>	<b>112</b>	<b>223</b>
BONDENO	9	6	15
CENTO	38	33	71
MIRABELLO	3	1	4
POGGIO RENATICO	6	3	9
SANT'AGOSTINO	4	5	9
VIGARANO MAINARDA	3	1	4
<b>Distretto Ovest</b>	<b>63</b>	<b>49</b>	<b>112</b>
ARGENTA	26	20	46
CODIGORO	12	9	21
COMACCHIO	39	21	60
GORO	11	5	16
LAGOSANTO	5	3	8
MASSA FISCAGLIA	2	4	6
MESOLA	9	2	11
MIGLIARINO	5	4	9
MIGLIARO	2	2	4
OSTELLATO	7	4	11
PORTOMAGGIORE	18	6	24
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>136</b>	<b>80</b>	<b>216</b>
<b>Provincia</b>	<b>310</b>	<b>241</b>	<b>551</b>

**Grafico 5.8: Tassi di prevalenza di disabilità (x 1000) nella scuola "dell'obbligo" (classi di età 6-10 e 11-13 anni), per Distretto sanitario e ordine di scuola, dati riferiti all'a.s. 2005-2006**



In provincia di Ferrara, nelle età della scuola primaria e secondaria di I grado (scuola media), cioè nelle età approssimativamente comprese tra i 6 e i 13 anni (l'approssimazione è dovuta alla presenza, che si presume però abbastanza trascurabile, di alunni ripetenti e quindi di età più elevata), si possono contare 551 alunni disabili, che hanno chiesto e ottenuto l'assistenza di un docente di sostegno. Anche qui, facendo riferimento stavolta alle singole classi di età, tra 6 e 10 anni per la scuola primaria, tra 11 e 13 anni per la scuola media, abbiamo calcolato dei "tassi di prevalenza" relativi alla provincia e ai tre distretti sanitari.

Il tasso complessivo della provincia è del 30,3 per mille, un dato più elevato del 9,7 per mille calcolato sui dati INPS, ma dobbiamo tenere presente che in questo caso la "definizione" di disabilità non tiene conto dello stato di "carezza" economica della famiglia dell'alunno, come invece accadeva per i "disabili" INPS. Nella scuola media, rispetto alla scuola primaria, il tasso di prevalenza di disabilità è un po' più elevato (35,1 contro 27,3).

In questa analisi dei "disabili nella scuola", ad avere il dato certamente peggiore non è più il Distretto Centro-Nord (come accadeva per i dati INPS), ma è di gran lunga il Distretto Sud-Est (41,4 per mille) a scapito degli altri due distretti sanitari.

#### *Minori seguiti dai servizi sanitari per disabilità*

Alcune gravi patologie neuropsichiatriche dei minori seguiti dallo SMRIA del territorio provinciale nell'anno 2007, determinano una disabilità che non si limita al periodo dell'infanzia ma che permane per tutta la vita. Queste sono indicate nelle tabelle che seguono.

**Tabella 5.13: Gravi patologie neuropsichiatriche dei minori seguiti dallo SMRIA nell'anno 2007 per distretti**

	<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>Distretto Ovest</b>	<b>Distretto Sud Est</b>	<b>Totale</b>
Ritardo Mentale. medio o lieve-complicato	36	6	31	<b>73</b>
Sindromi di alterazione globale dello sviluppo psicologico (include Autismo)	13	3	8	<b>24</b>
Paralisi cerebrali infantili	36	10	25	<b>71*</b>
Malformazioni cerebrali congenite	10	3	7	<b>20</b>
Sindrome di Down	15	6	7	<b>28</b>
Altre malformazioni genetiche e congenite gravi	17	8	3	<b>28</b>
Distrofie	1	1	1	<b>3</b>
Para- e tetraplegie acquisite (da trauma)	4	0	0	<b>4</b>
Malattie del S.ma Nervoso Aut.	0	0	6	<b>6</b>
<b>Totale</b>	<b>132</b>	<b>37</b>	<b>88</b>	<b>257</b>

\* di cui 21 di età < 5 anni

**Tabella 5.14: Gravi patologie neuropsichiatriche dei minori stranieri, seguiti dallo SMRIA nell'anno 2007 per distretti**

	<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>Distretto Ovest</b>	<b>Distretto Sud Est</b>	<b>Totale</b>
Ritardo Mentale. medio o lieve-complicato	4	2	3	9
Sindromi di alterazione globale dello sviluppo psicologico (include Autismo )	2	1	1	4
Paralisi cerebrali infantili	1	3	2	6*
Malformazioni cerebrali congenite	1	0	1	2
Sindrome di Down	3	2	0	5
Altre malformazioni genetiche e congenite gravi	1	2	1	4
Distrofie	0	0	0	0
Para- e tetraplegie acquisite (da trauma)	1	0	0	1
Malattie del S.ma Nervoso Aut.	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>31</b>

\* di cui 4 di età < 5 anni

Fonte: SIMP 51, Az USL del 2007

I casi totali sono 257, di cui 31 stranieri, pari al 12% del totale. Nel Distretto Ovest, su 37 casi, si verifica una presenza di 10 minori di origine straniera con patologia grave. Le paralisi cerebrali infantili (PCI) ammontano a 71 casi, di cui ben 21 sono i casi di bambini nati dopo il 2002. I bambini stranieri affetti da PCI sono 6, di cui 4 con età inferiore a 5 anni.

#### 5.2.4 Uno sguardo sulla non autosufficienza in area psichiatrica

Un aspetto importante del vasto mondo delle disabilità e della "non autosufficienza" è certamente costituito dalle persone con malattie psichiatriche, e soprattutto con affezioni gravi, fortemente invalidanti.

I dati, forniti dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Usl di Ferrara, evidenziano che i soggetti affetti da patologia cronica invalidante, nel 2006 sono nella provincia di Ferrara almeno 1.734. La precauzione espressa sul dato, probabilmente sottostimato, riguarda il fatto che è riferito ai soli casi trattati nell'anno 2006, e che nel nostro territorio esistono ancora casi non noti per volontà delle famiglie.

**Tabella 5.15: Persone con patologia psichiatrica invalidante, in carico al DSM nel 2006**

<b>Diagnosi</b>	<b>N° persone in carico</b>
Stati psicotici organici	154
Psicosi schizofreniche	607
Psicosi affettive	603
Stati psicotici non organici	294
Oligofrenici	76
<b>Totale</b>	<b>1.734</b>

*Fonte: SISM, 2006*

Tra i trattamenti socio-educativi che si preoccupano di migliorare l'integrazione del malato psichico nel tessuto sociale, abbiamo analizzato i dati che riguardano i percorsi di inserimento lavorativo. Nell'anno 2006, a fronte di uno sforzo di avviamento al lavoro di 90 persone, con la realizzazione di *stage* e di tirocini formativi, ci sono state solo 3 nuove assunzioni. Questo dato induce a riflettere sul pregiudizio che, nonostante i successi delle esperienze precedenti, è ancora pesante nei confronti del malato mentale nel nostro territorio.

#### 5.2.5 Uno sguardo sulle malattie rare

Un aspetto particolare della disabilità consiste nella presenza sul territorio di alcune malattie rare, non rilevanti dal punto di vista quantitativo, ma molto rilevanti per il forte impegno di cura che comportano da parte dei familiari delle persone affette da queste malattie: un impegno gravoso che spesso si protrae per molti anni.

Possiamo avere un quadro quantitativo sulle malattie rare sulla base dell'archivio delle esenzioni ticket dell'Azienda USL di Ferrara, un sottoinsieme del quale è appunto dedicato alle malattie rare. Nella tabella seguente mostriamo le malattie rare con almeno 10 casi in provincia nel 2007, le stesse malattie nel 2006 e la differenza nel numero di casi tra i due anni considerati.

**Tabella 5.16: Malattie rare in provincia di Ferrara, 2006 e 2007**

<b>Rango</b>	<b>MALATTIE RARE (con almeno 10 casi nel 2007)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Differenza</b>
1	SPRUE CELIACA	328	334	6
2	CONNETTIVITE INDIFFERENZIATA	258	281	23
3	ANEMIE EREDITARIE	98	97	-1
4	CONNETTIVITE MISTA	82	81	-1
5	DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE	53	54	1
6	DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE	54	50	-4
7	MALATTIA DI BEHCET	30	33	3
8	PEMFIGO	33	29	-4
9	DERMATOMIOSITE	30	28	-2
10	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	22	20	-2

11	SINDROME DI TURNER	20	20	0
12	CICLITE ETEROCROMICA DI FUCH	18	17	-1
13	DISTROFIE MUSCOLARI	17	16	-1
14	ADRENOLEUCODISTROFIA	10	14	4
15	CHERATOCONO	9	14	5
16	POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA DEMIELINIZZANTE	11	14	3
17	NEUROFIBROMATOSI	12	12	0
18	ALTERAZIONI CONGENITE METABOLISMO DEL FERRO	10	11	1
19	NEUROPATIE EREDITARIE	11	11	0
20	PIRIMIDINE	12	11	-1
21	POLIMIOSITE	13	11	-2
22	DISTURBI METABOLISMO E TRASPORTO AMINOACIDI	11	10	-1
23	PUBERTA' PRECOCE IDIOPATICA	8	10	2
	Altre malattie rare	260	256	-4
	<b>Totale</b>	<b>1.410</b>	<b>1.434</b>	<b>24</b>

### *La sclerosi laterale amiotrofica e la distrofia muscolare*

Due malattie rare che meritano particolare attenzione, per la loro estrema gravità e per il peculiare impegno assistenziale che comportano, sono la sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e la distrofia muscolare.

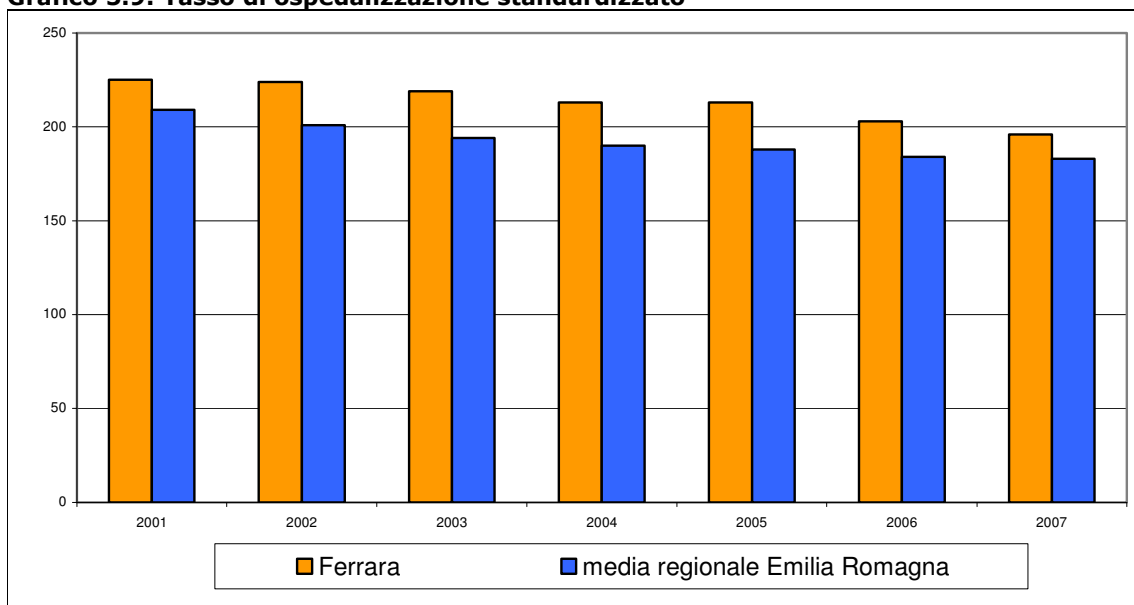
In provincia di Ferrara possiamo contare 20 casi di SLA e 16 di distrofia muscolare. Di essi gli operatori del settore segnalano alcune specificità, che rendono queste malattie di difficile approccio assistenziale: l'evoluzione complessa e inesorabile della patologia aumenta le già grandi difficoltà assistenziali, associate alla sofferenza psicologica dovuta al mantenimento delle capacità cognitive inalterate, e alla frustrazione dei familiari nell'affrontare le varie fasi della malattia.

Anche se dal punto di vista epidemiologico non si tratta di fenomeni rilevanti (l'incidenza della SLA è pari a 2,4 per 100.000 abitanti), la complessità assistenziale di questi "pochi" pazienti si traduce in una crescente pressione sui servizi socio-sanitari, a cui viene chiesto di predisporre percorsi strutturati su più fronti, al fine di migliorare la qualità assistenziale e di essere di supporto alla famiglia.

## 5.3 La morbosità

### *Il carico di malattia a Ferrara*

**Grafico 5.9: Tasso di ospedalizzazione standardizzato**



Da lunghi anni Ferrara registra costantemente tassi di ricovero più elevati della media regionale. La differenza del tasso di ricovero totale è pari al 7% nel 2006, quella del ricovero ordinario è pari al 6%.

Esiste dunque una maggiore richiesta di assistenza da parte dei ferraresi, non inquadrabile in una semplice cornice di maggiore ricorso ad una particolare forma di assistenza (il ricovero ospedaliero visto come garanzia di qualità).

Si può ragionevolmente ipotizzare che si tratti della naturale conseguenza di una situazione epidemiologica peculiare, caratterizzata da elevati carichi per alcune malattie croniche, superiori alle prevalenze osservate nelle altre province della regione.

L'ipotesi trova conferma nell'analisi di alcuni dati epidemiologici desunti da vari flussi informativi regionali.

La tabella riporta i risultati di una stima approssimativa dell'ammontare dell'eccesso di prevalenza ipotizzato per alcune malattie croniche. Al fine di eliminare la possibile distorsione legata all'elevato indice di invecchiamento della popolazione ferrarese, la stima è stata operata sulla popolazione in età inferiore a 65 anni, salvo ipertensione e ipercolesterolemia, per le quali si è operato sulla popolazione inferiore a 69 anni. il valore atteso sulla base della media regionale.

**Tabella 5.17: Stima del numero eccedente di persone con età < 65 anni, affette da alcune patologie croniche.**

Patologie croniche	N. casi eccedenti (stima)
diabete tipo 2	2.349
ipertensione arteriosa	3.835 (età<69 anni)
Ipercolesterolemia	330 (età<69 anni)
Asma	490
Tumore: casi incidenti	130
Tumore: casi prevalenti	500
insufficienza respiratoria cronica	157
malattie autoimmuni	992
<i>Talassemia major</i>	70

L'eccesso di prevalenza atteso può sembrare modesto, in termini assoluti; in realtà il carico assistenziale (e economico) è imponente.

#### *Diabete mellito*

Ferrara da molti anni ha avviato programmi di ricerca dei diabetici. Logica conseguenza di queste campagne di prevenzione è una prevalenza di diabete nettamente superiore alla media regionale (5,3% di esenzioni contro una media regionale pari a 3%). L'azienda dispone ora di un registro di patologia alimentato dai dati provenienti da tutti i Centri Antidiabete e dai sanitari che assistono pazienti diabetici; la percentuale di persone con diabete fornita dal registro è riportata nella prima riga della tabella: il 5,5% della popolazione ferrarese risulta diabetica, con lievi variazioni dal 5 al 6% nei tre distretti.

**Tabella 5.18: Prevalenza del diabete mellito e tassi di ospedalizzazione per diabete mellito**

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Prevalenza stimata diabete tipo1° e tipo2°*	5,6%	6%	5%	5,5%	n.d.
Esenzione ticket per diabete **	5,3%	5,9%	4,4%	5,3%	3%
n° di persone ricoverate per diabete ***	234	125	79	438	4703
Ricoveri per diabete sul totale dei ricoveri	1,3%	1,2%	1,1%	1,3%	1,1%

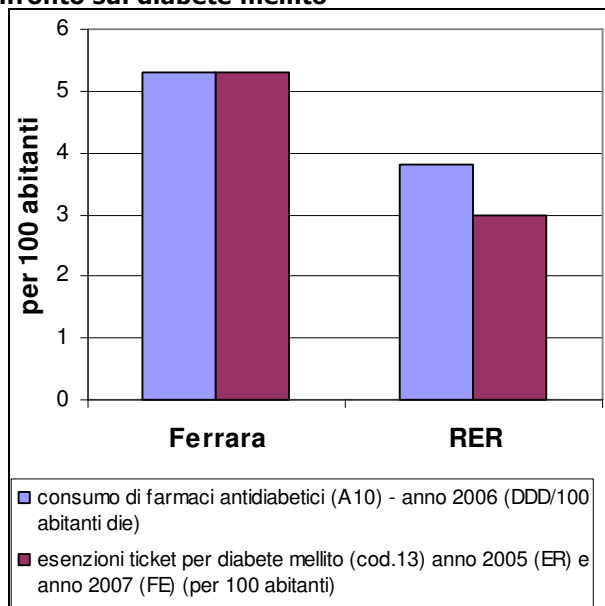
Fonti: \*registro azienda USL Diabete, 2004 \*\* Dipartimento cure primarie, 2005 \*\*\* Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO 2004 (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione) I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (cod. 250)

La mancanza di un analogo registro regionale di patologia ostacola un confronto omogeneo; tuttavia l'esistenza di una buona corrispondenza tra il dato del registro ferrarese e il dato fornito dalle esenzioni ticket (rispettivamente 5,5% contro 5,3%) lascia supporre che quest'ultimo flusso di dati rappresenti abbastanza fedelmente anche la situazione regionale per questa malattia.

Il grafico pone a confronto la situazione ferrarese con la media regionale rispetto a due indicatori:

1. proporzione di persone con diabete (desunta dalle esenzioni ticket per l'Emilia Romagna e dal registro per il diabete mellito per Ferrara);
2. consumo di farmaci antidiabetici (espresso come DDD per 100 residenti).

**Grafico 5.10: Dati a confronto sul diabete mellito**



Si può ipotizzare che la discrepanza fra i territori a confronto sia da attribuire alle diverse performances di controllo terapeutico espresse nei territori confrontati. E ciò in quanto il consumo di farmaci antidiabetici è legato ai modelli assistenziali adottati nei diversi territori (la distribuzione degli antidiabetici mediante le farmacie convenzionate è solo uno dei tre possibili canali e risulta utilizzato in percentuali diverse nelle diverse aziende sanitarie).

In conclusione:

1. l'entità della coorte ferrarese di diabetici non è sovrastimata (concorda con il consumo di antidiabetici, che sono farmaci assai specifici), anzi è in linea con la prevalenza stimata in una recente pubblicazione<sup>86</sup> statunitense (diabete pari al 5,6% della popolazione);
2. l'assistenza fornita ai diabetici ferraresi delinea un profilo di costo più razionale (attraverso la distribuzione diretta, legata anche a una più stretta azione di counselling per il controllo ottimale della glicemia attraverso gli stili di vita);
3. ci si può chiedere se il divario del dato medio regionale rispetto a questa stima non esprima l'effetto di un ritardo nella diagnosi di diabete mellito per una quota della popolazione emiliano – romagnola a rischio<sup>87</sup>.

## Conclusioni

Per definire la "disabilità" l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato nel 2001 la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF); secondo la nuova

<sup>86</sup> American Diabetes Association - Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007. *Diabetes Care* 31:596-615, 2008

<sup>87</sup> U.S. Preventive Services Task Force - Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med.* 2003;138:212-214.



classificazione, "disabilità" è una condizione di salute in un ambiente sfavorevole, senza separazione tra "sani" e "disabili". Non sono disponibili statistiche secondo le definizioni ICF dell'OMS ma neppure secondo le precedenti classificazioni; le "certificazioni", rilasciate per motivi di assistenza, che fanno da riferimento ai dati sulla riabilitazione, la scuola e il lavoro, non offrono dati completi.

La misura della qualità della vita collegata alla salute consente di misurare il peso delle malattie e delle disabilità.

Uno dei metodi maggiormente utilizzati a livello internazionale è quello dei "giorni in cattiva salute". La qualità della vita valutata con questo metodo è risultata fortemente correlata allo stile di vita in generale, nonché alla presenza di alcune malattie croniche.

Il grafico 5.3 riporta il numero medio di giorni in cattiva salute, distinguendo per motivi fisici e per motivi psicologici, e il numero medio di giorni con completa inattività (difficoltà nello svolgere le normali attività quotidiane).

All'interno della provincia si osserva una certa disomogeneità, con un maggior numero di giorni in cattiva salute nel distretto Sud-Est.

La tabella riassume alcuni dati sulla situazione della disabilità in provincia di Ferrara per l'anno 2007. I dati sulle esenzioni ticket e sulle invalidità civili riconosciute ci mostrano un quadro complessivo sulla disabilità nel quale i "risultati" più critici riguardano il distretto Sud-Est.

	<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>Distretto Ovest</b>	<b>Distretto Sud -Est</b>	<b>Provincia</b>	<b>Emilia Romagna</b>
Numero persone con esenzione ticket	57.806	20.558	35.270	113.634	-
Proporzione di persone con esenzione ticket (per 1.000)	326,7	277,7	344,7	321,6	211,7
Numero anziani con indennità di accompagnamento (I.D.A.)	5.662	1.949	3.117	10.728	-
Proporzione di anziani con I.D.A. (per 100 anziani)	11,9	11,5	12	11,9	-
Numero adulti con invalidità civile 100%	1.335	408	676	2.419	-
Proporzione di adulti con invalidità civile 100% (per 100 adulti)	1,22	0,88	1,06	1,1	-

Nel distretto Centro-Nord si registra un quadro complessivo simile in cui il contributo del comune capoluogo è evidenziato dal grafico 5.7.

L'analisi dei dati sulle disabilità mostra incompletezza per la mancanza di uno strumento informativo finalizzato ad identificare e quantificare il valore sociale e il carico assistenziale.

Il carico di malattia a Ferrara è superiore all'atteso, e il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, è comunque, costantemente più elevato del valore medio regionale.

Il problema della disabilità va affrontato anche (vedi altri domini) con la valutazione delle "disabilità evitabili", come gli esiti di incidenti stradali, sul lavoro e stili di vita.

Ci sentiamo di sottolineare inoltre che migliorare l'integrazione sociale delle persone con disabilità, produce un effetto benefico sul capitale sociale di una comunità.

## Dominio 6: Salute e condizioni di vita della popolazione straniera

### 6.1 La demografia della popolazione straniera

#### 6.1.1 I residenti con cittadinanza straniera in provincia di Ferrara

Tra le varie fonti disponibili sulle presenze di stranieri, abbiamo privilegiato quella relativa alle residenze anagrafiche: un dato di alta qualità, solido e molto aggiornato, che consente confronti territoriali all'interno della provincia. Il dato relativo ai permessi di soggiorno, fornito dal Ministero dell'Interno, è molto approssimativo per quanto riguarda i minori di 14 anni (il cui ammontare è solo stimato), comprende al suo interno dati molto diversi per quanto riguarda la natura della presenza della persona straniera, anche se probabilmente darebbe una maggiore copertura delle presenze effettive. Infatti, l'ammontare della popolazione straniera presente in provincia di Ferrara, stimato sulla base dei permessi di soggiorno, era pari, al 31/12/2005, a circa 16.800 unità. Alla stessa data i residenti erano 13.442 pertanto si può ipotizzare che le residenze anagrafiche sottostimino le presenze (anche temporanee) di circa 3.350 unità (il 20%).

Passiamo ora ad analizzare i dati sulle residenze anagrafiche, forniti dalle anagrafi comunali. Occorre in primo luogo ricordare che:

- non sono ovviamente conteggiate, in quanto sfuggono a qualsiasi rilevazione ufficiale, le presenze irregolari e clandestine;
- non comprendono le numerose "domiciliazioni", più o meno temporanee, presso i centri di accoglienza, presso le associazioni di volontariato, presso amici e parenti, che non hanno ancora messo in moto l'iter burocratico per ottenere il riconoscimento della residenza;
- non tengono conto della sola ospitalità offerta da molte famiglie, nel contesto dei lavori domestici o di assistenza continuata a persone anziane (badanti).

Nonostante questi limiti riguardanti la copertura statistica della reale presenza dei cittadini stranieri sul territorio, i dati di origine anagrafica rappresentano uno dei più significativi indicatori del "grado di stabilizzazione" e di "integrazione" delle presenze straniere nel territorio provinciale.

**Tabella 6.1: La popolazione straniera residente nelle province dell'Emilia-Romagna**

Province	Stranieri residenti 01/01/95	Popolazione residente 01/01/95	% stranieri su popolazione residente	Stranieri residenti 01/01/07	Popolazione residente 01/01/07	% stranieri su popolazione residente	Incremento % totale - 2007-1995	Incremento % stranieri- 2007-1995
Bologna	13.454	905.867	1,49	65.831	954.682	6,90	5,4	389,3
<b>Ferrara</b>	<b>1.841</b>	<b>355.338</b>	<b>0,52</b>	<b>15.548</b>	<b>353.304</b>	<b>4,40</b>	<b>-0,6</b>	<b>744,5</b>
Forlì-Cesena	2.407	351.235	0,69	25.757	377.993	6,81	7,6	970,1
Modena	10.412	609.509	1,71	59.943	670.099	8,95	9,9	475,7
Parma	5.944	391.822	1,52	33.950	420.056	8,08	7,2	471,2
Piacenza	2.793	266.467	1,05	24.408	278.366	8,77	4,5	773,9
Ravenna	4.192	349.982	1,20	26.103	373.446	6,99	6,7	522,7
Reggio Emilia	7.723	429.966	1,80	46.757	501.529	9,32	16,6	505,4
Rimini	3.631	264.766	1,37	19.779	294.110	6,73	11,1	444,7
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>52.397</b>	<b>3.924.952</b>	<b>1,33</b>	<b>318.076</b>	<b>4.223.585</b>	<b>7,53</b>	<b>7,6</b>	<b>507,1</b>

Fonte: RER

Se si delinea un quadro della dinamica del numero di stranieri residenti negli ultimi dodici anni (dall'1.1.1995 all'1.1.2007; vedi tabella), emergono interessanti variazioni nel rapporto fra il totale dei residenti e gli stranieri residenti nei diversi contesti, regionale e ferrarese.

Nel contesto della regione Emilia-Romagna il trend di crescita dei residenti stranieri si presenta molto consistente: dalle 52.397 unità alle 318.076 unità (+507,1%), con un'incidenza sul totale della popolazione regionale che è salita dall'1,33% al 7,53%; soprattutto per effetto

dell'incremento delle presenze straniere, infatti, i residenti complessivi sono passati da 3.924.952 a 4.223.585, con un incremento pari a 7,6%.

Nel territorio ferrarese infine, pur considerando che all'inizio del 1995 il numero di stranieri presenti era molto esiguo e che ciò può accentuare il valore dell'incremento percentuale, l'incremento degli stranieri residenti è stato comunque molto più sostenuto: dalle 1.841 unità alle 15.548 unità (+ 744,5%), con un'incidenza sul totale della popolazione provinciale che è salita dallo 0,52% al 4,4%. È interessante notare il fatto che, nonostante il consistente apporto migratorio degli stranieri, nel corso dei dodici anni considerati la provincia di Ferrara – unica nel contesto regionale - ha comunque visto un calo della propria popolazione (-0,6%).

Nonostante la crescita sostenuta degli ultimi anni, la provincia di Ferrara rimane all'ultimo posto nella graduatoria regionale degli stranieri residenti, con un'incidenza percentuale degli stranieri sul totale della popolazione che rimane ancora molto inferiore alla media regionale (4,40% contro il 7,53%).

Tra la fine del 1999 e la fine del 2006, in provincia di Ferrara, i cittadini stranieri residenti sono passati da 3.432 a 15.548 con un incremento pari al 353%. Rispetto alla popolazione complessiva, invece, l'incidenza degli stranieri era pari a 0,99%, alla fine del 1999, ed è salita al 4,4% alla fine del 2006.

### 6.1.2 Gli stranieri residenti in provincia di Ferrara, nei comuni e nei distretti

Se prendiamo in esame, nel periodo dal 1999 al 2006, gli stranieri residenti nei singoli comuni della provincia e nei distretti sanitari, si nota che l'aumento degli stranieri residenti non è stato omogeneo e presenta marcate differenze tra i singoli comuni che la tabella descrive.

**Tabella 6.2: Andamento delle variazioni delle presenze straniere, per comune e per Distretto**

Comune	1999	% sul totale 1999	2006	% sul totale 2006	Incid. 1999	Incid. 2006
Berra	35	1,02%	236	1,52%	0,6	4,2
Copparo	74	2,16%	449	2,89%	0,4	2,5
Ferrara	1.468	42,77%	5.875	37,79%	1,1	4,4
Formignana	24	0,70%	90	0,58%	0,8	3,1
Jolanda di Savoia	12	0,35%	68	0,44%	0,3	2,1
Masi Torello	12	0,35%	63	0,41%	0,5	2,7
Ro	48	1,40%	99	0,64%	1,2	2,8
Tresigallo	41	1,19%	162	1,04%	0,8	3,5
Voghiera	14	0,41%	73	0,47%	0,4	1,9
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>1.728</b>	<b>50,35%</b>	<b>7.115</b>	<b>45,76%</b>	<b>1,0</b>	<b>4,0</b>
Bondeno	185	5,39%	886	5,70%	1,2	5,7
Cento	473	13,78%	2.055	13,22%	1,6	6,2
Mirabello	32	0,93%	189	1,22%	1,0	5,5
Poggio Renatico	54	1,57%	466	3,00%	0,7	5,4
Sant'Agostino	95	2,77%	507	3,26%	1,6	7,6
Vigarano Mainarda	24	0,70%	243	1,56%	0,4	3,5
<b>Distretto Ovest</b>	<b>863</b>	<b>25,15%</b>	<b>4.346</b>	<b>27,95%</b>	<b>1,3</b>	<b>5,9</b>
Codigoro	30	0,87%	294	1,89%	0,2	2,3
Comacchio	190	5,54%	615	3,96%	0,9	2,7
Goro	13	0,38%	40	0,26%	0,3	1,0
Lagosanto	20	0,58%	50	0,32%	0,5	1,1
Massafiscaglia	16	0,47%	55	0,35%	0,4	1,5
Mesola	104	3,03%	195	1,25%	1,4	2,7
Migliarino	23	0,67%	165	1,06%	0,6	4,4
Migliaro	14	0,41%	86	0,55%	0,6	3,7
Ostellato	48	1,40%	208	1,34%	0,7	3,1
Portomaggiore	108	3,15%	957	6,16%	0,9	7,8
Argenta	275	8,01%	1.422	9,15%	1,3	6,4
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>841</b>	<b>24,50%</b>	<b>4.087</b>	<b>26,29%</b>	<b>0,8</b>	<b>4,0</b>
<b>Totale provincia</b>	<b>3.432</b>	<b>100,00%</b>	<b>15.548</b>	<b>100,00%</b>	<b>1,0</b>	<b>4,4</b>

Fonte: anagrafi comunali e RER

Riassumendo, si può affermare che l'aumento più rilevante della popolazione straniera ha interessato i comuni di dimensioni medie e medio-grandi oppure i comuni di piccole dimensioni

situati vicino al Comune capoluogo, probabilmente in relazione alla maggiore disponibilità abitativa e al costo degli affitti più contenuto.

- il Distretto Centro-Nord ha visto aumentare abbastanza poco la quota di stranieri dall'1% al 4%. Nel Distretto solo il capoluogo ha una presenza rilevante di stranieri (4,4%);
- il Distretto Ovest, che già nel 1999 contava una quota elevata di stranieri, è anche quello che è cresciuto di più raggiungendo alla fine del 2006 il 5,9%. D'altra parte ciò è spiegabile soprattutto con la maggiore attrattiva occupazionale tipica del Distretto Ovest. In questo Distretto due comuni fanno la parte del leone: a Sant'Agostino la quota di stranieri è in linea con il livello regionale (7,6%) ed è molto rilevante anche la quota di Cento (6,2%).
- il Distretto Sud-Est è cresciuto poco, praticamente allo stesso livello del Centro-Nord (è passato dallo 0,8% al 4%). In alcuni comuni del Distretto Sud-Est la presenza di stranieri è quasi nulla: a Goro raggiunge appena l'1%, a Lagosanto l'1,1%. Rispetto a questo quadro fanno eccezione due situazioni particolari: quella di Portomaggiore (con una quota di stranieri del 7,8%) e quella di Argenta (6,4%).

Occorre tener presente, per vedere questi dati nella giusta luce, che i dati sugli stranieri residenti sottostimano l'effettiva presenza di cittadini stranieri, in quanto circa 2.500 di essi<sup>88</sup> non hanno chiesto la residenza nei comuni ferraresi. In particolare:

- per le domestiche e per le persone che svolgono attività continuative di cura e di assistenza a persone non autonome diversi datori di lavoro hanno offerto il semplice domicilio, senza far registrare alle anagrafi comunali la presenza di stranieri conviventi;
- diversi stranieri sono domiciliati presso amici e parenti senza aver fatto alcuna richiesta di residenza.

#### 6.1.3 Gli stranieri residenti secondo la cittadinanza

Il quadro delle presenze di stranieri in provincia di Ferrara, tra il 1999 e il 2006, è mutato non solo in senso quantitativo, con l'incremento che si è visto, ma anche nella sua composizione secondo la nazionalità di provenienza degli stranieri. Per quanto le prime due comunità straniere, quella dei marocchini e degli albanesi, siano ai primi due posti in graduatoria sia nel 1999 che nel 2006, il periodo considerato ha visto l'arrivo nella nostra provincia di comunità straniere nuove, prima del tutto assenti, e il notevole incremento di altre comunità prima presenti solo in modo molto modesto.

Vediamo l'evoluzione che hanno avuto nel tempo quelle che oggi sono le prime dieci comunità straniere.

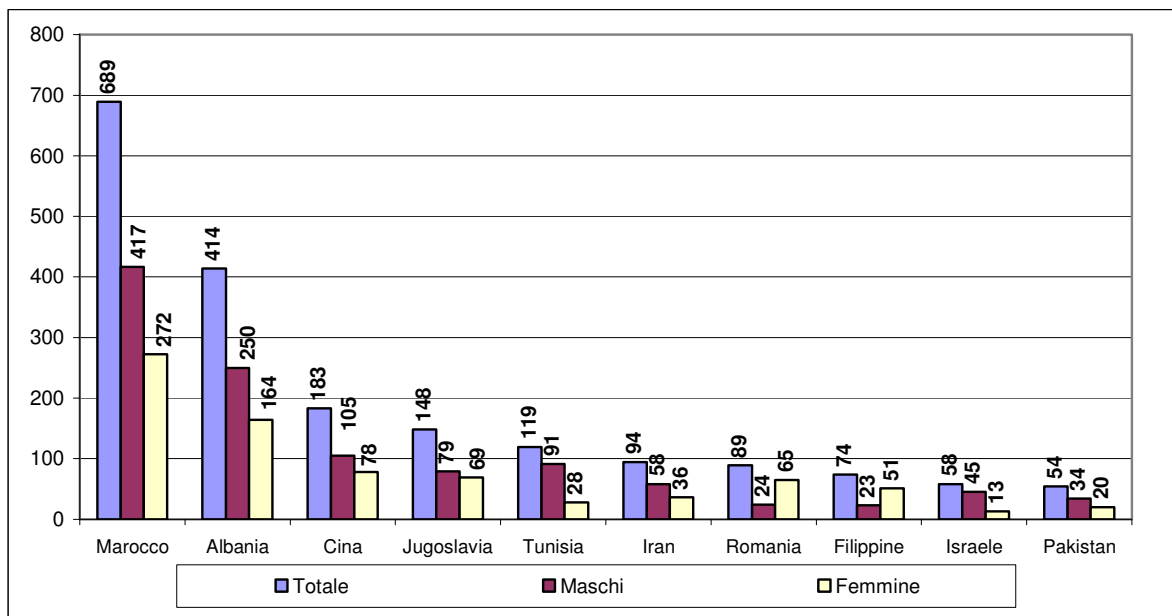
- 1) Cittadini del Marocco: sono 2.973, soprattutto uomini. Erano al primo posto anche nel 1999.
- 2) Cittadini albanesi: sono 1.883, soprattutto uomini. Erano al secondo posto anche nel 1999.
- 3) Cittadini ucraini: sono 1.571, quasi tutte donne. Non erano presenti (tra i primi dieci paesi) nel 1999.
- 4) Cittadini pakistani: sono 1.216, soprattutto maschi. Nel 1999 vi era una comunità ridottissima di pakistani: 54 persone.
- 5) Cittadini cinesi: sono 967, divisi quasi a metà tra uomini e donne. Nel 1999 erano al terzo posto nella graduatoria, ma hanno comunque avuto un notevole incremento.
- 6) Cittadini rumeni: sono 961, soprattutto donne. Erano appena 89 nel 1999.
- 7) Cittadini moldavi: sono 768, soprattutto donne. Non erano presenti nel 1999.
- 8) Cittadini tunisini: sono 640, soprattutto uomini. Nel 1999 erano al quinto posto. Sono aumentate in misura maggiore le donne, segnalando così la presenza di percorsi di ricongiungimento familiare una fase, questa, che solitamente prelude alla permanenza stabile.
- 9) Cittadini polacchi: sono 480, quasi tutte donne. Non erano presenti nel 1999.
- 10) Cittadini della Nigeria: sono 335, equamente divisi tra uomini e donne. Non erano presenti nel 1999. Si tratta di un flusso nuovo e particolarmente interessante perché in gran parte alimentato da persone che hanno richiesto l'asilo politico.

---

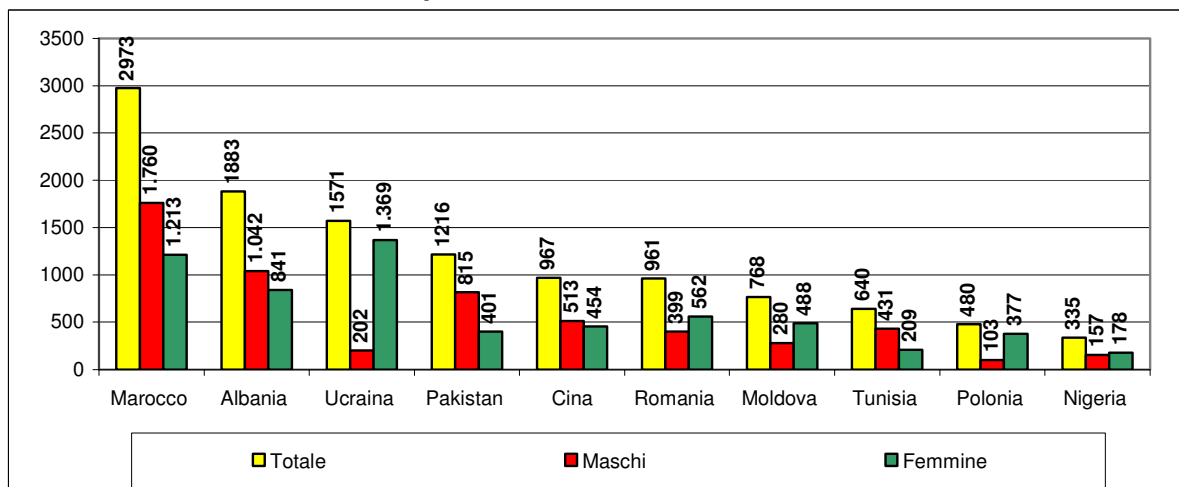
<sup>88</sup> Secondo la stima dell'Osservatorio provinciale sull'immigrazione

Altro dato interessante che si può osservare confrontando i dati relativi a agli anni suddetti, è la progressiva tendenza alla concentrazione, in poche comunità prevalenti, degli stranieri presenti sul territorio. Nel 1999 nelle prime 15 nazionalità erano concentrati solo il 64,4% degli stranieri (vi era cioè una forte dispersione tra le varie cittadinanze, ognuna rappresentata da poche persone), mentre nel 2006 le prime 15 nazionalità ricoprono l'83,3% del totale degli stranieri, lasciando alle rimanenti nazionalità una quota largamente minoritaria. Il 41,3% delle presenze straniere è dovuto a tre soli Paesi di origine: Marocco, Albania e Ucraina.

**Grafico 6.1: Stranieri residenti in provincia di Ferrara – Prime 10 nazionalità – 31.12.1999**



**Grafico 6.2: Stranieri residenti in provincia di Ferrara – Prime 10 nazionalità- 31.12.2006**



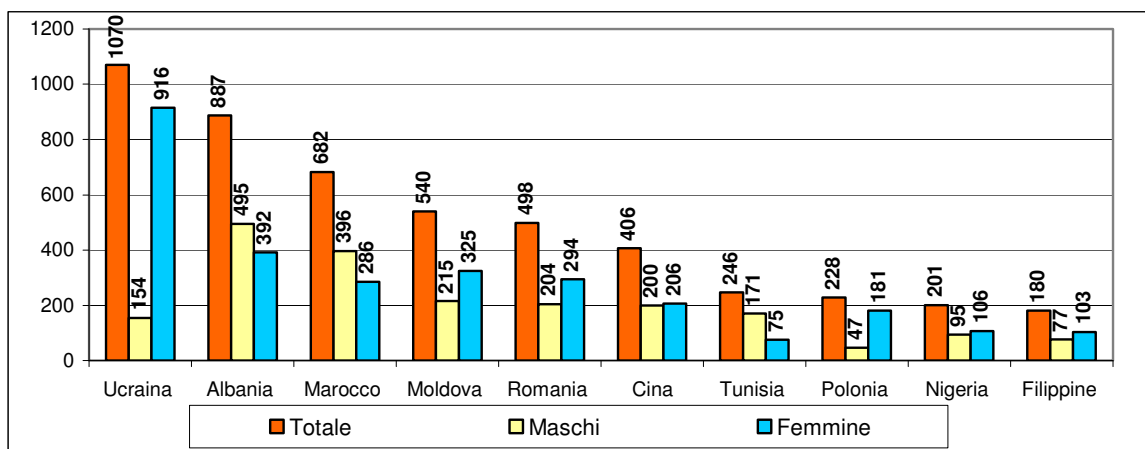
I tre distretti sanitari presentano tra loro caratteristiche, quanto alle diverse comunità di stranieri residenti, assai differenziate. Vediamo quali.

#### *Distretto Centro-Nord*

Nel Distretto Centro-Nord, che comprende il capoluogo, sono residenti 7.115 stranieri. La comunità più forte è quella ucraina, quasi esclusivamente formata da donne, che rappresenta da sola il 15% del contingente straniero totale e il 23,1% delle donne straniere. Ciò si spiega con la forte richiesta di personale domestico e di cura (le "badanti"), in larga misura femminile, da parte del capoluogo (che, come noto, è caratterizzato da una fortissima presenza di anziani,

molti dei quali soli). In questo senso va letto anche il dato relativo alle moldave (325 donne) e alle rumene (294 donne).

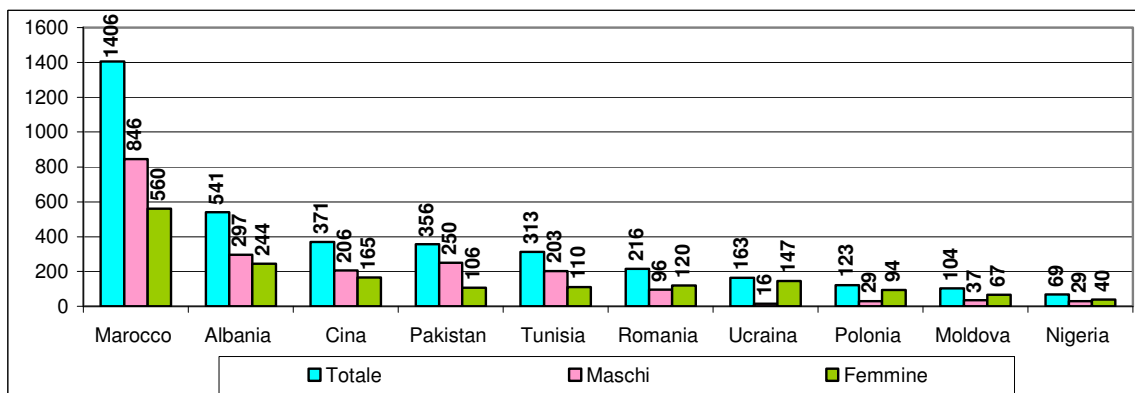
**Grafico 6.3: Stranieri residenti nel Distretto Centro-Nord – Prime dieci nazionalità al 31.12.2006 -**



#### Distretto Ovest

Gli stranieri residenti nel Distretto Ovest, il cui contingente complessivo è meno numeroso in termini assoluti (4.346 persone), presentano caratteristiche assai diverse rispetto al Distretto Centro-Nord. Il Distretto Ovest offre una ben diversa attrattiva in termini lavorativi ed è in grado di attirare lavoro legato non solo ad attività domestiche e di cura, ma anche manifatturiero e agricolo, soprattutto di qualifica medio-bassa. Si spiega così la presenza massiccia della comunità marocchina, in maggioranza maschile, che da sola ricopre il 32,4% degli stranieri residenti. È però interessante notare che è molto forte anche la presenza femminile, segno che si sono già avviati da qualche tempo i processi di ricongiungimento familiare. Discorso analogo si può fare per gli albanesi, che troviamo al secondo posto, i quali, essendo di fatto la comunità di più lunga permanenza, sono presenti con le famiglie e quindi in misura pressoché equivalente tra uomini e donne. Assolutamente peculiare del Distretto Ovest è invece la forte presenza della comunità cinese, spiegabile con lo spiccato dinamismo commerciale ed imprenditoriale tipico di questa comunità, che evidentemente trova nel "Distretto industriale" del Centese e dell'alto ferrarese una buona base di insediamento per le proprie attività commerciali e di piccola manifattura. Anche questa comunità, che tradizionalmente conserva una certa "chiusura" culturale e sociale nel contesto delle comunità ospitanti, è composta quasi sempre da intere famiglie (famiglie che quasi sempre *coincidono* con le imprese), e quindi uomini e donne vi sono rappresentati in modo quasi equivalente. Al quarto e quinto posto troviamo, rispettivamente, la comunità pakistana e tunisina, che sono entrambe di composizione prevalentemente maschile.

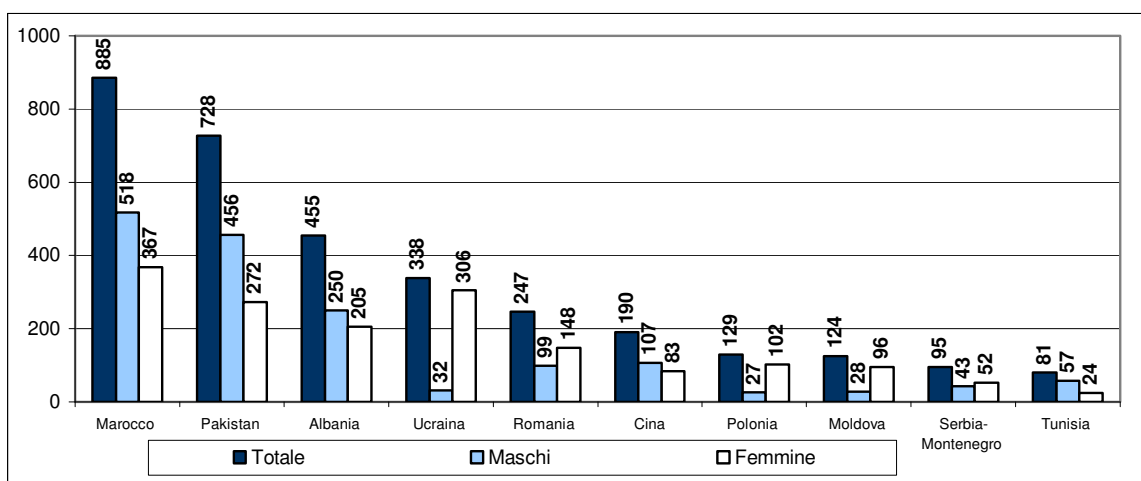
**Grafico 6.4: Stranieri residenti nel Distretto Ovest – Prime dieci nazionalità al 31.12.2006**



### Distretto Sud-Est

Gli stranieri residenti nel Distretto Sud-Est, il cui contingente complessivo è poco numeroso (4.087 persone), presentano caratteristiche molto diverse rispetto al Distretto Centro-Nord, e in parte simili a quelle del Distretto Ovest. Anche in questo caso, si tratta di caratteristiche in parte dovute alle diverse peculiarità economiche di questo territorio. Si tratta infatti di un territorio in grado di richiamare lavoro, soprattutto in agricoltura e in edilizia, di qualifica medio-bassa; ciò si riflette in modo evidente sulle comunità presenti nel Distretto Sud-Est e di conseguenza anche sul genere prevalente in tali comunità. La comunità più forte è quella marocchina (21,7% del totale), con 885 persone, 518 delle quali maschi. Al secondo posto si segnala la forte presenza della comunità dei pakistani (17,8%), anch'essi in gran parte uomini. Abbiamo al terzo posto gli albanesi (11,1%), la comunità di permanenza più "antica", equamente distribuiti tra uomini e donne. Per trovare una comunità con caratteristiche simili a quelle del capoluogo e del Distretto Centro-Nord dobbiamo andare al quarto posto, dove troviamo le donne ucraine (sono 306, mentre va segnalato che gli ucraini di sesso maschile sono solo 32).

**Grafico 6.5: Stranieri residenti nel Distretto Sud-Est – Prime dieci nazionalità al 31.12.2006**



#### 6.1.4 La struttura per età degli stranieri

È noto che il fenomeno dell'immigrazione straniera è caratterizzato da una forte presenza, a partire dallo stesso evento migratorio, delle classi di età più giovani. Tali classi sono quelle che, nella scelta di emigrare dai paesi di origine, vengono "selezionate" per rendere massima la probabilità di trovare un'occupazione, e per facilitare una eventuale futura permanenza prolungata, o un eventuale inserimento definitivo nel Paese di arrivo. In questo fa in parte eccezione il fenomeno delle "badanti" provenienti dall'Est Europa e dall'ex blocco sovietico, per le quali essere di "mezza" età (oltre i 40 anni) non è ostacolo e anzi in determinati casi può risultare un vantaggio al reperimento di un'attività lavorativa.

A rendere ancora più caratterizzate dalle classi giovani contribuisce poi, in quei casi in cui l'immigrazione è di più lunga data, la maggiore fecondità delle comunità straniere, le quali, almeno nella prima fase della loro "integrazione" tendono a riprodurre il loro proprio modello riproduttivo e non ad imitare quello "italiano" od "occidentale". Anche qui, il discorso è molto generale e meriterebbe qualche distinzione: è infatti noto che alcune comunità straniere (Est Europa) hanno modelli riproduttivi sostanzialmente identici a quelli tipici dell'Europa Occidentale, mentre è soprattutto alle comunità provenienti da aree culturali diverse da quella europea-occidentale (Paesi arabi e africani) che si possono attribuire comportamenti riproduttivi differenti.

Per quanto riguarda la provincia di Ferrara, la sua peculiarità rispetto al resto della regione consiste nel fatto che l'immigrazione straniera è piuttosto recente (i primi flussi consistenti arrivano dopo il 2000), ciò comporta che:

- da un lato, il contingente straniero è formato dalle stesse persone giovani che sono arrivate pochi anni fa, con una quota del tutto irrilevante di anziani (mentre gli immigrati che oggi

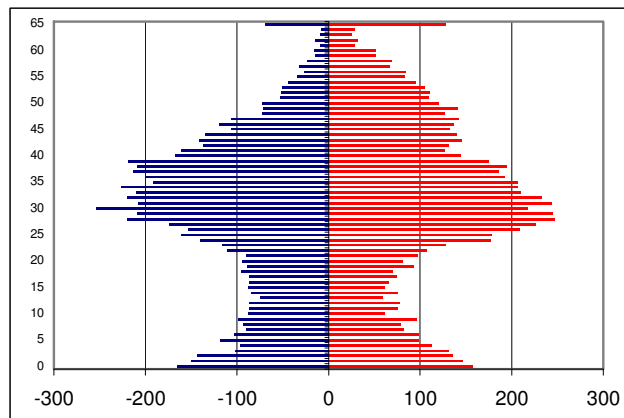
sono anziani, arrivati in Italia diversi anni fa "da giovani", cominciano a "vedersi" in altre province);

- dall'altro, sono ancora poco rappresentati i figli delle famiglie immigrate (con la sola eccezione delle comunità marocchina e albanese, presenti da più tempo nel nostro territorio), perché il fenomeno dei ricongiungimenti familiari sta prendendo piede solo in questi ultimi anni; è prevedibile, pertanto, che nei prossimi anni si assista ad un forte aumento delle classi di età più giovani, alimentate in misura crescente dalle nuove nascite;
- a ciò si aggiunga la forte presenza delle comunità di "badanti" dell'Est Europa, quasi sempre sole, senza figli e con una scarsa propensione al ricongiungimento (soprattutto nel Distretto Centro-Nord): ciò contribuisce a rendere un po' più elevata l'età media complessiva del contingente straniero nella nostra provincia.

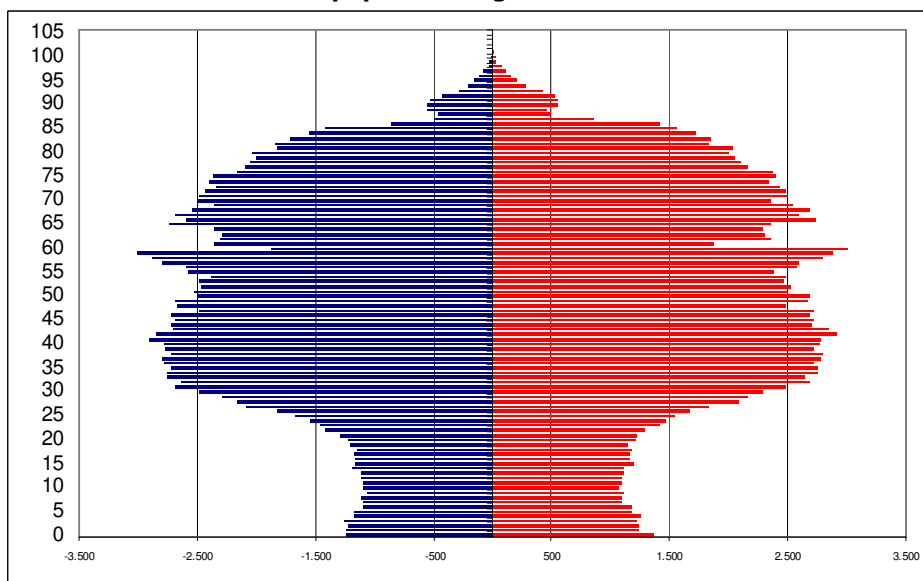
Una sintesi grafica efficace di quanto detto si può ricavare osservando la piramide delle età della popolazione straniera, messa a confronto con quella della popolazione generale.

Si può notare la forte presenza delle classi di età tra 20 e 45 anni, unitamente alla notevole presenza delle classi dei bambini tra zero e 5 anni (questo conferma che i ricongiungimenti familiari sono recenti). È facile osservare che la base della piramide tende ad allargarsi, questo significa che nei prossimi anni le classi di età "giovannissime" (primi anni di vita) aumenteranno. È, infine, curioso il fenomeno delle immigrate dell'Est Europa: è ben visibile la rappresentativa delle sole femmine, in età compresa tra 45 e 55 anni (mentre nelle stesse età i maschi tendono a diminuire molto).

**Grafico 6.6: Piramide delle età della popolazione straniera – 31.12.2006 -**



**Grafico 6.7: Piramide delle età della popolazione generale – 31.12.2006**





**Tabella 6.3: Struttura per età nei due sessi**

Classe di età	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%	% su pop.gen. maschi	% su pop.gen. femmine	% su pop.gen.
0-17	1.841	24,9	1.688	20,7	3.529	22,7	8,2	8,1	8,2
18-39	3.801	51,5	3.922	48,0	7.723	49,7	8,1	8,7	8,4
40-64	1.672	22,6	2.427	29,7	4.099	26,4	2,6	3,7	3,2
65+	69	0,9	128	1,6	197	1,3	0,2	0,2	0,2
<b>Totale</b>	<b>7.383</b>	<b>100,0</b>	<b>8.165</b>	<b>100,0</b>	<b>15.548</b>	<b>100,0</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>

Come abbiamo visto, gli stranieri rappresentano in provincia di Ferrara il 4,4% della popolazione generale. Questa quota non è però omogenea per tutte le classi di età infatti, ad essere maggiormente rappresentate sono le classi di età, rispettivamente, dei minorenni (con una quota dell'8,2% della popolazione generale di pari età) e dei giovani tra 18 e 39 anni (8,4% della popolazione generale di pari età). Poco frequente è la classe tra 40 e 64 anni (3,2%), mentre è praticamente inesistente il contingente anziano, con almeno 65 anni di età (appena lo 0,2% della popolazione generale di pari età).

Se analizziamo separatamente i dati relativi ai due sessi, osserviamo che, per effetto delle rispettive "specializzazioni" lavorative dei due sessi, unitamente al recente fenomeno dei ricongiungimenti, la quota di stranieri (4,4%) è esattamente identica negli uomini e nelle donne. Più presenti nella classe di età 40-64 sono le donne, che in quella fascia ricoprono il 3,7% della popolazione generale di pari età (contro il 2,6% degli stranieri uomini).

**Tabella 6.4: Struttura per età nei tre distretti sanitari**

Classe di età	Centro Nord	%	Ovest	%	Sud-Est	%	Totale	%	Centro Nord	Ovest	Sud Est	Totale
0-17	1.350	19,0	1.146	26,4	1.033	25,3	<b>3.529</b>	<b>22,7</b>	6,7	10,8	8,4	<b>8,2</b>
18-39	3.592	50,5	2.214	50,9	1.917	46,9	<b>7.723</b>	<b>49,7</b>	8,2	10,6	7,1	<b>8,4</b>
40-64	2.070	29,1	943	21,7	1.086	26,6	<b>4.099</b>	<b>26,4</b>	3,2	3,7	2,9	<b>3,2</b>
65+	103	1,4	43	1,0	51	1,2	<b>197</b>	<b>1,3</b>	0,2	0,3	0,2	<b>0,2</b>
<b>Totale</b>	<b>7.115</b>	<b>100,0</b>	<b>4.346</b>	<b>100,0</b>	<b>4.087</b>	<b>100,0</b>	<b>15.548</b>	<b>100,0</b>	<b>4,0</b>	<b>5,9</b>	<b>4,0</b>	<b>4,4</b>

La quota di stranieri, il 4,4% a livello provinciale, raggiunge la notevole cifra del 5,9% nel Distretto Ovest, il territorio che più degli altri costituisce un'attrattiva per l'immigrazione straniera, mentre negli altri due distretti tale quota si ferma al 4%.

Per effetto soprattutto delle diverse nazionalità, a loro volta frutto di diverse scelte migratorie legate in gran parte agli aspetti produttivi ed economici dei territori di arrivo, anche la struttura per età degli stranieri non è omogenea sul territorio. Il Distretto Ovest è di gran lunga il territorio più "giovane": gli stranieri minorenni sono il 10,8% della popolazione di pari età, mentre gli stranieri tra 18 e 39 anni sono il 10,6% della popolazione di pari età. All'opposto, nel Distretto Centro-Nord i minorenni sono "solo" il 6,7% della popolazione generale dei minorenni. È da sottolineare poi il fatto che, nel Centro-Nord, quasi un terzo degli stranieri è in età compresa tra 40 e 64 anni.

## 6.2 Gli stranieri e il lavoro

### 6.2.1 La presenza di stranieri nel mercato del lavoro ferrarese

Analizzando i dati forniti dai Centri per l'Impiego dell'Amministrazione Provinciale di Ferrara, si possono rilevare importanti informazioni sulla situazione lavorativa degli immigrati non comunitari.

Per delineare un quadro complessivo sull'inserimento lavorativo dei cittadini immigrati si sono presi in esame i dati inerenti a:

- gli stranieri non comunitari iscritti per la ricerca di un'occupazione al 31 dicembre 2006;
- gli stranieri non comunitari avviati al lavoro nel 2006, sulla base delle rilevazioni trimestrali, escluso l'avvio nel settore agricolo;
- gli stranieri non comunitari che risultano al lavoro alla fine del 2006.

Le informazioni statistiche ricavabili dall'archivio dei Centri per l'Impiego, pur presentando alcuni limiti, possono essere utili per la comprensione del rapporto fra lavoro e immigrazione. Non tutti gli stranieri non comunitari, infatti, anche se in regola con il permesso di soggiorno, si presentano per iscriversi ai Centri per l'Impiego o per rinnovare nei termini prescritti la propria iscrizione, e non tutti i Centri per l'Impiego delle altre province italiane inviano la comunicazione dell'eventuale assunzione di un cittadino straniero residente nel territorio ferrarese.

Emerge, nel complesso, un quadro assai articolato delle diverse situazioni lavorative che affrontano i cittadini immigrati non comunitari e, soprattutto, il bisogno di intervenire con azioni di consolidamento degli inserimenti lavorativi e di maggiore qualificazione delle prestazioni di lavoro.

*Gli iscritti alle liste di collocamento dei Centri per l'Impiego nel 2006*

Alla data del 31 dicembre 2006 risultano iscritti per la ricerca di un'occupazione 2.669 stranieri "non comunitari". Sono compresi in questo computo i paesi neo-comunitari (polacchi, bulgari e rumeni), inclusi per ragioni di uniformità con i dati degli anni precedenti.

Rispetto alle 2.214 unità del 2005, vi è stata quindi una crescita di iscritti di 455 unità, pari a + 20,6%. Gli uomini iscritti sono 1.107, pari al 41,5% del totale (erano 889 nel 2005), mentre le donne sono 1.562, pari al 58,5% (erano 1.325).

**Tabella 6.5: Popolazione maggiorenne non comunitaria residente – 18.11.06 -**

Nazionalità	Maschi	Femmine	Totale	Residenti >=18 anni	Quota disoccupati sui residenti maggiorenni
Nigeria	54	108	162	251	64,5%
Tunisia	107	48	155	424	36,6%
Marocco	354	302	656	1.955	33,6%
Camerun	24	23	47	153	30,7%
Serbia-Montenegro	34	24	58	214	27,1%
Pakistan	158	21	179	782	22,9%
Ucraina	35	284	319	1.427	22,3%
Moldavia	29	94	123	611	20,1%
Albania	93	153	246	1.355	18,2%
Romania	34	112	146	807	18,1%
Cina	22	17	39	633	6,2%
Altri paesi	163	376	539	2.117	21,7%
<b>Totale</b>	<b>1.107</b>	<b>1.562</b>	<b>2.669</b>	<b>10.729</b>	<b>24,1%</b>

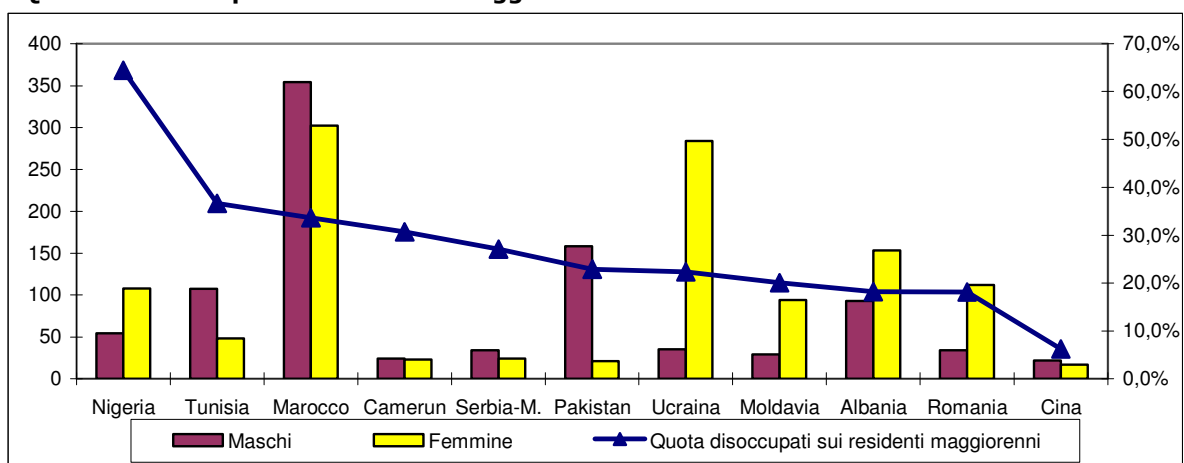
Fonte: Osservatorio Provinciale Immigrazione

Se rapportiamo questo numero alla popolazione maggiorenne non comunitaria residente al 18.11.06, che è complessivamente pari a 10.729 unità, si ottiene un "tasso di disoccupazione" alquanto elevato: circa il 24,1% contro il 5,5% rilevato alla fine del 2006 dall'Istat per la popolazione generale della provincia di Ferrara. Tale "tasso", però, dovrebbe essere opportunamente rettificato tenendo conto che molti cittadini non comunitari non hanno ancora preso la residenza (spesso sono ospiti di parenti ed amici oppure, come nel caso di numerose assistenti familiari, hanno eletto il proprio domicilio presso il proprio datore di lavoro), oppure sono impegnati in lavori stagionali od occasionali che non comportano la cancellazione dalle liste dei disoccupati. Facendo il raffronto fra i permessi di soggiorno in vigore e/o in fase di rinnovo e i residenti non comunitari e neo comunitari, si potrebbe stimare una forza lavoro effettiva di circa 16.000 unità, per cui il tasso di disoccupazione "reale" si ridurrebbe al 16,7% circa.

Tra gli uomini in cerca di occupazione (si osservi il grafico sottostante), se consideriamo le prime cinque nazionalità per numero di iscritti, si rileva:

- al primo posto i marocchini con 354 unità, pari al 32,0% del totale iscritti maschi;
- al secondo posto i pakistani con 158 unità, pari al 14,3% del totale iscritti maschi;
- al terzo posto i tunisini con 107 unità, pari 9,7% del totale iscritti maschi;
- al quarto posto gli albanesi con 93 unità, pari all'8,4% del totale iscritti maschi;
- al quinto posto i nigeriani con 54 unità, pari al 4,9% del totale iscritti maschi.

**Grafico 6.8: Iscritti alle liste di collocamento della provincia di Ferrara, secondo la nazionalità – Quota di disoccupati sui residenti maggiorenni**



Le maggiori difficoltà a trovare un lavoro da parte di marocchini e tunisini, inoltre, emergono anche prendendo in esame le sole iscrizioni femminili. Queste ultime, tra l'altro, evidenziano consistenti problemi soprattutto per le donne di pelle scura, come le nigeriane e le camerunensi. Se si tiene conto dell'entità delle iscritte, infatti tra le prime cinque in graduatoria, si nota:

- al primo posto le donne provenienti dal Marocco con 302 unità, pari al 19,3% del totale iscritti femmine;
- al secondo posto le donne provenienti dall'Ucraina, con 284 unità, pari al 18,2% del totale iscritti femmine;
- al terzo posto le donne provenienti dall'Albania con 153 unità, pari al 9,8% del totale iscritti femmine;
- al quarto posto le donne provenienti dalla Romania con 112 unità, pari al 7,2% del totale iscritti femmine;
- al quinto posto le donne provenienti dalla Nigeria con 108 unità, pari al 6,9% del totale iscritti femmine.

Per ragioni probabilmente di natura culturale, invece, risultano del tutto marginali le iscritte (17 unità) e gli iscritti (22 unità) di origine cinese (è noto che questi cittadini tendono a risolvere i problemi occupazionali nell'ambito della loro stessa comunità) e, relativamente alla componente femminile, le iscritte di origine pakistana (appena 21 unità a fronte di 381 donne residenti al 31.12.2006).

Come accennato in precedenza, può essere utile rapportare il numero degli iscritti in cerca di occupazione al numero dei residenti maggiorenni per ogni singola nazionalità rilevati al 18.11.2006 (vedi tabella sopra). In base a questo rapporto, infatti, è possibile costruire una sorta di "tasso" di disoccupazione e una graduatoria delle nazionalità con probabili maggiori difficoltà occupazionali, tenendo conto che l'indice medio di disoccupazione provinciale costruito sulla base degli stessi dati si attesta al 24,1%. Da questa graduatoria, stilata sulla base dei Paesi più rappresentativi, emerge che:

- tra i Paesi che superano l'indice medio provinciale di disoccupazione abbiamo, in ordine decrescente, la Nigeria con il 64,5%, seguita dalla Tunisia con il 36,6%, dal Marocco con il 33,6%, dal Camerun con il 30,7% e dalla Serbia-Montenegro con il 27,1%;
- tra le nazionalità che si collocano al di sotto dell'indice medio provinciale di disoccupazione troviamo, in ordine crescente, la Cina con il 6,2%, la Romania con il 18,1%, l'Albania con il 18,2%, la Moldavia con il 20,11%, l'Ucraina con il 22,3% ed il Pakistan con il 22,9%.

In sintesi, sembrano incontrare minori difficoltà occupazionali coloro che provengono dai Paesi europei non comunitari, mentre più problematico appare l'inserimento al lavoro delle persone di pelle scura (Nigeria e Camerun) e con un orientamento sociale e culturale che si ispira alla religione musulmana o, comunque, a culture diverse da quella occidentale (Tunisia, Marocco, Pakistan).

Il numero di persone in cerca di un'occupazione provenienti dall'Ucraina e dalla Moldavia, anche se l'indice di disoccupazione risulta al di sotto della media provinciale, appare comunque elevato se si considera che spesso si tratta di donne che si sono regolarizzate nel 2002-2003 come assistenti familiari.

Il fenomeno probabilmente è dovuto alla peculiarità sia dell'orientamento al lavoro, sia delle condizioni di permanenza a Ferrara che caratterizza le persone provenienti da questi Paesi.

La maggior parte di esse, infatti, dopo la regolarizzazione in qualità di "assistente familiare" o di "domestica convivente" e dopo aver svolto questa professione per alcuni anni, risente della fatica psico-fisica di un'attività lavorativa spesso logorante che non consente di vivere una propria situazione intima e familiare. Emergono così orientamenti al lavoro più selettivi (l'assistito deve essere almeno in parte autosufficiente, il luogo di lavoro deve trovarsi in città oppure in luoghi facilmente raggiungibili dai mezzi di trasporto pubblici, ecc.) e si rallentano i ritmi e i tempi di ricerca del lavoro per recuperare energie psico-fisiche, si rafforza il desiderio di uscire dal lavoro di assistente familiare, ricercando occupazioni alternative. Infine, alcune rientrano in patria per un certo periodo (di solito alcuni mesi) durante il periodo di iscrizione nelle liste dei disoccupati, allungando così i tempi di permanenza nelle liste stesse.

#### *I dipendenti occupati nelle imprese ferraresi*

Prima di procedere all'esame dei dati è opportuno ricordare che le modalità con cui si sono attivati i percorsi di emersione dal lavoro irregolare, se da un lato hanno portato alla regolarizzazione di circa 3.000 stranieri in provincia di Ferrara, dall'altro hanno reso estremamente difficile quantificare l'entità numerica degli occupati stranieri nel territorio provinciale.

La stipula del contratto di soggiorno tra datore di lavoro e straniero da regolarizzare, presso lo sportello unico per l'immigrazione, non ha consentito di aggiornare la banca dati sugli stranieri in condizione lavorativa. Nessun datore di lavoro regolarizzante, infatti, era obbligato a comunicare l'avvio di un rapporto di lavoro regolare ai Centri per l'Impiego, come avviene invece, obbligatoriamente per legge, per ogni pratica di assunzione. Oltre all'elaborazione realizzata sugli avviamenti al lavoro, si sono messi a confronto i dati tra lavoratori stranieri regolarmente assunti con comunicazione ai Centri per l'Impiego, e lavoratori stranieri regolarizzati tramite lo sportello unico della Prefettura, effettuando le opportune correzioni ed integrazioni.

L'entità e la struttura occupazionale emersa in seguito a tale confronto, visto il gran numero delle regolarizzazioni registrate a partire dal 2003, non risultano del tutto paragonabili con i dati elaborati prima del 2003, ma consentono comunque alcune riflessioni.

Lo scenario, a quasi quattro anni dall'ultima regolarizzazione, si presenta profondamente mutato, soprattutto sul versante dell'occupazione femminile.

Al 31 dicembre 2006 risultano occupati 6.491 cittadini non comunitari e neo-comunitari, di cui 3.228 maschi, pari al 49,7% del totale e 3.263 femmine, pari al 50,3% del totale.

**Tabella 6.6: Cittadini non comunitari occupati, 2000 – 2006, per genere**

	Maschi	Femmine	Totale
2000	916	413	1329
2001	1073	574	1647
2002	1334	678	2012
2003	1791	2671	4462
2004	2684	2968	5652
2005	2934	3010	5944
2006	3228	3263	6491
<b>Incremento %</b>	<b>252,4</b>	<b>690,1</b>	<b>388,4</b>

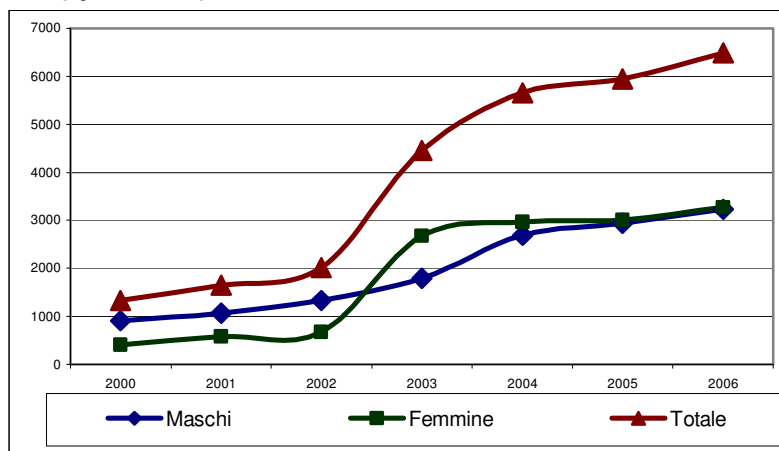
*Fonte: Osservatorio Provinciale Immigrazione*

Tra il 2000 ed il 2006 l'espansione occupazionale è stata pari a +388,4%, ma non ha accompagnato in modo armonico l'aumento dei residenti stranieri in provincia di Ferrara. Il trend di crescita degli occupati, infatti, è risultato alquanto differente rispetto a quello dei residenti, in quanto nel biennio 2002-2003 ha risentito degli effetti della regolarizzazione di circa 3.000 non comunitari e, successivamente, dell'inadeguatezza dei flussi d'ingresso,

rispetto all'effettiva domanda di assistenza familiare proveniente dalle famiglie, con il conseguente allargamento del lavoro irregolare.

A partire dal 2003, dopo la massiccia emersione dal lavoro irregolare di numerose donne inserite nell'attività di assistenza familiare, si è assistito soprattutto ad un rallentamento della crescita occupazionale della componente femminile e ad un contestuale recupero degli inserimenti lavorativi della componente maschile (si veda il grafico).

**Grafico 6.9: Cittadini extracomunitari e neocomunitari con rapporto di lavoro subordinato in provincia di Ferrara, per sesso, 2000 - 2006**



Proprio in seguito alla regolarizzazione, che ha fatto emergere la presenza di quasi duemila lavoratrici nel settore del lavoro domestico e di assistenza familiare, la nazione più rappresentata per numero di occupati è, da quattro anni, l'Ucraina con 1.267 dipendenti, pari al 19,5% del totale occupati (nel 2005 erano 1.238, pari al 20,8%).

Nel complesso i lavoratori dipendenti provenienti dall'Est Europeo rimangono di gran lunga i più numerosi, intorno al 60% del totale dell'occupazione straniera. In seconda posizione troviamo il Nord Africa (con il 16,5% circa) e in terza posizione l'Asia (con più del 13%).

#### 6.2.2 Gli stranieri e gli infortuni sul lavoro

Le tabelle che seguono riguardano gli infortuni sul lavoro, denunciati, occorsi a immigrati regolari, mentre svolgevano un'attività lavorativa nella provincia di Ferrara. Gli infortuni di cui si tratta, pertanto, riguardano anche stranieri residenti fuori del territorio provinciale.

Per tutte le tabelle contenute in questo paragrafo, i dati sono stati elaborati sulla "Banca dati degli eventi lesivi" dell'INAIL relativa all'Azienda USL di Ferrara.

*Gli infortuni per nazionalità degli infortunati*

**Tabella 6.7: Infortuni (denunciati) di stranieri, per i primi 10 Paesi di cittadinanza, 2001-2005**

Rango	Nazionalità	2001	2002	2003	2004	2005	% - 2005	Totale 2001-2005
1	MAROCCO	54	80	73	96	118	27,3	421
2	ALBANIA	31	40	57	51	58	13,4	237
3	PAKISTAN	2	3	15	23	41	9,5	84
4	ROMANIA	11	9	23	25	29	6,7	97
5	TUNISIA	14	12	25	24	23	5,3	98
6	MOLDAVIA	0	2	13	15	20	4,6	50
7	NIGERIA	1	7	2	17	16	3,7	43
7	PAESI EX-JUGOSLAVIA	6	18	21	19	16	3,7	80
8	UCRAINA	0	2	2	17	13	3,0	34
9	ALGERIA	1	7	8	6	11	2,5	33
10	CAMERUN	2	4	10	12	10	2,3	38
	Altri paesi	25	31	44	67	77	17,8	244
	<b>TOTALE</b>	<b>147</b>	<b>215</b>	<b>293</b>	<b>372</b>	<b>432</b>	<b>100,0</b>	<b>1.459</b>

Fonte: Banca dati eventi lesivi INAIL

La distribuzione degli infortuni per nazionalità degli infortunati, nel 2005, rispecchia a grandi linee la distribuzione degli stranieri residenti in provincia, soprattutto per le nazionalità in cui è prevalente il sesso maschile (Marocco, Albania, Pakistan). Quasi il 30% degli infortuni ha interessato lavoratori di nazionalità marocchina. Nel complesso, gli infortuni che hanno interessato gli stranieri sono aumentati (all'aumentare della popolazione) nel corso dei cinque anni considerati.

**Tabella 6.8: Gli infortuni secondo il comune nel quale ha avuto luogo l'infortunio e per Distretto**

Comune	2001	2002	2003	2004	2005	% - 2005	Totale	Incres.%
BERRA	3	6	2	1	0	0,0	12	
COPPARO	6	8	9	10	7	1,6	40	
FERRARA	69	87	135	161	207	47,9	659	200,0
FORMIGNANA	1	1	0	1	0	0,0	3	
JOLANDA DI SAVOIA	1	4	0	0	0	0,0	5	
MASI TORELLO	1	0	1	1	1	0,2	4	
RO	1	4	10	9	6	1,4	30	
TRESIGALLO	1	4	5	2	2	0,5	14	
VOGHIERA	0	1	1	0	0	0,0	2	
<b>Distretto Centro-Nord</b>	<b>83</b>	<b>115</b>	<b>163</b>	<b>185</b>	<b>223</b>	<b>51,6</b>	<b>769</b>	<b>168,7</b>
BONDENO	8	9	18	23	29	6,7	87	
CENTO	15	17	28	33	36	8,3	129	
MIRABELLO	0	0	2	2	3	0,7	7	
POGGIO RENATICO	2	6	11	9	15	3,5	43	
S.AGOSTINO	7	8	5	12	21	4,9	53	
VIGARANO M.	2	1	1	1	2	0,5	7	
<b>Distretto Ovest</b>	<b>34</b>	<b>41</b>	<b>65</b>	<b>80</b>	<b>106</b>	<b>24,5</b>	<b>326</b>	<b>211,8</b>
ARGENTA	5	18	21	26	26	6,0	96	
CODIGORO	7	6	10	24	24	5,6	71	
COMACCHIO	9	10	10	20	18	4,2	67	
GORO	0	0	1	1	2	0,5	4	
LAGOSANTO	0	1	1	2	2	0,5	6	
MASSA FISCAGLIA	1	3	0	1	1	0,2	6	
MESOLA	1	1	0	4	3	0,7	9	
MIGLIARINO	0	4	1	3	2	0,5	10	
MIGLIARO	1	2	1	5	2	0,5	11	
OSTELLATO	4	7	13	13	12	2,8	49	
PORTOMAGGIORE	2	7	7	8	11	2,5	35	
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>30</b>	<b>59</b>	<b>65</b>	<b>107</b>	<b>103</b>	<b>23,8</b>	<b>364</b>	<b>243,3</b>
<b>Provincia</b>	<b>147</b>	<b>215</b>	<b>293</b>	<b>372</b>	<b>432</b>	<b>100,0</b>	<b>1459</b>	<b>193,9</b>

Fonte: Banca dati eventi lesivi INAIL

Il comune capoluogo ha un ruolo fortemente attrattivo per quanto riguarda gli infortuni di stranieri: nel 2005, quasi la metà degli infortuni di stranieri è accaduta a Ferrara. Ai distretti Ovest e Sud-Est spetta, per ciascuno, circa un quarto del totale degli infortuni di stranieri. Il Distretto Sud-Est ha visto, nel quinquennio considerato, il maggiore incremento nel numero di infortuni.

*Sul totale degli infortuni, quanti riguardano lavoratori stranieri?*

A questa domanda è possibile rispondere riportando il numero di infortuni occorsi a lavoratori stranieri al numero totale di infortuni.

Tra il 2001 e il 2005 la percentuale di infortuni di stranieri è andata costantemente aumentando, passando dall'1,6% del 2001 al 5,1% del 2005.

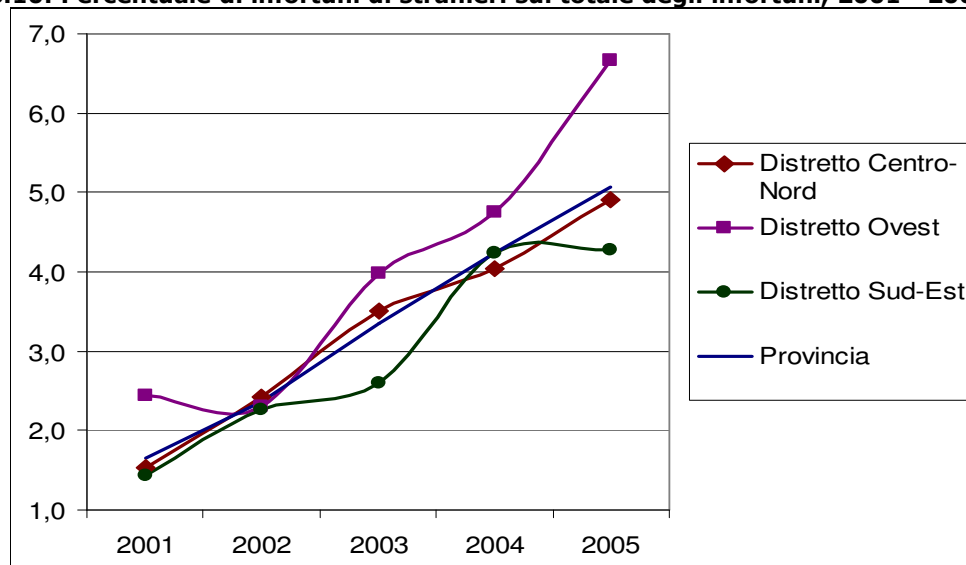
La quota di infortuni di stranieri è tutt'altro che omogenea sul territorio provinciale: nel Distretto Ovest la quota di infortuni di stranieri è pari al 6,7%, mentre nel Distretto Sud-Est è "appena" il 4,3%.

**Tabella 6.9: Infortuni di stranieri sul lavoro, 2001 - 2005**

Distretto		2001	2002	2003	2004	2005	Increment.%
<b>Centro-Nord</b>	Pop.generale	5.415	4.735	4.641	4.583	4.547	-16,0
	Stranieri	83	115	163	185	223	168,7
	<b>% inf.stranieri</b>	<b>1,5</b>	<b>2,4</b>	<b>3,5</b>	<b>4,0</b>	<b>4,9</b>	
<b>Ovest</b>	Pop.generale	1.396	1.783	1.630	1.682	1.591	14,0
	Stranieri	34	41	65	80	106	211,8
	<b>% inf.stranieri</b>	<b>2,4</b>	<b>2,3</b>	<b>4,0</b>	<b>4,8</b>	<b>6,7</b>	
<b>Sud-Est</b>	Pop.generale	2.104	2.615	2.500	2.528	2.405	14,3
	Stranieri	30	59	65	107	103	243,3
	<b>% inf.stranieri</b>	<b>1,4</b>	<b>2,3</b>	<b>2,6</b>	<b>4,2</b>	<b>4,3</b>	
<b>Provincia</b>	Pop.generale	8.915	9.133	8.771	8.793	8.543	-4,2
	Stranieri	147	215	293	372	432	193,9
	<b>% inf.stranieri</b>	<b>1,6</b>	<b>2,4</b>	<b>3,3</b>	<b>4,2</b>	<b>5,1</b>	

Fonte: Banca dati eventi lesivi INAIL

Come si può osservare dal grafico, inoltre, il Distretto Ovest è anche quello in cui la quota di infortuni di stranieri è aumentata di più nel corso del periodo considerato. Nel Distretto Centro-Nord gli infortuni di stranieri sono aumentati del 168,7%, mentre quelli della popolazione generale sono, nello stesso periodo, diminuiti del 16%.

**Grafico 6.10: Percentuale di infortuni di stranieri sul totale degli infortuni, 2001 - 2005**

In quali attività si concentrano gli infortuni degli stranieri?

**Tabella 6.10: Infortuni per settore di attività, 2001 - 2005**

Attività	2001	2002	2003	2004	2005	% 2005	Totale
Costruzioni edili, idrauliche, strade e ferrovie	9	15	62	48	56	<b>13,0</b>	<b>190</b>
Metalmeccanica	12	11	31	59	54	<b>12,5</b>	<b>167</b>
Agricoltura	13	13	14	21	33	<b>7,6</b>	<b>94</b>
Uffici e altre attività	13	12	8	22	26	<b>6,0</b>	<b>81</b>
Pulizie e nettezza urbana	1	2	5	15	19	<b>4,4</b>	<b>42</b>
Sanità e servizi sociali	8	11	3	3	14	<b>3,2</b>	<b>39</b>
Metallurgia	3	3	15	19	13	<b>3,0</b>	<b>53</b>
Chimica, plastica e gomma	2	4	7	5	11	<b>2,5</b>	<b>29</b>
Impianti	5	8	6	11	11	<b>2,5</b>	<b>41</b>

Macchine	6	7	14	6	11	2,5	44
Turismo e ristorazione	7	4	6	17	10	2,3	44
Attività commerciali	5	14	13	11	9	2,1	52
Addetti servizi domestici e familiari	1	2	3	10	9	2,1	25
Produzione di alimenti	2	6	6	6	8	1,9	28
Altro	25	34	39	48	37	8,5	
<b>Non nota</b>	<b>35</b>	<b>69</b>	<b>61</b>	<b>71</b>	<b>111</b>	<b>25,7</b>	<b>347</b>
<b>Totale</b>	<b>147</b>	<b>215</b>	<b>293</b>	<b>372</b>	<b>432</b>	<b>100,0</b>	<b>1.459</b>

Fonte: Banca dati eventi lesivi INAIL

Nel 2005, tra le attività lavorative svolte è l'edilizia che ha provocato il maggior numero di infortuni (56, il 13% del totale). Molti infortuni sono poi avvenuti nel settore metalmeccanico (12,5% del totale), seguito dall'agricoltura (7,6%). Gli infortuni nel settore edile a carico di cittadini stranieri sono aumentati, nel corso dei cinque anni considerati, del 522%.

*Gli infortuni degli stranieri secondo la definizione INAIL*

**Tabella 6.11: Infortuni sul lavoro degli stranieri per definizione INAIL<sup>89</sup>**

Definizione INAIL	2001	2002	2003	2004	2005	Totale	Totale - %
APERTA	0	1	0	1	13	15	1,0
NEGATIVA	22	29	37	60	56	204	14,0
FRANCHIGIA	24	41	44	48	79	236	16,2
REGOLARE SENZA IND.	4	2	2	1	2	11	0,8
TEMPORANEA	88	138	207	250	276	959	65,7
PERMANENTE	8	3	3	11	4	29	2,0
MORTE	1	1	0	1	2	5	0,3
<b>Totale</b>	<b>147</b>	<b>215</b>	<b>293</b>	<b>372</b>	<b>432</b>	<b>1.459</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Banca dati eventi lesivi INAIL

Nel periodo considerato, in provincia di Ferrara, la maggioranza degli infortuni non è stata fortunatamente molto grave, dando luogo a danni biologici temporanei (nel 65,7% dei casi). Gli infortuni hanno causato invalidità permanente "solo" per il 2% del totale degli infortuni. Nei cinque anni considerati gli stranieri deceduti per infortunio sul lavoro sono stati cinque (lo 0,3% del totale degli infortuni). Nel 14% dei casi la procedura INAIL per il riconoscimento dell'infortunio ha dato esito negativo.

## 6.3 La presenza di alunni stranieri nel sistema scolastico

### 6.3.1 Gli stranieri nella scuola italiana

Se si analizza la distribuzione nelle diverse regioni delle presenze di alunni stranieri, sulla base dei dati relativi all'a.s.2005/06 (gli ultimi pubblicati dal Ministero della Pubblica Istruzione) emergono notevoli differenze. In rapporto al totale degli alunni stranieri inseriti nelle scuole italiane, pari a 424.683 unità, ai primi quattro posti troviamo:

- al primo posto la Lombardia, con il 24,6%;
- al secondo posto il Veneto, con il 12,7%;
- al terzo posto l'Emilia Romagna, con il 12%;
- al quarto posto il Piemonte, con il 10%.

L'analisi effettuata dal Ministero della Pubblica Istruzione sul fenomeno del ritardo scolastico (inteso come differenza tra età anagrafica e classe di inserimento al momento dell'arrivo in Italia) induce ad alcune importanti riflessioni, in quanto dai dati relativi all'a.s. 2005/06 si può notare che:

<sup>89</sup> Definizione INAIL: vedere Dominio Lavoro e Salute, box pag. 70



- nella prima classe della scuola primaria emerge già un ritardo degli alunni stranieri del 10% circa (un alunno straniero su 10 è in ritardo, mentre per gli alunni italiani questo valore è quasi insignificante);
- il divario tra italiani e stranieri cresce considerevolmente con il progredire del livello di scolarità: nella prima classe della scuola media il ritardo sale al 47,1% (è in ritardo quasi un alunno su due), mentre nella prima classe della scuola secondaria superiore aumenta ulteriormente fino al 75% circa (più di sette studenti stranieri su dieci sono in ritardo, a fronte di 2 studenti italiani su dieci).

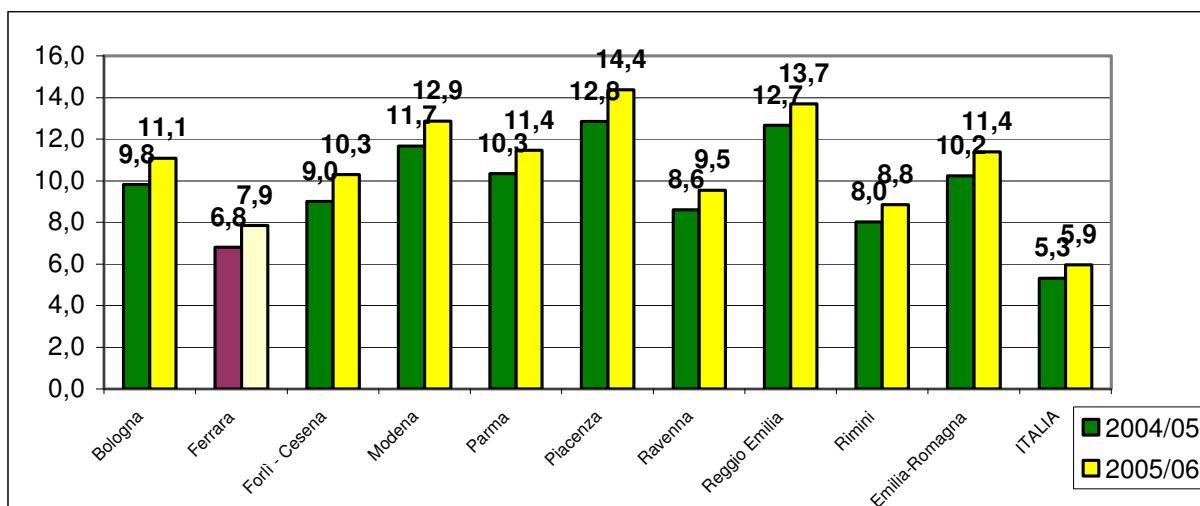
Passando ad analizzare il tipo di istituto scolastico scelto da chi frequenta le scuole secondarie superiori, possiamo notare che gli istituti superiori di tipo professionale raccolgono quasi il 41% del totale degli iscritti alla scuola secondaria di II grado, e rappresentano l'indirizzo di scuola superiore prescelto dalla maggioranza degli studenti stranieri. Per contro, gli studenti italiani che frequentano questa tipologia di scuola raggiungono appena il 19,9% del totale. Frequenta un liceo solo il 18,6% degli alunni stranieri, contro il 41,2% degli alunni italiani.

### 6.3.2 Le presenze nella scuola primaria in provincia di Ferrara

Consideriamo soltanto gli alunni iscritti nelle scuole statali visto che i bambini di cittadinanza straniera frequentano le scuole elementari statali praticamente nella totalità dei casi.

Il numero di bambini di cittadinanza straniera iscritti nelle scuole elementari della provincia di Ferrara ha ormai raggiunto valori piuttosto elevati: 1087 unità nell'a.s. 2006/07. In provincia di Ferrara, a fronte di una incidenza delle presenze straniere nella popolazione complessiva pari, alla fine del 2006, al 4,4%, gli alunni stranieri che frequentano le scuole elementari statali, nell'a.s. 2006/07 rappresentano il 9,4% del totale degli alunni iscritti. Una quota che comincia ad avvicinarsi a quella media regionale (pari all'11,4% nel 2005-06, con riferimento però a tutte le scuole, sia statali che non statali).

**Grafico 6.11: Quota di alunni stranieri nella scuola primaria, statale e non statale, nelle province emiliano romagnole e in Italia**



Questi valori in crescita confermano che in provincia di Ferrara, in relazione all'espansione dei flussi migratori riscontrata negli ultimi anni, è molto rilevante il fenomeno dei ricongiungimenti familiari, con l'arrivo di bambini in età scolare nati all'estero. Un fenomeno che, dopo la regolarizzazione iniziata nel 2002, è cresciuto velocemente.

Sulla base di dati forniti dall'Ufficio Scolastico Provinciale, relativi all'iscrizione di alunni stranieri nelle scuole primarie al 31 dicembre 2004, al 31 dicembre 2005 e al 31 dicembre 2006, che abbiamo qui aggregato per Distretto sanitario e comune capoluogo, è possibile fare alcune considerazioni sui diversi inserimenti nelle aree territoriali e sulle variazioni intervenute nel triennio.

**Tabella 6.12: Alunni stranieri iscritti nelle scuole primarie, dal a.s. 2004-05 al 2006-07**

	Totale alunni			Alunni stranieri			%		
	2004-05	2005-06	2006-07	2004-05	2005-06	2006-07	2004/05	2005/06	2006/07
FERRARA	3.885	3.939	4.070	252	317	326	6,5	8,0	8,0
Distretto Centro-Nord	4.992	5.030	5.162	326	392	415	6,5	7,8	8,0
Distretto Ovest	2.639	2.753	2.886	206	274	344	7,8	10,0	11,9
Distretto Sud-Est	3.363	3.408	3.510	235	258	328	7,0	7,6	9,3
<b>Provincia</b>	<b>10.994</b>	<b>11.191</b>	<b>11.558</b>	<b>767</b>	<b>924</b>	<b>1.087</b>	<b>7,0</b>	<b>8,3</b>	<b>9,4</b>

Fonte: Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara

In particolare, nel triennio considerato, l'incidenza degli alunni stranieri sul totale degli alunni passa dal 7,0%, all'8,3% e, infine, al 9,4%.

Non c'è omogeneità sul territorio: infatti, la quota più elevata di alunni stranieri si ha nel Distretto Ovest (11,9%), è intermedia nel Sud-Est (9,3%), mentre è bassa nel Centro-Nord (8%). Questo dato non stupisce se abbiamo presente la diversa composizione per nazionalità ed età dei tre distretti. Il grafico mette bene in evidenza il comportamento nettamente differenziato dagli altri del Distretto Ovest.

La crescita più consistente in termini assoluti si è avuta nei comuni di Vigarano Mainarda, Cento e Portomaggiore.

La presenza di bambini stranieri nelle scuole elementari può essere vista come un indicatore di stabilizzazione/integrazione dei cittadini immigrati; appare pertanto evidente come tale "integrazione" sia maggiore nelle aree in cui è più facile trovare un alloggio adeguato a prezzi contenuti, con mezzi di trasporto sufficienti a garantire i necessari livelli di mobilità sul territorio.

### 6.3.3 Le presenze nella scuola media in provincia di Ferrara

**Tabella 6.13: Alunni stranieri iscritti nella scuola media, dal a.s. 2004-05 al 2006-07**

	Totale			Stranieri			%			Incrim. %
	'04-05	'05-06	'06-07	'04-05	'05-06	'06-07	'04-05	'05-06	'06-07	
FERRARA	2.637	2.593	2.587	125	152	202	4,7	5,9	7,8	61,6
Distretto Centro-Nord	3.344	3.317	3.323	152	191	262	4,5	5,8	7,9	72,4
Distretto Ovest	1.559	1.568	1.556	103	127	166	6,6	8,1	10,7	61,2
Distretto Sud-Est	2.126	2.076	2.027	129	148	160	6,1	7,1	7,9	24,0
<b>Provincia</b>	<b>7.029</b>	<b>6.961</b>	<b>6.906</b>	<b>384</b>	<b>466</b>	<b>588</b>	<b>5,5</b>	<b>6,7</b>	<b>8,5</b>	<b>53,1</b>

Fonte: Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara

Osservando i dati forniti dall'Ufficio Scolastico Provinciale, relativi all'iscrizione di alunni stranieri nelle scuole secondarie di I grado, rispettivamente, al 31 dicembre 2004, al 31 dicembre 2005 e al 31 dicembre 2006, aggregati per Distretto sanitario e comune capoluogo, si possono fare alcune considerazioni sui diversi inserimenti per aree territoriali e sulle variazioni intervenute nel triennio.

Nel corso del triennio considerato, l'incidenza degli alunni stranieri sul totale passa dal 5,5% del 2004-05 all'8,5% del 2006-07. Anche nel caso delle scuole medie la quota di alunni stranieri è nettamente più elevata nel Distretto Ovest (10,7%), mentre si attesta su valori più bassi negli altri due distretti. Il Distretto Centro-Nord appare, tuttavia, in forte crescita, probabilmente per effetto dei ricongiungimenti degli anni passati. Cresce poco, invece, il Distretto Sud-Est. I comuni che fanno registrare le crescite più forti, in termini assoluti, sono Copparo, Sant'Agostino e Comacchio. Cresce molto anche il comune di Ferrara (+77 unità nel triennio considerato).

### 6.3.4 Le presenze nella scuola superiore in provincia di Ferrara

**Tabella 6.14: Alunni stranieri iscritti nella scuola media, dal A.S. 2004-05 al 2006-07**

	Totale			Stranieri			%		
	2004-05	2005-06	2006-07	2004-05	2005-06	2006-07	2004/05	2005/06	2006/07
Distretto Centro-Nord	8.762	8.891	9.054	242	318	389	2,8	3,6	4,3
Distretto Ovest	2.200	2.268	2.361	86	126	170	3,9	5,6	7,2
Distretto Sud-Est	1.648	1.752	1.854	78	113	121	4,7	6,4	6,5
<b>Provincia</b>	<b>12.610</b>	<b>12.911</b>	<b>13.269</b>	<b>406</b>	<b>557</b>	<b>680</b>	<b>3,2</b>	<b>4,3</b>	<b>5,1</b>

Fonte: Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara

Nel 2006-07 il contributo degli studenti stranieri sul totale degli iscritti alle scuole superiori è ancora abbastanza modesto (680 ragazzi, il 5,1% del totale) tuttavia è in forte crescita (è cresciuto del 67,5% in tre anni).

Sulla base di dati forniti dall'Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara, relativi all'iscrizione di alunni stranieri nelle scuole secondarie superiori nei tre anni scolastici considerati, secondo i vari Istituti Scolastici, si possono fare alcune considerazioni sui diversi inserimenti per aree territoriali e sulle variazioni intervenute nel triennio.

In questo caso l'analisi ha una valenza territoriale meno forte rispetto agli ordini inferiori di scuole, dal momento che le scuole superiori presentano, evidentemente non solo per la popolazione italiana ma anche per la popolazione straniera, un certo livello di mobilità dei ragazzi sul territorio (si pensi ai residenti nella fascia sud della provincia di Rovigo, che tradizionalmente frequentano le scuole cittadine di Ferrara, così come alcuni comuni del Sud-Est possono convergere sulle scuole di Ravenna).

In particolare, nel corso del triennio considerato, la quota di alunni stranieri sul totale degli alunni è passata dal 3,2% al 5,1%. Tra le varie tipologie di scuola superiore, si nota che l'aumento percentuale più consistente degli iscritti coinvolge soprattutto le scuole professionali e, in misura minore, le scuole tecniche commerciali. Particolarmente significativa, infatti, è la crescita dell'IPSIA "Taddia" Cento (dal 9,8% al 21,2%); dell'ITPCLE "M. Polo" Ferrara (dal 3,3% all'8,7%); del Polo Scolastico di Portomaggiore (dal 12,1% al 16,6%), dell'IPSSCT "Einaudi" di Ferrara (dal 2,0% al 5,8%) e del Polo di Argenta (dal 10,2% al 13,7%).

### 6.3.5 Quadro riassuntivo sugli alunni stranieri in provincia di Ferrara dal 2004-05 al 2006-07

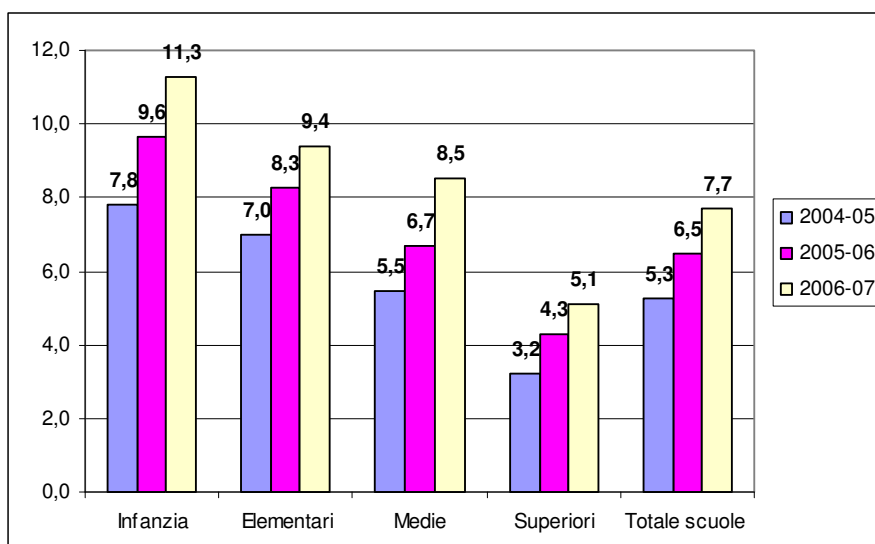
Nell'anno scolastico 2006-07, per la provincia di Ferrara, gli alunni di cittadinanza straniera iscritti alle scuole statali di ogni ordine e grado (compresa la scuola d'infanzia) sono complessivamente 2.627, pari al 7,7% del totale degli alunni. Il dato è un po' sottostimato per quanto riguarda la scuola d'infanzia, per la quale esiste una parte consistente di scuole non statali, mentre la sottostima si può ritenere praticamente trascurabile per le altre scuole.

La quota di alunni stranieri sul totale è massima per la scuola d'infanzia, dove i bambini di cittadinanza non italiana sono l'11,3%. Nelle scuole superiori, per contro, gli alunni non italiani sono soltanto il 5,1% del totale. Se osserviamo, però, gli incrementi nel corso del triennio considerato, vediamo che sono proprio questi ultimi ad aver fatto registrare l'incremento maggiore (+67,5%): sono evidentemente gli anni in cui le "seconde generazioni" delle famiglie straniere, arrivate negli anni '90, stanno cominciando ad accedere alla scuola superiore. Notevole è stato poi l'incremento degli alunni stranieri nelle scuole d'infanzia (+54,5%) e nelle medie (+53,1%), a testimoniare, da un lato, la forte presenza di nuovi nati da famiglie straniere, dall'altro il recente fenomeno dei ricongiungimenti familiari. Per le elementari, invece, l'incremento, pure esistente, è stato un po' inferiore rispetto agli altri ordini di scuole.

**Tabella 6.15: Gli alunni stranieri nelle scuole di ogni ordine e grado**

Ordine scuola	'04-05	'05-06	'06-07	'04-05	'05-06	'06-07	'04-05	'05-06	'06-07	Increment. %
Infanzia	2255	2312	2415	176	223	272	7,8	9,6	11,3	54,5
Elementari	10994	11191	11558	767	924	1087	7,0	8,3	9,4	41,7
Medie	7029	6961	6906	384	466	588	5,5	6,7	8,5	53,1
Superiori	12610	12911	13269	406	557	680	3,2	4,3	5,1	67,5
<b>Totale scuole</b>	<b>32888</b>	<b>33375</b>	<b>34148</b>	<b>1733</b>	<b>2170</b>	<b>2627</b>	<b>5,3</b>	<b>6,5</b>	<b>7,7</b>	<b>51,6</b>

**Grafico 6.12: Quota di alunni stranieri dei diversi ordini di scuola (statali), a.s. dal 2004-05 al 2006-07**



## 6.4 Dati del programma "Oltre la strada" sullo sfruttamento della prostituzione

Nel corso del 2007 sono 51 i colloqui orientativi effettuati dal Centro Donna Giustizia a donne straniere per il progetto "Oltre la strada". Si tratta di un'opera a favore di donne vittime di tratta e sfruttamento sessuale, accompagnate in percorsi di protezione ed inserimento sociale e lavorativo, grazie al rilascio di uno speciale permesso di soggiorno previsto dall'art. 18 del Testo Unico sull'Immigrazione (D.Lgs. 25/7/1998 n.286).

Delle 51 donne che hanno effettuato il colloquio, 39 (38 di nazionalità nigeriana ed 1 rumena) sono entrate a far parte del progetto, 9 sono mamme con bambini ed 1 è in stato di gravidanza. Delle 39 donne del progetto, 17 sono accolte in casa e 22 sono seguite sul territorio.

Solo poco più della metà (20) avevano già sporto denuncia per sfruttamento all'inizio del loro percorso.

## 6.5 Gli stranieri e la salute a Ferrara

### 6.5.1 Premessa: la salute degli stranieri immigrati in Italia e l'effetto "migrante sano"

Nell'indagine che aveva per titolo "*Le malattie degli immigrati*" di Geraci e Marceca - Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma (2000) venivano riportati alcuni dati, frutto di elaborazioni effettuate sulla banca dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), forniti dal Ministero della Sanità per l'anno 1997. I dati si riferivano all'attività di degenza ordinaria in 1.443 ospedali italiani, per pazienti stranieri affetti da patologia acuta. Nonostante si siano riscontrate delle problematiche nei flussi informativi Aziende Usl-Regioni e Regioni-Ministero della Sanità, i dati forniscono utili spunti di riflessione. A livello nazionale emerge che l'area funzionale omogenea più rappresentata è risultata quella chirurgica (36,6%), subito seguita da quella medica (34,1%); l'area materno-infantile ha rappresentato il 26,2%; molto scarsamente rappresentata l'area delle terapie intensive (1,6%). Nelle prime 3 aree funzionali omogenee citate, il contributo delle prestazioni erogate a persone provenienti da Paesi in via di sviluppo è risultato prevalente (49,6% per l'area chirurgica; 47,2% per l'area medica e ben il 57,7% per l'area materno-infantile, diversamente dall'area delle terapie intensive, dove ha giustificato meno del 29% delle prestazioni).

Non sorprende lo sbilanciamento verso l'area materno-infantile per coloro che provengono dall'Europa dell'Est, dall'Africa occidentale e dall'Estremo oriente, che indica una presenza

femminile consistente ed una progressiva stabilizzazione nel nostro Paese. Riassumendo, è possibile indicare le seguenti "Aree critiche per la salute degli immigrati":

- a) condizioni patologiche (malattie infettive, malattie dermatologiche, traumi e infortuni, con particolare attenzione all'infortunistica sul lavoro, disagio/malattie psichiatriche);
- b) condizioni fisiologiche (maternità, infanzia e adolescenza, vecchiaia);
- c) condizioni sociali (prostituzione e tratta, abuso, detenzione);
- d) aggravanti (disagio sociale, immigrazione "forzata" o "non selezionata", irregolarità giuridica, difficoltà di accesso ordinario alle strutture sanitarie).

È possibile quindi affermare che "a livello collettivo gli immigrati non apportano un problema sanitario specifico, ovvero non arrivano con patologie particolari, ma si ammalano qui di malattie comuni". La letteratura è concorde nell'affermare che l'immigrato arriva generalmente nel nostro Paese con un "patrimonio" di salute pressoché integro: proprio la forza-lavoro, su cui l'immigrato gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, risulta legata all'integrità fisica; questa considerazione può essere sintetizzata nel cosiddetto "effetto migrante sano"; in ciò si fa riferimento all'autoselezione che sempre precede l'emigrazione, operata nel Paese d'origine prima della partenza. Chi decide di partire è in buone condizioni fisiche, deve esserlo per affrontare i rischi del processo migratorio e tentare un positivo inserimento nel mercato del lavoro del Paese prescelto. Gli esperti evidenziano inoltre la successiva tendenza, dopo l'ingresso nel nuovo Paese, a sviluppare malattie legate a condizioni di vita precarie, che possono aggravarsi per la scarsa copertura sanitaria di cui gli stranieri soffrono.

**Tabella 6.16: Bilancio di salute del paziente immigrato**

---

**MIGRANTE SANO**

migrare per lavoro presuppone una selezione iniziale: emigra chi ha buona salute e forza per lavorare in un paese straniero.

---

**PATOLOGIE DA DEGRADO E POVERTA'**

problemi di salute connessi a:

- condizioni climatiche avverse;
- degrado abitativo;
- precarie condizioni igieniche;
- disordini e scarsità di apporto nutrizionale.

---

**PATOLOGIE DA IMPORTAZIONE**

problemi di salute da valutare attentamente dal punto di vista infettivologico.

---

**PATOLOGIE DI URGENZA**

problemi di salute da riferire a:

- traumi accidentali;
- incidenti stradali;
- infortuni sul lavoro;
- episodi di violenza e criminalità.

---

**PATOLOGIE PREGRESSE NON TRASMISSIBILI**

problemi di salute riferibili a:

- postumi di torture;
- postumi di ferite di guerra;
- postumi di malattie invalidanti.

---

**PATOLOGIE DELLA FASCIA MATERNO-INFANTILE**

problemi di salute riferibili a:

- pratiche rescissorie e mutilanti a motivazione religiosa, culturale o sociale quali infibulazione, clitoridectomia, circoncisione;
  - procreazione e maternità responsabili:
    - interruzione volontaria di gravidanza e aborto;
    - assistenza gravidanza, parto e puerperio;
    - assistenza peri e neonatale;
    - evoluzione crescita bambino;
    - vaccinazioni e malattie in età pediatrica.
- 

I dati statistici evidenziano infatti che la maggior parte degli accessi alle strutture ospedaliere sono legati a eventi fisiologici, quali quelli connessi alla gravidanza e al parto o ai traumatismi. Vanno, tuttavia, emergendo situazioni di attenuazione del cosiddetto "effetto migrante sano", in quanto cominciano ad arrivare nel nostro Paese i migranti di "secondo flusso", legati al

fenomeno dei ricongiungimenti familiari e alle situazioni di "precarizzazione" di molte aree del pianeta. Inoltre, la "stanzializzazione" degli immigrati sembra condurre questi ultimi verso una struttura sociale più simile a quella italiana, con bisogni assistenziali tendenzialmente sempre più simili a quelli della popolazione generale.

In conclusione, possiamo dire che la salute degli stranieri immigrati si lega a quattro aspetti fondamentali:

- È dato ormai per consolidato che l'esperienza migratoria tende a creare disuguaglianze di salute in relazione alle situazioni di svantaggio sociale di cui fanno esperienza gli immigrati: nel campo del lavoro, dell'accesso alla casa, dell'assistenza e dell'istruzione;
- si è notato che hanno elevata influenza le condizioni di discriminazione e di marginalizzazione sociale;
- diversi studi hanno evidenziato che le eventuali disuguaglianze "etniche" di salute si manifestano in modi e tempi diversi in relazione alla fase migratoria (epoca, generazione), alle caratteristiche del Paese di arrivo e dell'etnia di provenienza;
- le differenze di salute "importate", ossia di origine genetica o endemica, sono nel complesso di rilevanza minore.

### 6.5.2 Gli iscritti all'anagrafe sanitaria in provincia di Ferrara

Gli iscritti all'anagrafe sanitaria in provincia di Ferrara, dopo una crescita fino al 2003, in sintonia con l'aumento dei residenti, registrano variazioni anomale e discontinue, non legate al corrispondente andamento delle residenze.

**Tabella 6.17: Stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria**

Nazionalità	31.12.03			31.12.04			31.12.05			31.12.06		
	F	M	Tot	F	M	Tot	F	M	Tot	F	M	Tot
Marocco	404	752	1.156	490	704	1.194	633	852	1.485	700	937	1.637
Ucraina	1.064	67	1.131	648	46	694	747	92	839	1.058	131	1.189
Albania	367	495	862	389	473	862	429	480	909	496	553	1.049
Romania	329	200	529	191	319	510	510	252	762	495	287	782
Pakistan	129	391	520	170	383	553	224	473	697	276	569	845
Moldavia	317	125	442	227	108	335	309	186	495	452	229	681
Cina	187	216	403	148	176	324	195	233	428	235	264	499
Polonia	324	38	362	232	21	253	337	99	436	343	142	485
Tunisia	94	231	325	102	213	315	85	175	260	102	217	319
Nigeria	94	51	145	69	57	126	114	91	205	134	101	235
Altri paesi	1.061	758	1.819	901	418	1.319	911	746	1.657	1.154	731	1.885
<b>Totale</b>	<b>4.370</b>	<b>3.324</b>	<b>7.694</b>	<b>3.567</b>	<b>2.918</b>	<b>6.485</b>	<b>4.494</b>	<b>3.679</b>	<b>8.173</b>	<b>5.445</b>	<b>4.161</b>	<b>9.606</b>

Fonte: Anagrafe assistiti Azienda USL di Ferrara

A partire dal 2003, il rapporto tra stranieri iscritti all'anagrafe e residenti stranieri in provincia assume i seguenti valori:

- nel 2003, a fronte di 7.694 iscritti, si rilevavano 7.949 residenti, con un rapporto pari al 96,8%;
- nel 2004, a fronte di 6.485 iscritti, si rilevavano 10.364 residenti, con un rapporto pari al 62,6%;
- nel 2005, a fronte di 8.173 iscritti, si rilevavano 13.444 residenti, con un rapporto pari al 60,8%;
- nel 2006, a fronte di 9.606 iscritti, si rilevano 15.548 residenti, con un rapporto pari al 61,8%.

Da dati recentissimi di cui disponiamo (relativi al 31.12.2007) risulta che, su 18.858 residenti stranieri (dato provvisorio), la quota di stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria, a seguito di interventi correttivi che hanno migliorato l'informazione ai cittadini stranieri, è pari all'87,8%.

Il forte calo delle iscrizioni è dovuto verosimilmente al mancato rinnovo delle tessere sanitarie scadute da parte di numerosi cittadini stranieri e, in particolare, da parte di donne straniere che svolgono attività di assistenza familiare.

In base alle disposizioni del Ministero della Sanità, infatti, la tessera sanitaria viene concessa a tutti gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno relativamente alla durata del permesso stesso. Emerge, insomma, l'assoluta necessità di svolgere una capillare azione informativa verso tutti gli stranieri, per evitare che si trovino nella necessità di accedere al Servizio Sanitario senza avere il titolo indispensabile per tale accesso.

La mancata iscrizione di diversi stranieri all'anagrafe sanitaria può essere collegata a:

- una scarsa conoscenza della necessità di perfezionare la posizione sanitaria all'arrivo in Italia e/o dopo la regolarizzazione, scegliendo anche il medico di famiglia;
- una scarsa informazione in merito alla necessità di aggiornare o modificare l'iscrizione quando si prende la residenza in una località diversa da quella di arrivo in Italia;
- una insufficiente opera di sensibilizzazione sull'obbligo a rinnovare, insieme al permesso di soggiorno in scadenza, anche l'iscrizione all'anagrafe sanitaria.

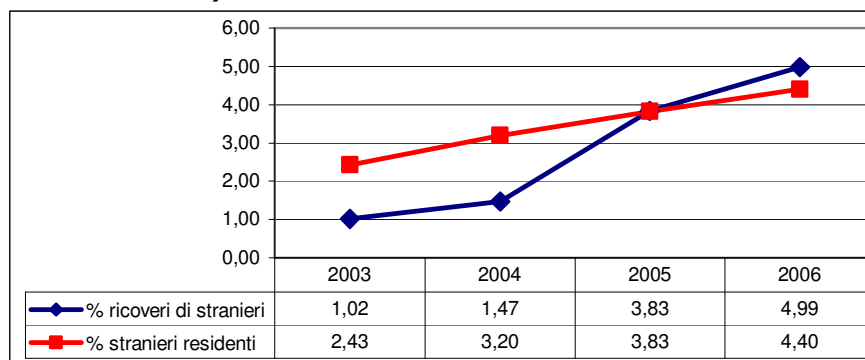
## 6.6 I ricoveri ospedalieri degli stranieri

### 6.6.1 I ricoveri di stranieri nelle strutture sanitarie ferraresi, sia residenti che non residenti in provincia di Ferrara (2003-2006)

I dati a cui facciamo riferimento nel presente paragrafo riguardano i ricoveri degli stranieri immigrati, ovunque residenti o anche irregolari, che hanno avuto luogo nelle strutture sanitarie della provincia di Ferrara. La scelta di questo insieme è motivata dal fatto che, verosimilmente, con esso si può cogliere tutto il fenomeno dei ricoveri di stranieri, compresi i non residenti e gli irregolari, anche se si corre il rischio di conteggiare anche persone residenti sempre in Italia, ma non a Ferrara. È anche verosimile che la presenza "spuria" di non residenti sia in realtà trascurabile, dato che notoriamente la "mobilità sanitaria" degli stranieri non è rilevante (gli stranieri tendono generalmente a farsi curare comunque nella struttura più vicina alla propria residenza).

I dati che presentiamo nel seguito, relativi a tutte le strutture sanitarie della provincia di Ferrara, sono frutto di elaborazioni, effettuate dal Servizio di Statistica Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, sulla Banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

**Grafico 6.13: Quota % di ricoveri di stranieri (sul totale ricoveri) e quota % di stranieri residenti (sul totale residenti)**



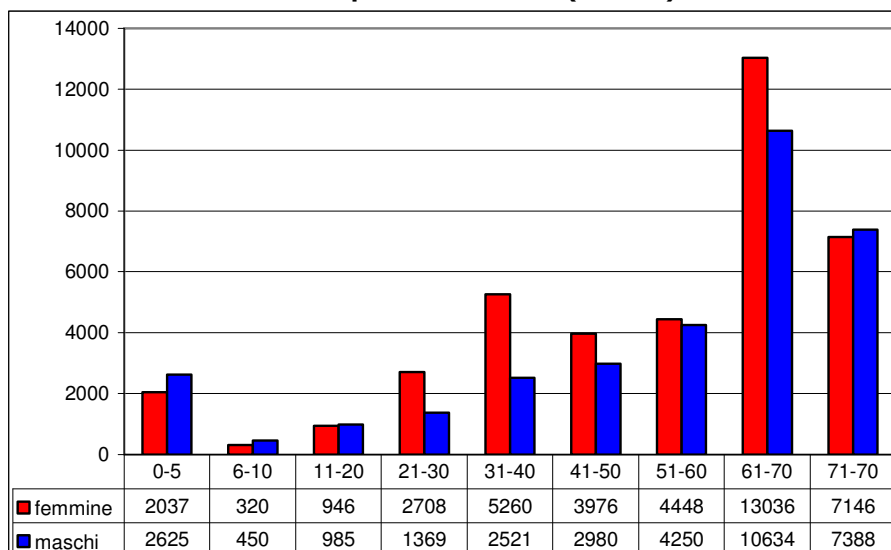
Il grafico illustra come il 2005 rappresenti l'anno di svolta per quanto riguarda le caratteristiche sanitarie degli stranieri presenti a Ferrara. Infatti, nel 2005 la percentuale di stranieri ricoverati si allinea con la proporzione di stranieri residenti.

Questo è conseguenza del fatto che la popolazione straniera cambia radicalmente composizione: per effetto dei ricongiungimenti familiari, da popolazione composta prevalentemente di giovani lavoratori sani si trasforma in una popolazione naturale. Talune popolazioni, come le provenienze dall'Ucraina, in realtà sono pressoché completamente composte di donne.

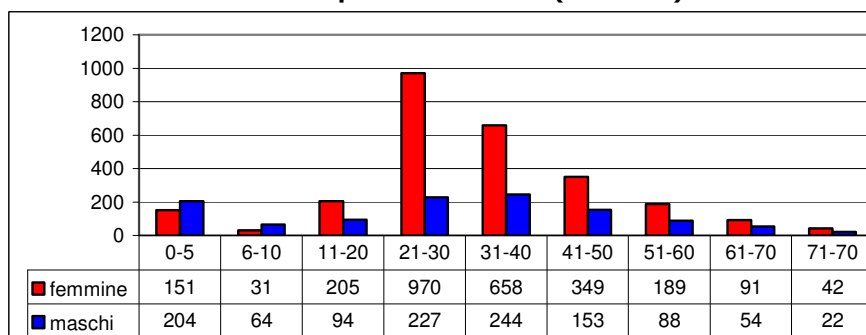
In questa popolazione i bisogni di salute permangono caratterizzati da elementi particolari, ai quali più avanti si accennerà, e tuttavia con frequenze più coerenti con l'effettiva presenza, portando alla scomparsa del gradiente osservato negli anni precedenti, nei quali si può osservare una differenza del 50% tra presenze di stranieri e ricorso a cure ospedaliere.

La popolazione straniera, la cui provenienza è composita, rimane comunque caratterizzata da un'età media più giovane, che anche la distribuzione dei ricoveri per classe di età riflette (per gli stranieri, la maggior frequenza di ricoveri si colloca fra 20 e 40 anni, per gli italiani dopo i 60 anni).

**Grafico 6.14: Distribuzione dei ricoveri per classe di età (italiani)**

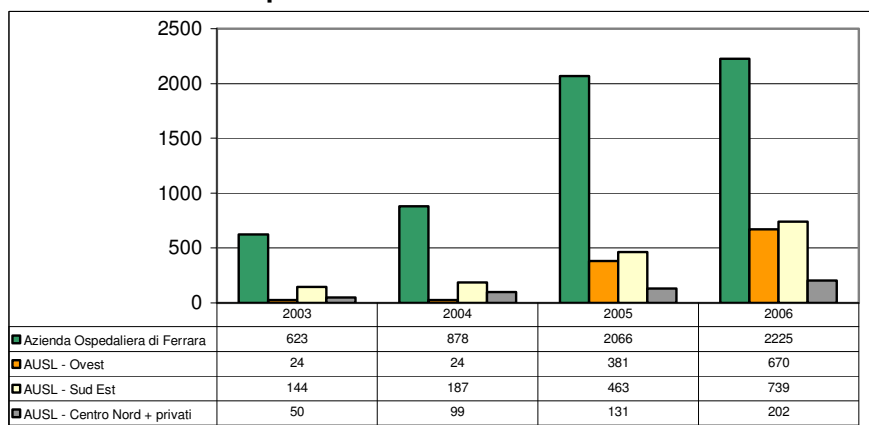


**Grafico 6.15: Distribuzione dei ricoveri per classe di età (stranieri)**



L'aumento del numero di stranieri ricoverati è un fenomeno che ha interessato tutte le strutture sanitarie della provincia, anche se in modo particolarmente pronunciato, l'Azienda Ospedaliera di Ferrara.

**Grafico 6.16 : Numero ricoveri di pazienti stranieri**

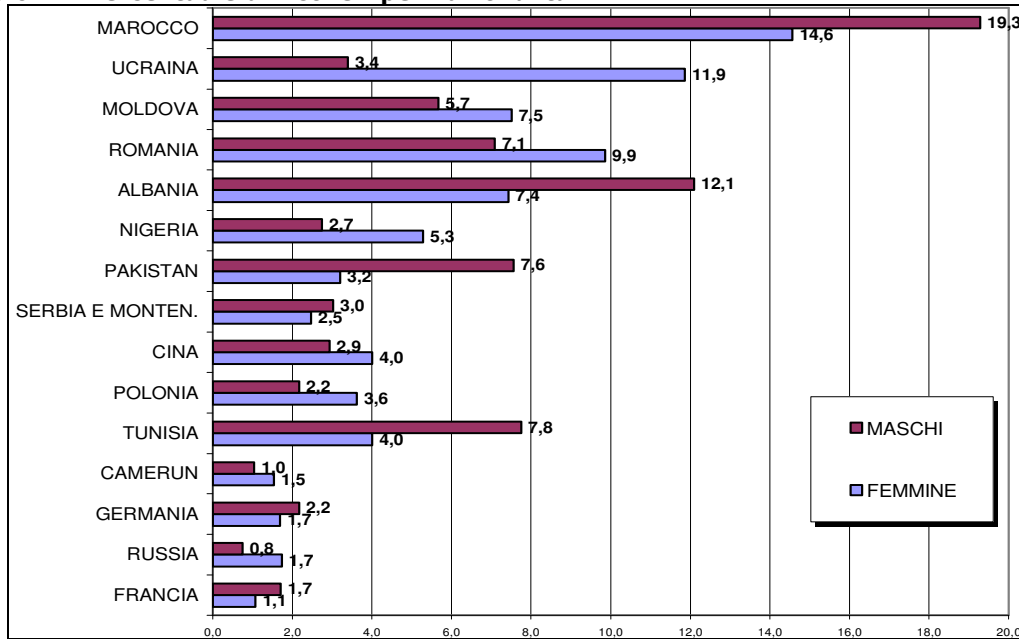




*I ricoveri per nazionalità dei pazienti stranieri (2006)*

Nelle considerazioni che seguono (dati nel grafico) non sono considerati i neonati. I Paesi di provenienza sono ben 116 anche se nei primi 15 si concentrano il 79,9% delle femmine e il 79,4% dei maschi.

**Grafico 6.17: Percentuale di ricoveri per nazionalità**

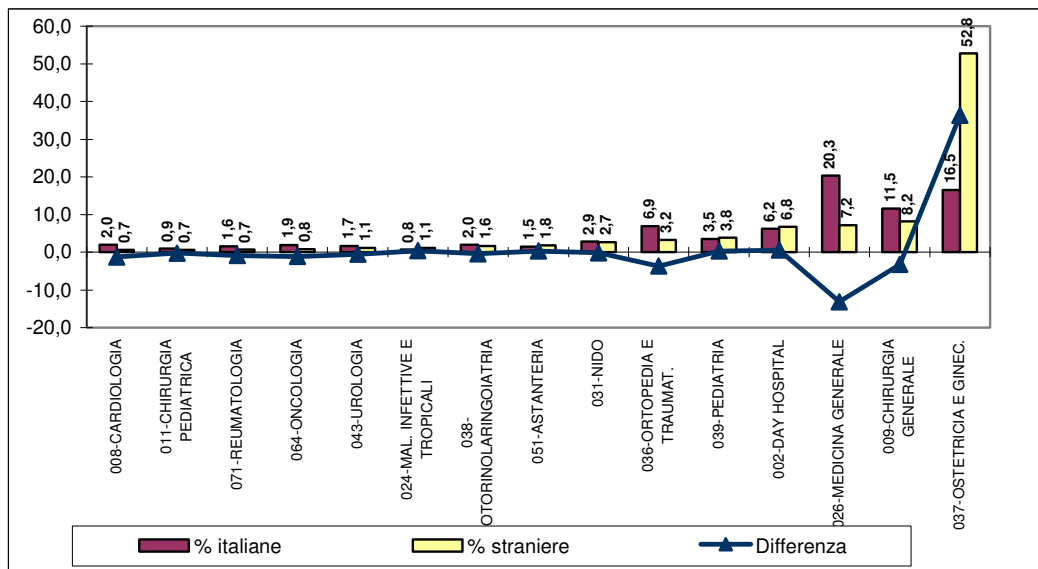


*Le cause di ricovero nel 2006*

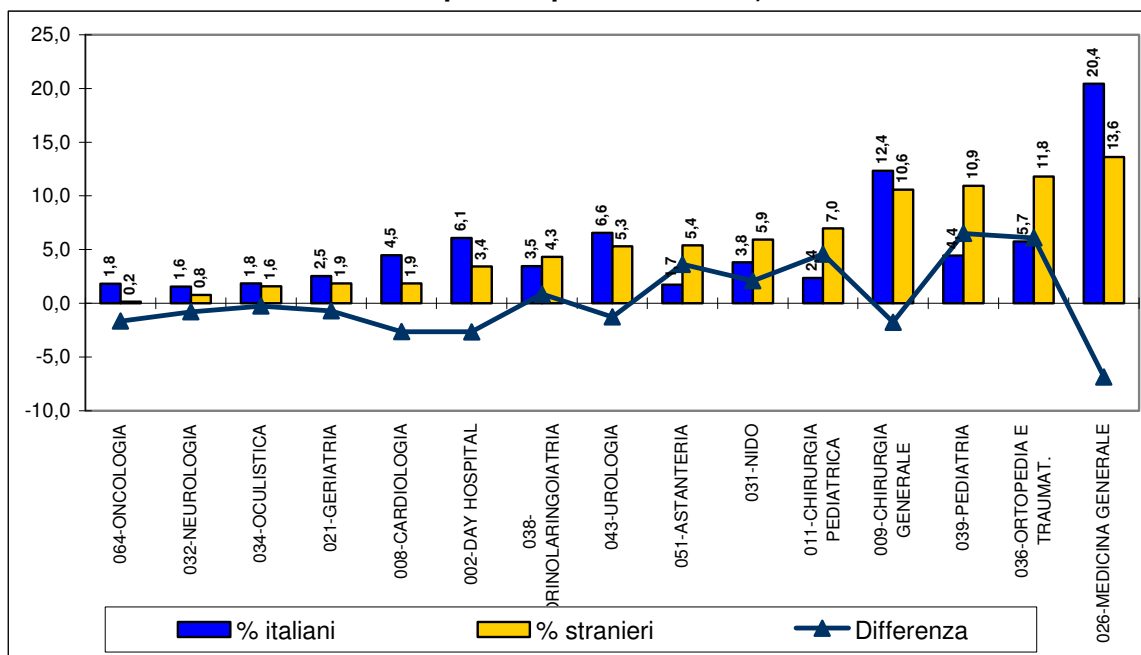
Il 58% dei ricoveri di donne si concentra prevalentemente in area ostetrico-ginecologica. La frequenza maggiore di ricoveri tra gli uomini riguarda eventi traumatici e problemi pediatrici. Pur con tutte le cautele interpretative del caso, per alcuni gruppi di patologie esiste un differenziale tra popolazione italiana e popolazione straniera: nel novero dei ricoveri degli stranieri sono più elevate le malattie infettive (+0,3%), le malattie dell'apparato riproduttivo femminile (+36%), del periodo neonatale (+2,1%).

Nettamente inferiore (-2,6%) è la quota di malattie dell'apparato circolatorio nella popolazione straniera.

**Grafico 6.18: Percentuale di ricoveri per disciplina di ricoveri, donne italiane e straniere, 2006**



**Grafico 6.19: Percentuale di ricoveri per disciplina di ricovero, uomini italiani e stranieri**



In sintesi, l'aumento (a fine 2006) del 50% dei residenti stranieri rispetto al 2002 comporta un incremento notevole della domanda sanitaria e dei bisogni reali di salute, e la necessità di fornire risposte articolate in funzione delle diverse nazionalità appartenenti a mondi culturalmente diversi, a volte separati da pregiudizi culturali e razziali.

#### 6.6.2 I ricoveri degli stranieri residenti in provincia di Ferrara, dal 2001 al 2006

Le tabelle che seguono riguardano gli immigrati regolari, con residenza nella provincia di Ferrara. È importante sottolineare questa scelta, che è esattamente contraria a quella fatta nel paragrafo precedente: dalla banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera dell'Azienda USL di Ferrara sono stati estratti soltanto gli stranieri con residenza anagrafica in provincia di Ferrara, i quali possono avere avuto un ricovero sia a Ferrara, sia in una qualsiasi struttura del Servizio Sanitario Nazionale. Per contro, non sono necessariamente inclusi nel novero tutti gli stranieri che hanno usufruito di un ricovero nelle strutture dell'Azienda USL di Ferrara, sono infatti esclusi tutti coloro che, pur essendo stati curati nella provincia di Ferrara, non vi erano residenti. Sono stati conteggiati i ricoveri nel corso dei sei anni dal 2001 al 2006.

*I ricoveri per nazionalità delle persone ricoverate*

**Tabella 6.18: Ricoveri ospedalieri di cittadini stranieri dal 2001 al 2006, per i primi 15 Paesi di cittadinanza nel 2006**

Rango	Nazionalità	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totale 2001-2006	Diff.% 2006-2001
1	MAROCCO	156	179	255	262	357	486	1.695	211,5
2	ALBANIA	129	136	172	204	249	270	1.160	109,3
3	UCRAINA	17	37	125	148	190	207	724	1117,6
4	ROMANIA	64	98	118	126	135	163	704	154,7
5	PAKISTAN	29	48	79	100	135	154	545	431,0
6	TUNISIA	53	69	86	88	93	138	527	160,4
7	MOLDAVIA	7	33	74	109	140	132	495	1785,7
8	CINA	20	39	74	53	94	127	407	535,0
9	NIGERIA	19	31	32	60	111	119	372	526,3
10	POLONIA	24	19	38	54	60	74	269	208,3
11	RUSSIA	24	29	20	30	37	44	184	83,3

12	CAMERUN	14	16	29	27	52	43	181	207,1
13	SERBIA- MONTE- NEGRO	57	81	99	108	115	36	496	-36,8
14	SVIZZERA	64	68	66	77	86	31	392	-51,6
15	BRASILE	36	20	25	30	38	26	175	-27,8
	Altri paesi	638	594	595	668	755	526	3.776	-17,6
	<b>Totale</b>	<b>1.351</b>	<b>1.497</b>	<b>1.887</b>	<b>2.144</b>	<b>2.647</b>	<b>2.576</b>	<b>12.102</b>	<b>90,7</b>

Fonte: Azienda USL di Ferrara – Banca dati SDO

I ricoveri di cittadini stranieri sono passati dai 1.351 del 2001 ai 2.576 del 2006, con un incremento in termini percentuali del 90,7%. Nel 2006, la graduatoria dei ricoveri degli stranieri rispecchia abbastanza fedelmente la graduatoria degli stranieri residenti in provincia. Al primo posto troviamo infatti i ricoveri di marocchini, seguiti da albanesi e ucraini. Gli incrementi maggiori nel numero di ricoveri, nel periodo considerato, si sono avuti per i moldavi, per gli ucraini e per i cinesi.

Le persone che provengono da Marocco, Albania e Ucraina conoscono e utilizzano in misura maggiore il Sistema Sanitario; come abbiamo visto, infatti, sono anche gli extra-comunitari per i quali si registra un numero maggiore di iscrizioni all'Anagrafe degli assistiti.

Un esercizio che può essere molto utile alla comprensione del variegato mondo dei cittadini di recente immigrazione nella nostra provincia è senz'altro quello di valutare da quale "area geopolitica" queste persone provengono, ovvero da quale zona del mondo, omogenea per caratteristiche geografiche ma soprattutto economico-politiche, si sono spostate per venire a vivere nel nostro Paese. Da queste valutazioni può emergere un ben preciso profilo sociale, con le relative conseguenze sul piano della salute, dei diversi gruppi immigrati nel nostro territorio. Se osserviamo i ricoveri del 2006, il gruppo più numeroso proviene dall'Africa (34,5%), si tratta soprattutto di persone provenienti dai Paesi arabi del Nord-Africa. Troviamo poi (15,3%) le persone che provengono dall'universo ex-sovietico, soprattutto ucraini e moldavi. Abbiamo poi persone provenienti da "altri Paesi d'Europa", cioè in pratica albanesi ed ex-jugoslavi (14,2%). Notevole è poi la presenza dei Paesi neocomunitari: Polonia e Romania (10,6%). L'area geopolitica che ha conosciuto il maggiore incremento è stata quella dei Paesi ex-sovietici, seguita dalla Cina. Si noti il decremento per quanto riguarda i Paesi del continente americano, sia settentrionale che centrale e meridionale.

**Tabella 6.19: Ricoveri per area geopolitica e anno**

Area geopolitica	2001	2002	2003	2004	2005	2006	% 2006	Totale	Diff.% 2006-2001
UE 15	194	186	198	194	184	115	4,5	1.071	-40,7
UE NUOVI PAESI	123	157	193	222	246	274	10,6	1.215	122,8
EX-URSS	53	107	225	293	374	393	15,3	1.445	641,5
ALTRI EUROPA	277	321	356	409	478	367	14,2	2.208	32,5
AFRICA	371	400	512	602	802	890	34,5	3.577	139,9
CINA	20	39	74	53	94	127	4,9	407	535,0
ALTRI ASIA	112	114	151	167	261	273	10,6	1.078	143,8
AMERICA SETT.LE	14	21	15	12	21	5	0,2	88	-64,3
AMERICA CENTRALE E MERID.	183	149	155	184	179	129	5,0	979	-29,5
OCEANIA	3	3	8	6	7	0	0,0	27	-100,0
NON NOTA E APOLIDI	1	0	0	2	1	3	0,1	7	200,0
<b>Totale</b>	<b>1.351</b>	<b>1.497</b>	<b>1.887</b>	<b>2.144</b>	<b>2.647</b>	<b>2.576</b>	<b>100,0</b>	<b>12.102</b>	<b>90,7</b>

Fonte: Azienda USL di Ferrara – Banca dati SDO

**Tabella 6.20: Ricoveri di stranieri per Distretto di residenza e anno**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totale	% 2006	Diff. % 2006-2001
Comune di FERRARA	555	605	781	876	1.152	967	<b>4.936</b>	<b>37,5</b>	<b>74,2</b>
Distretto Centro-Nord	647	719	968	1035	1.379	1.176	<b>5.924</b>	<b>45,7</b>	<b>81,8</b>
Distretto Ovest	378	375	462	534	619	688	<b>3.056</b>	<b>26,7</b>	<b>82,0</b>
Distretto Sud-Est	326	403	457	575	649	712	<b>3.122</b>	<b>27,6</b>	<b>118,4</b>
<b>TOTALE PROVINCIA</b>	<b>1.351</b>	<b>1.497</b>	<b>1.887</b>	<b>2.144</b>	<b>2.647</b>	<b>2.576</b>	<b>12.102</b>	<b>100,0</b>	<b>90,7</b>

Fonte: Azienda USL di Ferrara – Banca dati SDO

Se analizziamo i ricoveri secondo le aree di residenza degli stranieri, notiamo il forte ruolo attrattivo svolto dal comune capoluogo, il 37,5% dei ricoveri è avvenuto per residenti nel comune di Ferrara. Quasi la metà dei ricoveri riguarda il Distretto Centro-Nord (45,7%). L'incremento maggiore nel corso dei sei anni considerati si è avuto per il Distretto Sud-Est.

*I ricoveri di stranieri secondo le "grandi categorie diagnostiche" (MDC)*

Non trattandosi di una manifestazione patologica in senso stretto, sono stati esclusi da questi conteggi i ricoveri ospedalieri legati al parto.

I ricoveri che riguardano con maggiore frequenza gli stranieri sono quelli per affezioni dell'apparato digerente (14,7% del totale, esclusi naturalmente i ricoveri per parto), seguiti da quelli legati al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo (13,6%), e dalle malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (11%).

**Tabella 6.21: Ricoveri di stranieri per categorie diagnostiche (MDC) aggregate, 2001-2006**

MDC (aggregate)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totale	% 2005	% 2006	Diff.% 2006-2001
APPARATO CIRCOLATORIO	78	84	106	127	144	109	648	7,6	6,5	39,7
APPARATO DIGERENTE	155	145	171	218	281	247	1217	14,7	14,7	59,4
APPARATO RESPIRATORIO	47	68	80	79	101	63	438	5,3	3,7	34,0
APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	87	94	173	190	173	186	903	9,1	11,0	113,8
APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	14	13	21	29	30	39	146	1,6	2,3	178,6
MALATTIE E DIST.ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	33	22	33	29	62	61	240	3,3	3,6	84,8
MALATTIE E DIST.MENTALI, ABUSO DI ALCOL/DROGHE	34	32	59	40	45	43	253	2,4	2,6	26,5
MALATTIE E DIST.ORECCHIO, NASO, BOCCA	44	54	78	65	138	93	472	7,2	5,5	111,4
MALATTIE E DIST.PERIODO NEONATALE	0	0	2	17	111	142	272	5,8	8,4	-
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	27	12	18	25	55	41	178	2,9	2,4	51,9
PELLE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	58	61	62	76	102	79	438	5,3	4,7	36,2
RENE E VIE URINARIE	39	50	66	81	96	76	408	5,0	4,5	94,9
SANGUE, ORGANI EMOPOIETICI E SIST.IMMUNITARIO	47	55	60	57	115	76	410	6,0	4,5	61,7
SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO	130	149	156	224	214	229	1102	11,2	13,6	76,2
SISTEMA NERVOSO E OCCHIO	118	119	128	110	154	114	743	8,1	6,8	-3,4
ALTRE MDC	30	29	23	34	44	43	203	2,3	2,6	43,3
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	14	30	30	38	42	44	198	2,2	2,6	214,3
GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	396	480	621	705	740	891	3833			125,0
<b>Totale</b>	<b>1.351</b>	<b>1.497</b>	<b>1.887</b>	<b>2.144</b>	<b>2.647</b>	<b>2.576</b>	<b>12.102</b>			90,7
<b>Totale senza gravidanza e parto</b>	<b>955</b>	<b>1.017</b>	<b>1.266</b>	<b>1.439</b>	<b>1.907</b>	<b>1.685</b>	<b>8.269</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>76,4</b>

Fonte: Azienda USL di Ferrara – Banca dati SDO

Osservando gli incrementi percentuali tra il 2001 e il 2006, relativi ai ricoveri di stranieri secondo le "grandi categorie diagnostiche" (MDC) aggregate, è possibile indicare alcune grandi categorie di patologie che si sono rivelate particolarmente critiche per la salute degli immigrati residenti in provincia di Ferrara (quelle che hanno subito nel tempo gli incrementi maggiori).

Se analizziamo la serie storica 2001-2006 separatamente per ciascuno dei due sessi, notiamo che, per quanto riguarda i maschi:

- l'aumento dei traumatismi è stato un fenomeno particolarmente sostenuto per i maschi: +285,7%; il dato è verosimilmente legato alla maggiore "propensione" degli stranieri a svolgere attività lavorative pesanti e potenzialmente pericolose;
- sono aumentati molto i disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici: +136,4%;
- malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca: +117,4%;
- vi è stato un aumento notevole, soltanto per i maschi, dei ricoveri per malattie infettive: +111,1%;

- è interessante notare il decremento, che va in direzione contraria rispetto a un certo "senso comune", per quanto riguarda i disturbi mentali e l'assunzione patologica di alcol e droghe (-25%).

Per quanto riguarda le femmine:

- l'aumento dei traumatismi, meno forte di quello registrato per i maschi, si nota tuttavia anche per le femmine: +142,9%;
- sono aumentati molto i disturbi dell'apparato circolatorio (+118,8%), un fenomeno probabilmente legato all'arrivo negli ultimi anni di donne straniere "di mezza età", esposte ad un maggiore rischio di affezioni cardiovascolari;
- sono aumentate le affezioni dell'apparato respiratorio: +118,8%;
- sono aumentate le malattie del rene e delle vie urinarie: +117,6%;
- dell'aumento delle malattie dell'apparato riproduttivo femminile si è già detto sopra.

*I ricoveri della popolazione generale e i ricoveri di stranieri: confronto tra le due distribuzioni*

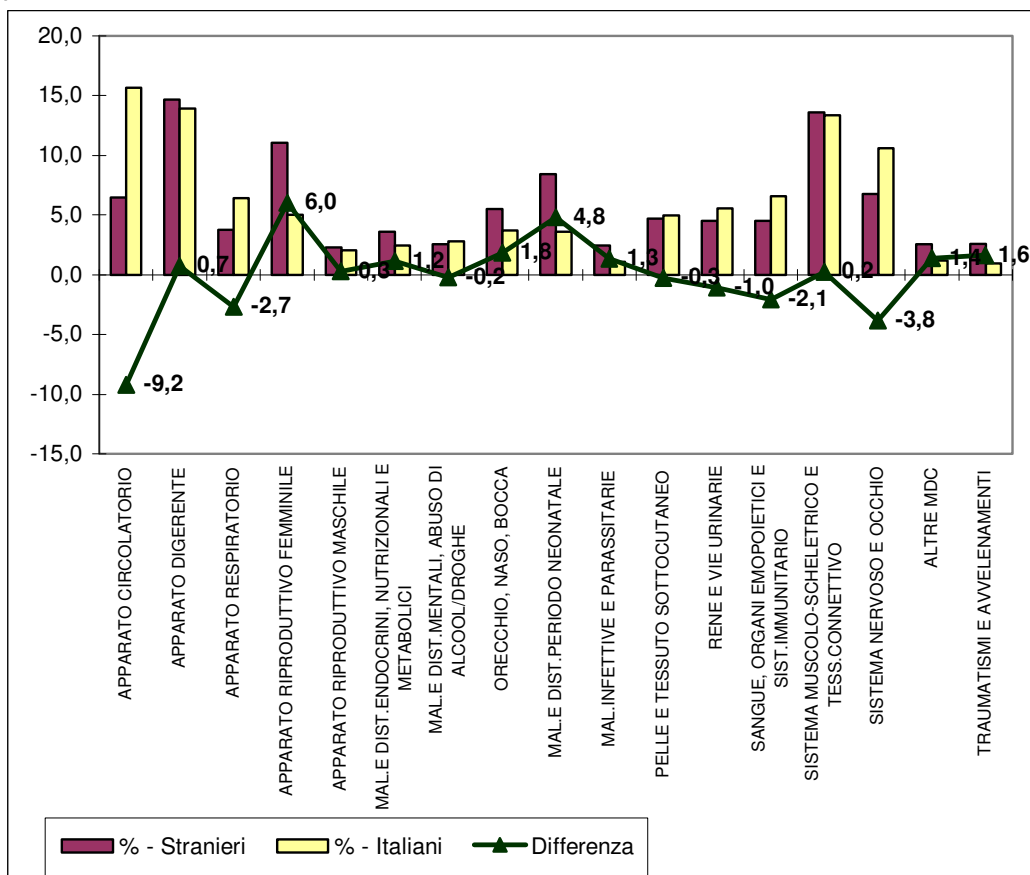
Pur trattandosi di una valutazione in parte approssimativa, perché l'elaborazione statistica regionale qui presentata si basa sulla popolazione generale (comprensiva degli stranieri), e non su quella dei soli italiani, abbiamo tentato di confrontare, in termini di proporzioni, la distribuzione dei ricoveri degli stranieri nel 2006 (in provincia di Ferrara) con la corrispondente distribuzione della popolazione italiana della provincia, allo scopo di vedere se esistono differenze nelle rispettive distribuzioni percentuali dei "grandi gruppi di patologie" (MDC). Per rendere confrontabili le due distribuzioni è stato deliberatamente escluso dal conteggio il gruppo di ricoveri legato alla gravidanza e al parto.

**Tabella 6.22: Analisi di ricoveri, 2006**

MDC	Ricoveri stranieri 2006	Ricoveri italiani 2006	% Stranieri	% Italiani	Differenza
APPARATO CIRCOLATORIO	109	11.049	6,5	15,7	-9,2
APPARATO DIGERENTE	247	9.815	14,7	13,9	0,7
APPARATO RESPIRATORIO	63	4.536	3,7	6,4	-2,7
APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	186	3.541	11,0	5,0	6,0
APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	39	1.440	2,3	2,0	0,3
MALATTIE E DIST.ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	61	1.740	3,6	2,5	1,2
MALATTIE E DIST.MENTALI, ABUSO DI ALCOL/DROGHE	43	1.962	2,6	2,8	-0,2
MALATTIE E DIST.ORECCHIO, NASO, BOCCA	93	2.600	5,5	3,7	1,8
MALATTIE E DIST.PERIODO NEONATALE	142	2.546	8,4	3,6	4,8
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	41	778	2,4	1,1	1,3
PELLE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	79	3.497	4,7	5,0	-0,3
RENE E VIE URINARIE	76	3.917	4,5	5,6	-1,0
SANGUE, ORGANI EMOPOIETICI E SIST.IMMUNITARIO	76	4.643	4,5	6,6	-2,1
SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO	229	9.400	13,6	13,3	0,2
SISTEMA NERVOSO E OCCHIO	114	7.477	6,8	10,6	-3,8
ALTRE MDC	43	828	2,6	1,2	1,4
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	44	680	2,6	1,0	1,6
<b>Totale (esclusi ricoveri per parto)</b>	<b>1.685</b>	<b>70.449</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Reportistica dinamica SDO-RER e Banca dati SDO Azienda USL di Ferrara

**Grafico 6.20: Percentuale di ricoveri per grandi categorie diagnostiche, stranieri residenti e italiani, 2006**



Pur con tutte le cautele interpretative del caso, dovute principalmente al fatto che le "popolazioni generanti" di questi fenomeni sono, come abbiamo avuto modo di vedere, molto diverse tra loro nella struttura per età notiamo, che per alcuni gruppi di patologie esiste un differenziale tra le due popolazioni: nel novero dei ricoveri degli stranieri sono più elevate le malattie e i disturbi del periodo neonatale (+4,8%), di orecchio, naso e bocca (+1,8%), le malattie infettive (+1,3%) e in forte misura (+6%) le malattie dell'apparato riproduttivo femminile (ma ricordiamo che su questo dato pesa moltissimo il fenomeno delle IVG). Più elevata (+1,6%) è poi, per gli stranieri, la quota dei ricoveri dovuti a traumatismi. Come ci si poteva attendere, è nettamente inferiore per la popolazione straniera (-9,2%), più giovane di quella italiana, la quota di malattie dell'apparato circolatorio. Seppure in misura contenuta, sono meno elevate anche, rispettivamente, la quota di ricoveri relativi alle malattie del sistema nervoso e dell'occhio (-3,8%), e la quota di malattie dell'apparato respiratorio (-2,7%).

*I "minorenni" (0-19 anni) ricoverati, italiani e stranieri*

**Tabella 6.23: Residenti nella provincia di Ferrara in età 0-19 anni, ricoverati presso strutture ospedaliere della provincia di Ferrara, anno 2006 (sono esclusi i neonati sani)**

	0-4	5-9	10-14	15-19	Totale 0-19 anni	
Italiani	1.718	604	561	756	3.639	90,8%
Stranieri	170	57	57	86	370	9,2%
<b>Totale</b>	<b>1.888</b>	<b>661</b>	<b>618</b>	<b>842</b>	<b>4.009</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Reportistica dinamica SDO Emilia-Romagna

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri di persone tra zero e 19 anni di età, non ci sono evidenti differenze tra italiani e stranieri nelle singole classi di età, mentre il dato complessivo

dei ricoveri ospedalieri in età 0-19 anni risulta essere 9,2% a carico dei soggetti con cittadinanza straniera, e il rimanente a carico dei soggetti di pari età con cittadinanza italiana. Si può sostenere che la quota dei ricoveri è leggermente maggiore per gli stranieri, se considerando che, come visto sopra, i minorenni stranieri, residenti in provincia di Ferrara sono l'8,2% di tutti i minorenni residenti. È pertanto possibile che vi sia un leggero eccesso di ricoveri di soggetti stranieri, per la fascia 0-19 anni, per quanto riguarda il 2006.

*I casi di tubercolosi notificati al sistema di sorveglianza dell'Azienda USL di Ferrara (2001-2005): italiani e stranieri*

**Tabella 6.24: Casi di tubercolosi notificati, 2001-2005**

Anno	Tubercolosi polmonare	Tubercolosi extra-polmonare	Totale casi tubercolosi	Di cui stranieri	% stranieri sul totale
2001	20	17	37	6	16,2
2002	21	13	34	9	26,5
2003	15	10	25	8	32,0
2004	22	10	32	17	53,1
2005	18	14	32	10	31,3

**Tabella 6.25: Casi di tubercolosi notificati nel 2005, in Emilia Romagna**

Azienda USL	Numero casi (2005)	Tasso di notifica (X 100000 ab.)
Forlì	30	16,9
Reggio Emilia	66	13,6
Bologna	110	13,4
Modena	78	11,8
<b>Regione ER</b>	<b>455</b>	<b>11,0</b>
Piacenza	28	10,2
Rimini	27	9,4
<b>Ferrara</b>	<b>32</b>	<b>9,1</b>
Cesena	17	8,8
Parma	32	7,7
Ravenna	27	7,4
Imola	7	5,6

In provincia di Ferrara il numero totale di casi di tubercolosi notificati al sistema di sorveglianza dell'Azienda USL di Ferrara, negli anni 2001-2005, è rimasto pressoché invariato, oscillando sempre attorno ai 30 casi, con un minimo di 25 casi nel 2003.

Nel 2005, il tasso di notifica (x 100.000 abitanti) di Ferrara, che è pari a 9,1, si situa di due punti al di sotto della media regionale (che è pari a 11 casi per 100.000 abitanti). Il Distretto sanitario che presenta il tasso di notifica più elevato è il Sud-Est, con un valore di 10,8, mentre il tasso più basso si registra nel Distretto Ovest.

**Tabella 6.26: Casi di tubercolosi notificati nel 2005, nei distretti della provincia**

Azienda USL	Numero casi (2005)	Tasso di notifica (X 100000 ab.)
<b>Ferrara Centro-Nord</b>	<b>17</b>	<b>9,6</b>
<b>Ferrara Ovest</b>	<b>4</b>	<b>5,5</b>
<b>Ferrara Sud-Est</b>	<b>11</b>	<b>10,8</b>

*Fonte: Azienda USL di Ferrara e RER*

Nel periodo tra il 2001 e il 2005 è aumentata la percentuale di casi di tubercolosi in cittadini stranieri: si passa dal 16,2% del 2001 al 31,3% del 2005, con un picco del 53,1% nel 2004. Dobbiamo comunque tenere presente che si tratta di valori assoluti molto piccoli, sia al numeratore che al denominatore, per i quali basta una minuscola oscillazione per creare forti cambiamenti nei valori percentuali, in realtà solo apparenti.

Il picco che si nota nel 2004 della quota di casi di stranieri sul totale (53,1%) è indice della presenza di una marcata disuguaglianza di salute, verosimilmente non dovuta a una carenza di

salute "importata", ma piuttosto alla precarietà delle condizioni di vita che gli immigrati sperimentano nel nostro Paese.

#### *AIDS negli stranieri*

Nel biennio 2005-2006 i casi di malati di AIDS ammontano nella nostra regione a 271, e si registra un decremento rispetto al biennio precedente, in cui i casi erano 352.

Come accade a livello nazionale, anche in Emilia Romagna si è evidenziato nell'ultimo ventennio un aumento della quota di notifiche per AIDS nella popolazione straniera.

Dal 2-3% negli anni '84-94, si è passati al 21,8% del totale di persone malate nel biennio 2005-2006.

L'incremento è giustificato dall'aumento dei flussi migratori in regione.

Le nazioni più rappresentate sono il Brasile, la Nigeria, il Ghana, il Senegal e la Costa d'Avorio.

#### *Disturbi della sfera psichica negli stranieri*

Nell'anno 2006 si sono presentati al servizio ambulatoriale del Dipartimento Salute Mentale (DSM) dell'Azienda USL di Ferrara, e sono state prese in carico, 85 persone di origine straniera, in grande maggioranza di genere femminile (64 donne e 21 uomini). Le diagnosi più frequenti sono: disturbi nevrotici (21 casi) e psicosi maniaco-depressive (21).

I Paesi di origine più rappresentati sono Marocco, Albania, Romania, Kazakistan, Armenia, Pakistan e Ucraina. Questi coprono circa la metà di tutti i casi.

Nel corso del 2006 si è verificata la necessità di eseguire 17 ricoveri per problemi psichiatrici acuti in stranieri, di cui 4 con TSO (trattamento sanitario obbligatorio). I Paesi più rappresentati sono Marocco, Romania e Brasile. Le patologie più frequenti sono disturbi di tipo nevrotico- depressivo (in 6 pazienti) e psicosi (in 7 persone).

I minori stranieri affetti da gravi patologie neuropsichiatriche, seguiti nell'anno 2007, dal servizio SMRIA (Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza), sono 31, di cui ben 10 appartenenti al Distretto Ovest.

Nel capitolo "Qualità della vita e disabilità" sono trattati ulteriori dati e approfondimenti diagnostici.

## **6.7 Le problematiche di salute della popolazione straniera in area materno-infantile**

### 6.7.1 I parti di donne straniere in provincia di Ferrara

La regione Emilia-Romagna rappresenta, nel periodo 1999-2004, secondo i dati Istat, la regione italiana con la maggiore frequenza di nati con almeno un genitore o entrambi i genitori stranieri.

Nell'anno 2006, secondo la banca dati dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP), in Emilia-Romagna il 76% delle partorienti ha cittadinanza italiana e il 23,1% ha cittadinanza straniera.

Nel territorio della provincia di Ferrara i valori sono distribuiti in modo differente dai valori medi regionali, con un 83,1% di nascite da donne con cittadinanza italiana e un 16,9% di parti di madri con cittadinanza straniera.

I bambini che nascono con entrambi i genitori stranieri sono, in regione, il 17,8%, mentre con il solo padre di origine straniera sono il 2,4%.

Dalla tabella seguente, possiamo notare la differente distribuzione delle partorienti straniere, con un massimo nel punto nascita dell'Ospedale di Cento (30,2%, pari a 216 donne), e un valore percentuale minimo nel punto nascita dell'Azienda Ospedaliera S. Anna di Ferrara (10,1%, pari a 133 madri straniere).

**Tabella 6.27: Cittadinanza delle donne che hanno partorito nei punti nascita della provincia di Ferrara, con confronto RER**

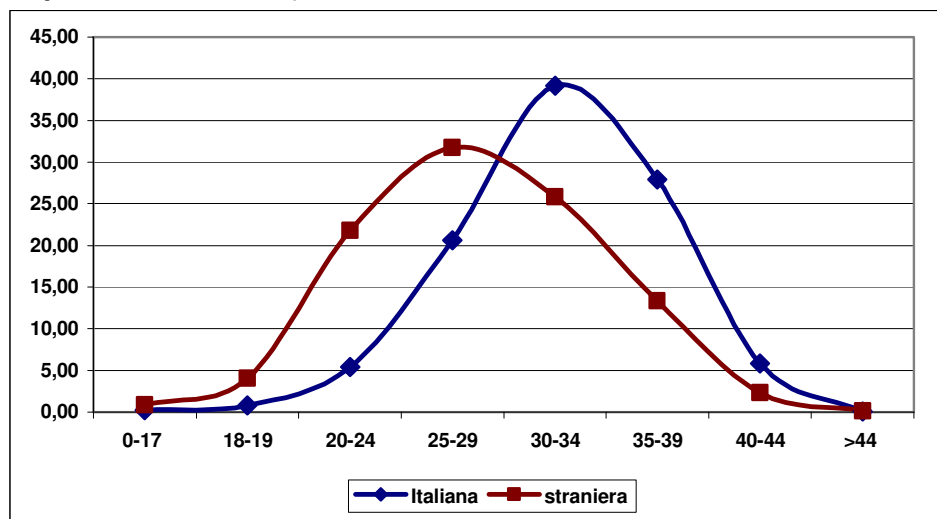
Luogo del parto	Totale parti	Cittadinanza della madre		
		Italiane	Straniere	% Straniere
Ospedale del Delta	515	434	81	15,7
Ospedale di Cento	716	500	216	30,2
Azienda Ospedaliera Ferrara	1.311	1.178	133	10,1
<b>Totale provincia di Ferrara</b>	<b>2.542</b>	<b>2.112</b>	<b>430</b>	<b>16,9</b>
<b>Totale RER</b>	<b>38.967</b>	<b>29.977</b>	<b>8.990</b>	<b>23,1</b>

Fonte: Banca dati CEDAP Emilia-Romagna, 2006



### 6.7.2 L'età delle donne al momento del parto

**Grafico 6.21: Distribuzione per età e cittadinanza delle donne che hanno partorito nei punti nascita della provincia di Ferrara, 2006**



Il grafico rappresenta le due differenti curve di distribuzione delle età del parto delle donne straniere e delle donne italiane, nei tre punti nascita della provincia di Ferrara.

L'elemento che maggiormente sottolinea la differenza nei comportamenti della famiglia e delle donne, rispetto alla procreazione, è l'età media delle donne al momento del parto:

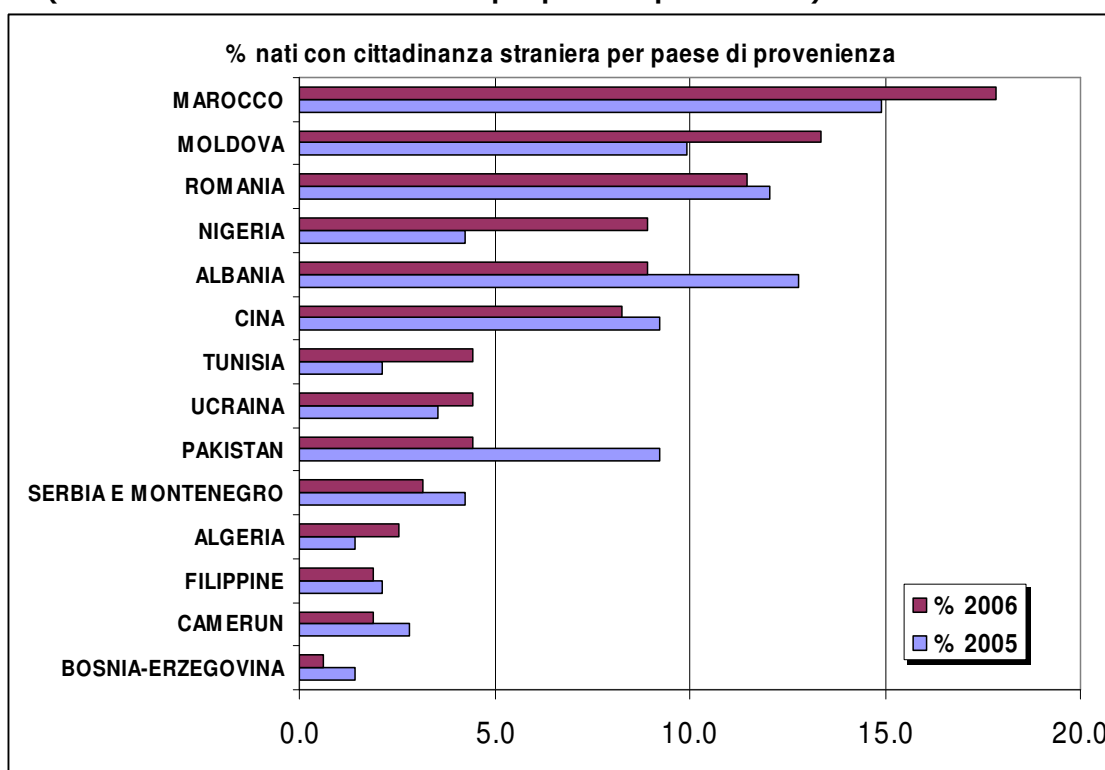
- nel 2006 tra le donne di origine straniera che hanno partorito, il 6% circa presentava un'età inferiore ai 20 anni (0,99% nelle donne italiane), e di queste lo 0,88 è la quota delle minorenni straniere (0,19 le minorenni italiane);
- l'età media delle partorienti è 30-34 per le donne italiane, e 25-29 per le donne straniere;
- il parto in età avanzata continua ad incrementarsi nella regione Emilia-Romagna, soprattutto per le donne italiane, mentre nelle donne straniere questo fenomeno è più contenuto, con valori percentuali, nella nostra realtà, pari a meno della metà rispetto alle donne italiane.

### 6.7.3 I principali Paesi di origine delle madri straniere

Secondo il CedAP 2006, nella regione Emilia Romagna oltre il 50% delle donne straniere proviene dai primi 5 Paesi esteri più rappresentati: Marocco (18,7%), Albania (12,5%), Romania (8,8%), Cina (7,0%), Tunisia (6,3%).

Nella realtà ferrarese, come si osserva dal grafico, nell'anno 2006 è necessario citare i primi sei Paesi di origine della madre, che sono nell'ordine: Marocco, Moldavia, Romania, Nigeria, Albania e Cina, come appare dal grafico.

**Grafico 6.22: Paesi di origine delle madri straniere nella provincia di Ferrara, confronto 2005-2006 (% nati con cittadinanza straniera per paese di provenienza)**



#### 6.7.4 L'epoca di effettuazione della prima visita e servizi di accesso

Secondo i dati regionali, i comportamenti di italiane e straniere sono molto diversi:

- ◆ il 43,2% delle donne straniere, contro il 68,2% delle italiane, effettuano il primo controllo entro la 8<sup>a</sup> settimana di età gestazionale
- ◆ il 29,3% delle straniere lo effettua dopo la 12<sup>a</sup> settimana, contro il 10,1% delle italiane
- ◆ più della metà delle donne straniere sceglie il periodo tra la 8<sup>a</sup> e la 12<sup>a</sup> settimana di età gestazionale per la prima visita in gravidanza
- ◆ ci sono ancora donne che non ricorrono a visite per tutta la gravidanza: lo 0,5% delle italiane e l'1,8% delle straniere.

La spiegazione di tali evidenti differenti comportamenti è da attribuire senz'altro ai diversi costumi, e alla diversa composizione delle varie nazionalità nelle aree della regione, ma anche alla carente informazione sui servizi disponibili.

Se si esaminano i servizi utilizzati, si evidenzia che il 77,9% delle straniere si affida ai servizi pubblici, di cui ben il 64,4% è rappresentato dal consultorio del territorio di riferimento, mentre le donne italiane ricorrono al ginecologo privato nel 78,3% dei casi.

#### 6.7.5 Gli aborti spontanei

**Tabella 6.28: Aborti spontanei in provincia, 2003 - 2006, per cittadinanza**

Anno	italiane	straniere	totale	% straniere
2003	457	22	479	4,59
2004	476	22	498	4,42
2005	446	84	530	15,85
2006	444	111	555	20,00

La tabella mostra gli aborti spontanei effettuati nelle strutture provinciali, nel periodo dal 2003 al 2006. L'andamento incrementale può essere spiegato con l'aumentare del flusso migratorio.

**Tabella 6.29: Esiti di gravidanze, per cittadinanza, anno 2006, provincia di Ferrara**

	Donne italiane		Donne straniere	
	v.a.	%	v.a.	%
Parti	2.112	82,63	430	79,50
Aborti spontanei	444	17,37	111	20,50
<b>Totale gravidanze</b>	<b>2.556</b>	<b>100,00</b>	<b>541</b>	<b>100,00</b>

Il confronto tra numero totale di gravidanze (IVG escluse) e aborti spontanei, mostra un differenziale tra donne italiane e donne straniere.

Il sintesi, la donna straniera ha un 20,5% di rischio di aborto spontaneo, rispetto al 17,4% delle donne italiane. La differenza non è particolarmente marcata, ma è comunque un dato su cui è opportuno vigilare.

A livello regionale, gli altri indicatori più interessanti per evidenziare un rischio aggiuntivo per la salute della madre e del bambino non mostrano differenze per ciò che riguarda: i ricoveri in gravidanza, la durata della gravidanza, le modalità del parto, il peso neonatale.

#### 6.7.6 Le indagini prenatali

**Tabella 6.30: Effettuazione di almeno un'indagine prenatale, secondo l'età e la cittadinanza della madre**

Cittadinanza	<= 35 anni	> 35 anni	Totale
Italiane	24,6%	65,5%	35,2%
Straniere	4,3%	25,5%	6,5%
<b>Totale</b>	<b>19,2%</b>	<b>61,4%</b>	<b>28,5%</b>

Fonte: Banca dati CEDAP Emilia-Romagna, 2006

Ci sono importanti differenze tra le donne italiane e le donne straniere, nella effettuazione di indagini prenatali, sia tra donne con un'età inferiore a 35 anni, che superiore.

È evidente che la consapevolezza di poter prevenire nascite di bambini con patologia diagnosticabile in utero appartiene soprattutto alla cultura delle donne occidentali. Non abbiamo dati che ci evidenzino differenze nella patologia cromosomica del neonato, come per esempio le trisomie 21 e 18 che oggi, grazie proprio alle indagini prenatali e all'aborto terapeutico, si sono molto ridotte. Tuttavia, osservando questi dati, si può ipotizzare che l'opportunità offerta dall'aborto terapeutico non sia conosciuta dalle donne straniere come possibilità per evitare la nascita di bambini con anomalie cromosomiche o altro.

#### 6.7.7 Le interruzioni volontarie di gravidanza

La tabella mostra il ricorso all'IVG delle donne italiane, che, considerando i valori assoluti, è sostanzialmente stabile negli anni considerati. Le IVG delle donne straniere mostrano un incremento notevole, indicativo dell'aumento della popolazione immigrata sul nostro territorio.

**Tabella 6.31: Interruzione volontaria di gravidanza nelle strutture sanitarie ferraresi, da parte di donne italiane e straniere, anni 2003-2006**

Anno	italiana	straniera	totale	% straniere
2003	590	81	671	12,1
2004	619	124	743	16,7
2005	577	248	825	30,1
2006	548	294	842	34,9

Fonte: Banca dati SDO, Azienda USL di Ferrara

Nell'anno 2006 le IVG effettuate su donne straniere hanno rappresentato il 34,9%, più di un terzo di tutte le IVG. Il confronto di questo dato con quello dei parti delle donne straniere, pari al 16,9% (dato provinciale) nello stesso anno, porta ad affermare che il ricorso all'aborto volontario è una pratica utilizzata in modo molto superiore dalle donne straniere rispetto alle italiane.

Le prime cinque nazionalità delle donne che ricorrono all'aborto sono, nell'ordine: Romania, Moldova, Marocco, Nigeria, Ucraina. La somma delle IVG effettuate da donne di queste cinque nazionalità supera il 50% dei casi totali.

## **Conclusioni**

### **Aspetti demografici**

Al 31 dicembre 1999, erano residenti in provincia di Ferrara 3.432 stranieri; alla stessa data del 2006, risultano residenti in provincia 15.548 stranieri (numero provvisorio stranieri al 31.12.2007: 18.858 unità). Si valuta che il numero di residenti stranieri in un certo territorio sottostimi le presenze reali di circa il 20%.

Nel contesto regionale, nel quale la popolazione straniera è pari al 7,5% del totale, la provincia di Ferrara è quella in cui la quota di stranieri è la più bassa (4,4%).

Dal punto di vista dell'immigrazione straniera, il Distretto Ovest presenta una quota di popolazione straniera pari al 5,9% della popolazione, mentre nei rimanenti distretti questa quota si attesta sul 4%.

Le tre nazionalità più rappresentate in provincia sono, nell'ordine: Marocco, Albania e Ucraina. Mentre per le prime due nazionalità i maschi sono, seppure di poco, più rappresentati delle femmine, la nazionalità ucraina è rappresentata per la stragrande maggioranza da donne: sono le "badanti", la cui presenza si concentra soprattutto nel capoluogo e nel Distretto Centro-Nord.

Per quanto riguarda la struttura per età, la popolazione straniera residente in provincia di Ferrara presenta i tratti tipici delle popolazioni straniere immigrate: una quota rilevante di giovani (nel Distretto Ovest, soprattutto maschi), una quota trascurabile di anziani sopra i 65 anni e un sensibile allargamento della "base" della piramide delle età, dovuto alla presenza dei nuovi nati. A questi usuali elementi si aggiunge una peculiare caratteristica della provincia di Ferrara, dovuta al fenomeno delle "badanti" provenienti dall'Est Europa: la forte presenza di donne in età compresa tra 40 e 64 anni, in modo particolare nel Distretto Centro-Nord.

### **La salute degli immigrati**

La letteratura è concorde nell'affermare che l'immigrato arriva generalmente nel nostro Paese con un "patrimonio" di salute pressoché integro: proprio la forza-lavoro, su cui l'immigrato gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, risulta legata all'integrità fisica; questa considerazione è sintetizzata nell'espressione "effetto migrante sano".

Nel periodo 2001-2005 si è notato un incremento della percentuale degli infortuni sul lavoro degli immigrati (vedi grafico 6.10) con differenze nelle diverse aree della provincia che risentono probabilmente anche della disomogenea distribuzione di tale popolazione.

L'anagrafe sanitaria in provincia di Ferrara ha registrato variazioni anomale e discontinue della quota di stranieri iscritta, non legate al corrispondente andamento delle residenze. Nel 2006, a fronte di 9.606 iscritti, si rilevano 15.548 residenti, con un rapporto pari al 61,8%, riducendo il potenziale delle normali pratiche di assistenza di base e di prevenzione previste per i residenti.

Da dati aggiornati al 31.12.2007, risulta che, a seguito di interventi correttivi che hanno migliorato l'informazione ai cittadini stranieri, su 18.858 residenti stranieri, la quota di stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria si è innalzata fino all'87,8% (dato in attesa di conferma).

L'aumento dei ricoveri ospedalieri degli stranieri, è un fenomeno che ha interessato tutte le strutture sanitarie della provincia. La popolazione straniera ha caratteristiche di composizione interna (classi d'età e genere) differente, e la distribuzione dei ricoveri lo testimonia.

Il 58% dei ricoveri di donne si concentra prevalentemente in reparti di ostetricia e ginecologia. La frequenza maggiore di ricoveri tra gli uomini riguarda eventi traumatici (incidenti sul lavoro). Pur con tutte le cautele interpretative del caso, per alcuni gruppi di patologie esiste un differenziale tra popolazione italiana e popolazione straniera: sono più elevate le malattie infettive, le patologie del periodo neonatale e infantile.

Nel periodo tra il 2001 e il 2005 è aumentata la percentuale di casi di tubercolosi in cittadini stranieri. Nel 2005 sono stati 17 casi su 32 totali, mentre nel 2006 sono stati 10 gli stranieri con tb, su un totale di 30 casi. I tassi corrispondono a quelli registrati a livello regionale.

La malattia tubercolare rappresenta il risultato di lunghi periodi in ambienti di vita malsani e affollati e della precarietà abitativa.

Nell'anno 2006 i parti di donne straniere nel territorio ferrarese sono in media il 16,9% del totale, con differenze significative nei territori dei tre distretti (vedi tabella 6.27).

L'età delle donne è distribuita in modo differente tra italiane e straniere. Tra le donne straniere è relativamente più frequente la gravidanza in età anche molto precoce e nelle minorenni (vedi grafico 6.21).

In gravidanza le donne straniere si sottopongono ad un numero minore di visite di controllo e di indagini prenatali.

Benché i dati non mostrino una situazione di rischio maggiore per il neonato di madre straniera (basso peso neonatale, prematurità, natimortalità), il numero degli aborti spontanei sembra essere un esito più frequente nelle gravidanze delle straniere.

Gli aborti volontari da parte di donne straniere sono in aumento e, nel 2006, sono stati il 34,9% del totale (la media regionale nello stesso periodo è del 40,3%). Le nazionalità più rappresentate sono quelle del Marocco e dell'Europa dell'Est. Nel territorio ferrarese e soprattutto nel capoluogo, queste ultime, sono donne che in gran parte lavorano come "badanti", quasi sempre sole nell'esperienza migratoria, e quindi in una precarietà più accentuata di tipo lavorativo e abitativo.

Le difficoltà che mettono a rischio la salute della donna e del bambino sono rappresentate dalla necessità di lavorare, dalla mancanza di rete familiare e sociale, dalla precarietà abitativa, dalla scarsa conoscenza dei servizi disponibili, dei costumi e delle usanze, che possono rendere la donna socialmente accettata o rifiutata.

Nel caso della maternità troppo precoce il rischio aumenta ed è maggiore per il neonato, che in un momento della vita di grande fragilità, somma ai rischi di una scarsa integrazione sociale del proprio nucleo familiare, quello di una madre molto giovane, inesperta e quasi sempre sola. L'aumento (a fine 2006) del 50% dei residenti stranieri rispetto al 2002 comporta un incremento notevole della domanda sanitaria e dei bisogni reali di salute, e la necessità di fornire risposte articolate in funzione delle diverse nazionalità, età, appartenenti a mondi culturalmente diversi, a volte separati da pregiudizi culturali e razziali.

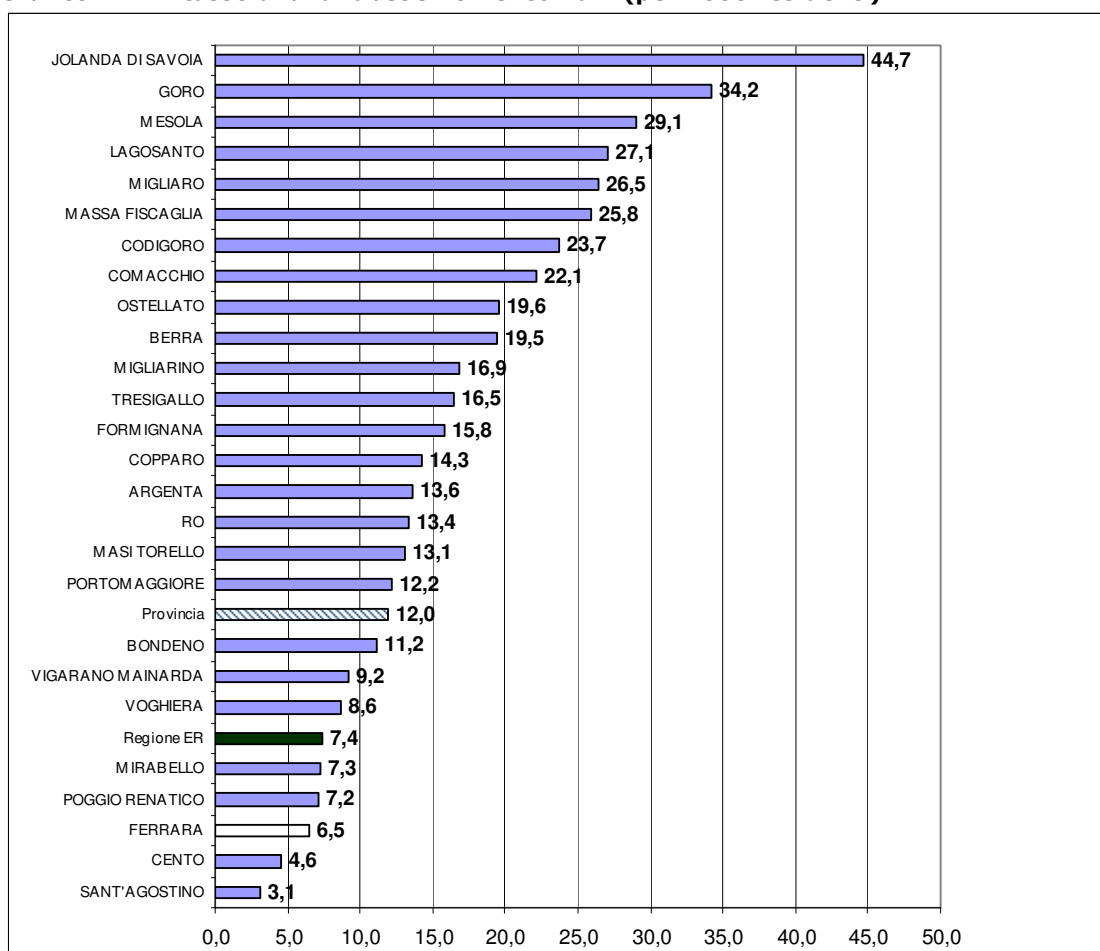
## Dominio 7: I livelli di istruzione e la dispersione scolastica

### 7.1 I livelli di istruzione in provincia di Ferrara (2001)

Il territorio della provincia di Ferrara sconta ancora oggi, per ragioni storiche, un notevole ritardo rispetto al resto della regione Emilia-Romagna nei livelli medi di istruzione della popolazione. Purtroppo, i dati analitici più recenti sui livelli di istruzione sono quelli ricavati dal Censimento della popolazione del 2001, che qui presentiamo. Per quanto un po' "datati", questi dati consentono comunque di avere un'idea generale della situazione attuale, e di fare confronti tra le diverse aree del territorio.

Abbiamo selezionato tre "indicatori" del livello medio di istruzione dei comuni: il tasso di analfabetismo (numero di analfabeti sul totale della popolazione di almeno 15 anni di età), il tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo (il numero di coloro che non hanno la licenza media, sul totale della popolazione tra 15 e 52 anni), e infine il rapporto tra laureati e analfabeti.

**Grafico 7.1: Il tasso di analfabetismo nei comuni (per 1000 residenti)**



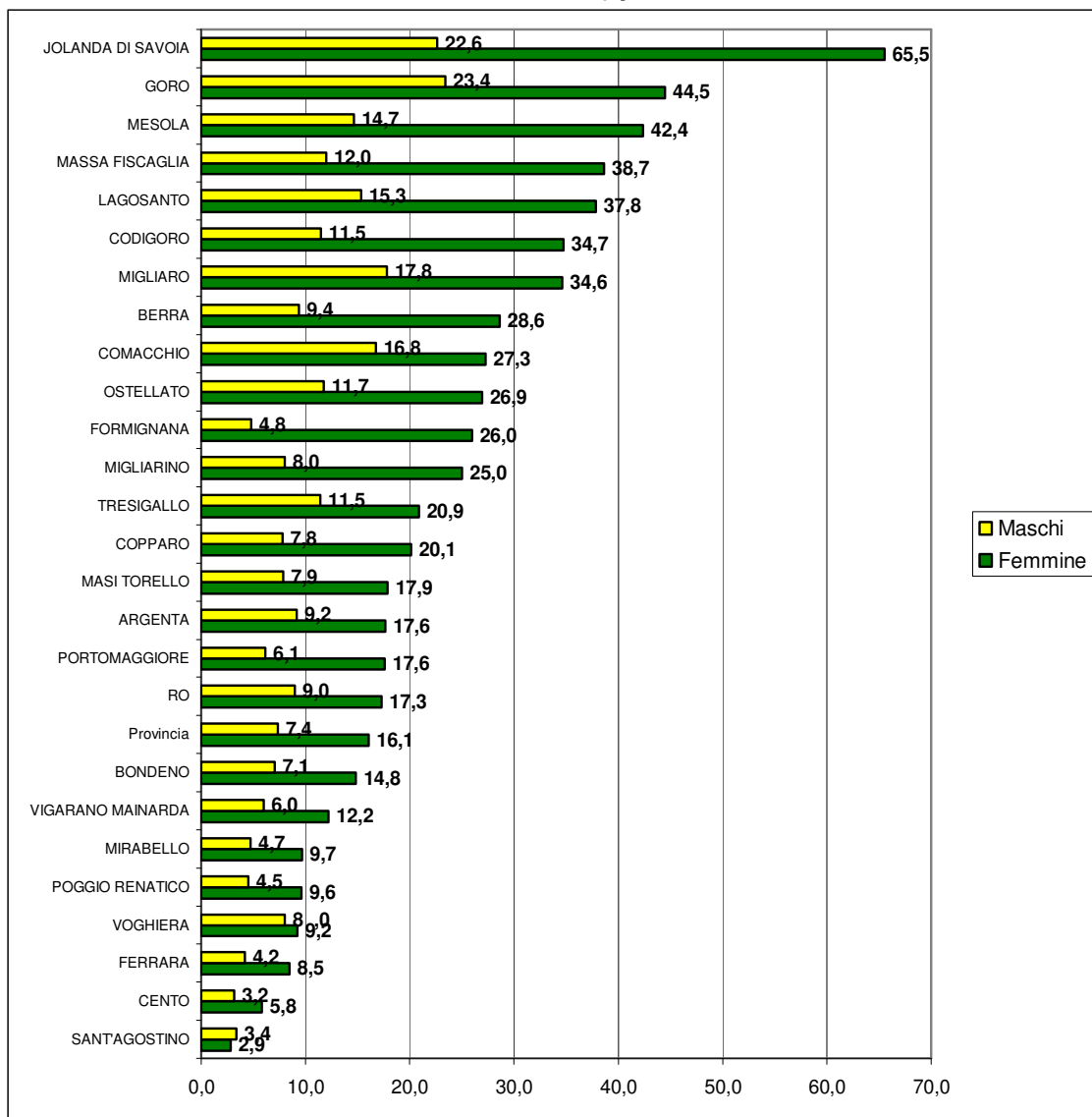
Fonte: Censimento 2001

Quello dell'analfabetismo può apparire a un primo esame un argomento ottocentesco, ma nel 2001, in provincia di Ferrara, 12 persone su mille erano analfabete, cioè avevano dichiarato in occasione del Censimento di non saper leggere né scrivere. Un tasso decisamente superiore a quello regionale, pari al 7,4 per mille. Osservando il grafico, si può facilmente notare che il tasso di analfabetismo è fortemente disomogeneo sul territorio. I valori più bassi si hanno tutti in comuni del Distretto Ovest: Sant'Agostino, Cento, Poggio Renatico, Mirabello. Fa eccezione,

ovviamente, la realtà urbana del comune di Ferrara, che presenta comunque un tasso non particolarmente basso (6,5).

All'opposto, i tassi più elevati si hanno in comuni "svantaggiati" del Distretto Centro-Nord (il dato più alto spetta a Jolanda di Savoia, 44,7 analfabeti su mille) e in comuni del Distretto Sud-Est (Goro, Mesola, Lagosanto, Migliaro).

**Grafico 7.2: Il tasso di analfabetismo nei comuni, per sesso**



Fonte: Censimento 2001

Oltre alle differenze territoriali appena viste, il tasso di analfabetismo è fortemente differenziato per sesso, con un forte differenziale a tutto svantaggio delle femmine (16,1% è il tasso provinciale di donne analfabete). Dobbiamo infatti tenere presente che si tratta di un indicatore che sconta fortemente le situazioni del passato; un passato in cui la scolarizzazione, molto deficitaria per tutti, "privilegiava" comunque in larga misura i maschi e tendeva a tenere del tutto lontane dall'istruzione le femmine. Il tasso più elevato di analfabetismo femminile si ha nel comune di Jolanda di Savoia (65,5 per mille), mentre il più basso è a Sant'Agostino (2,9 per mille). È interessante notare il fatto che, generalmente, dove i tassi femminili sono molto elevati, è anche più elevato il differenziale rispetto ai maschi (è il caso di Jolanda di Savoia, Goro, Mesola, Massa Fiscaglia e Lagosanto).

**Tabella 7.1: Il tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo (per 100)**

Comune	Maschi	Femmine	Totale	Differenza Femmine-Maschi
Argenta	9,48	11,09	10,26	1,61
Berra	11,17	13,37	12,23	2,2
Bondeno	9,58	10,8	10,18	1,22
Cento	8,23	8,62	8,42	0,39
Codigoro	11,55	11,72	11,63	0,17
Comacchio	13,87	16,93	15,4	3,06
Copparo	11,03	11,85	11,44	0,82
Ferrara	5,66	6,56	6,11	0,9
<b>Formignana</b>	<b>7,77</b>	<b>13,24</b>	<b>10,4</b>	<b>5,47</b>
<b>Goro</b>	<b>14,6</b>	<b>23,21</b>	<b>18,87</b>	<b>8,61</b>
Jolanda di Savoia	14,34	16,35	15,34	2,01
Lagosanto	13,9	15,85	14,88	1,95
<b>Masi Torello</b>	<b>6,36</b>	<b>11,15</b>	<b>8,74</b>	<b>4,79</b>
Massa Fiscaglia	9,73	13,45	11,51	3,72
Mesola	15,82	17,58	16,68	1,76
<b>Migliarino</b>	<b>9,83</b>	<b>16,05</b>	<b>12,85</b>	<b>6,22</b>
Migliaro	15,12	18,2	16,58	3,08
Mirabello	6,51	10,28	8,3	3,77
Ostellato	12,71	14,67	13,66	1,96
Poggio Renatico	9,41	9,65	9,53	0,24
Portomaggiore	8,68	12,2	10,4	3,52
Ro	9,43	12,94	11,16	3,51
Sant'Agostino	8,03	9,44	8,71	1,41
Tresigallo	8,15	10,07	9,12	1,92
Vigarano				
Mainarda	8,89	10,49	9,69	1,6
Voghiera	8,58	11,23	9,86	2,65
<b>Provincia</b>	<b>8,7</b>	<b>10,22</b>	<b>9,45</b>	<b>1,52</b>
<b>Regione ER</b>	<b>7,53</b>	<b>8,32</b>	<b>7,92</b>	<b>0,79</b>
<b>ITALIA</b>	<b>9,16</b>	<b>11,72</b>	<b>10,44</b>	<b>2,56</b>

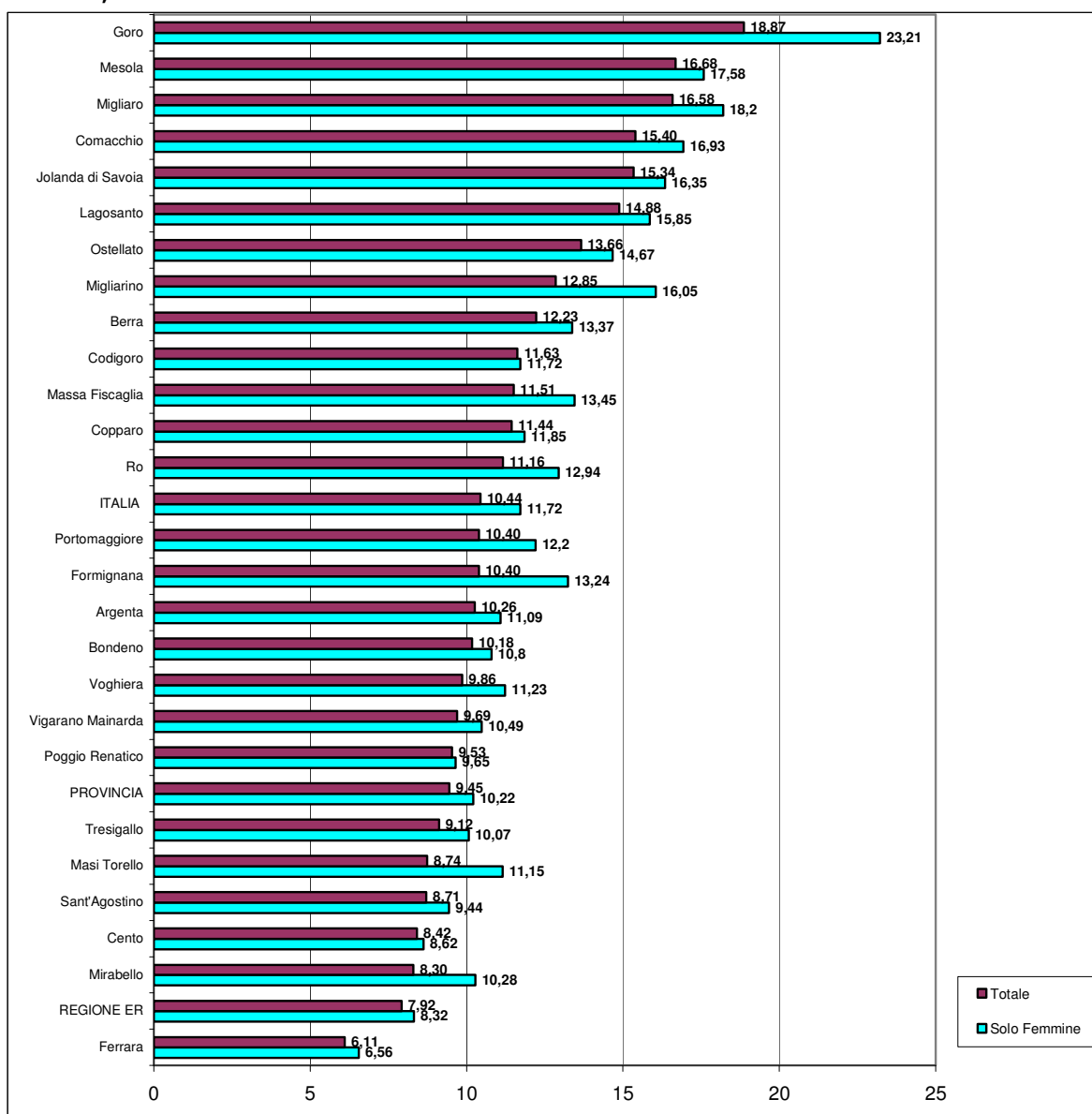
Fonte: Censimento 2001

L'analfabetismo colpisce le generazione più anziane, ed è pertanto un indicatore fortemente condizionato dall'arretratezza "storica" di un comune, e quindi di una condizione in via di esaurimento. Un indicatore più "attuale" è invece il tasso di non conseguimento dell'obbligo scplastico, che si basa soltanto sul contingente di popolazione tra 15 e 52 anni di età. Ai primi posti troviamo alcuni comuni del Distretto Sud-Est: Goro, Mesola, Migliaro e Comacchio. È da sottolineare il fatto che questo indicatore è sistematicamente più elevato per le donne, e in alcuni casi esiste un differenziale enorme tra maschi e femmine, segnalando così la presenza di una fortissima discriminazione di genere nell'accesso all'istruzione (che non è un privilegio, ma un diritto inalienabile, sancito dalla Costituzione); una discriminazione che, in anni non molto lontani da noi, ha interessato pesantemente questi territori. Segnaliamo le differenze più forti: Goro, Migliarino, Formignana, Masi Torello. A Goro, 23 donne su 100 non hanno conseguito la licenza media.

Solo il comune di Ferrara ha un valore più basso della media regionale, mentre la provincia si situa un punto percentuale al di sotto del valore nazionale (che è pari al 10,44%).



**Grafico 7.3: Tassi di non conseguimento scuola dell'obbligo (15-52 anni), totale e solo femmine, 2001**



Fonte: Censimento 2001

### 7.1.1 Il rapporto laureati/analfabeti

All'opposto, può essere interessante vedere non più l'analfabetismo o l'arretratezza, ma la presenza di "eccellenze" di istruzione sul territorio, cioè di laureati. Rapportando il numero di questi ultimi al numero di analfabeti, si può cogliere quanto la "vocazione" attuale di un comune (i laureati) è in grado di sopravanzare, oppure no, il livello di arretratezza residuo (gli analfabeti). Resta inteso, ovviamente, che questo indicatore è fortemente condizionato dalla struttura per età, e tende ad essere più basso nelle realtà in cui è più rappresentata la popolazione anziana a scapito dei giovani.

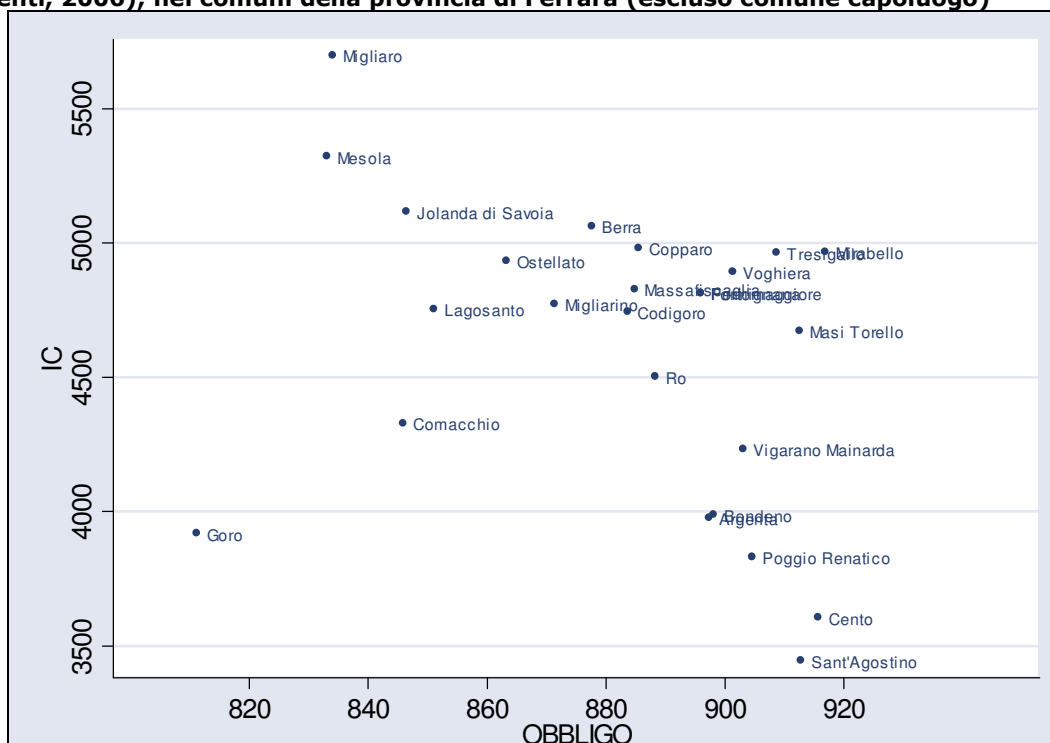
**Tabella 7.2: Laureati e analfabeti nella provincia di Ferrara**

Comune di residenza	Laureati	Analfabeti	Laureati/Analfabeti
Comune di FERRARA	13.370	776	17,23
BERRA	100	104	0,96
COPPARO	630	237	2,66
FORMIGNANA	73	41	1,78
JOLANDA DI SAVOIA	39	138	0,28
MASI TORELLO	85	28	3,04
RO	107	47	2,28
VOGHIERA	106	31	3,42
TRESIGALLO	134	71	1,89
<b>Altri comuni Distretto Centro-Nord</b>	<b>1.274</b>	<b>697</b>	<b>1,83</b>
BONDENO	629	160	3,93
CENTO	1.483	118	12,57
MIRABELLO	103	22	4,68
POGGIO RENATICO	254	49	5,18
SANT'AGOSTINO	212	17	12,47
VIGARANO MAINARDA	236	55	4,29
<b>Distretto Ovest</b>	<b>2.917</b>	<b>421</b>	<b>6,93</b>
ARGENTA	714	266	2,68
CODIGORO	359	282	1,27
COMACCHIO	415	400	1,04
LAGOSANTO	57	107	0,53
MASSA FISCAGLIA	56	90	0,62
MESOLA	132	198	0,67
MIGLIARINO	113	57	1,98
OSTELLATO	130	124	1,05
PORTOMAGGIORE	403	133	3,03
GORO	41	126	0,33
MIGLIARO	28	55	0,51
<b>Distretto Sud-Est</b>	<b>2.448</b>	<b>1.838</b>	<b>1,33</b>
<b>Provincia</b>	<b>20.009</b>	<b>3.732</b>	<b>5,36</b>

Fonte: Censimento 2001

7.1.2 Quanto incide sulla spesa sanitaria l'istruzione

**Grafico 7.4: Relazione tra Indice di conseguimento dell'istruzione obbligatoria (X 1000 residenti, Censimento 2001) e Indice di consumo di prestazioni specialistiche (X 1000 residenti, 2006), nei comuni della provincia di Ferrara (escluso comune capoluogo)**



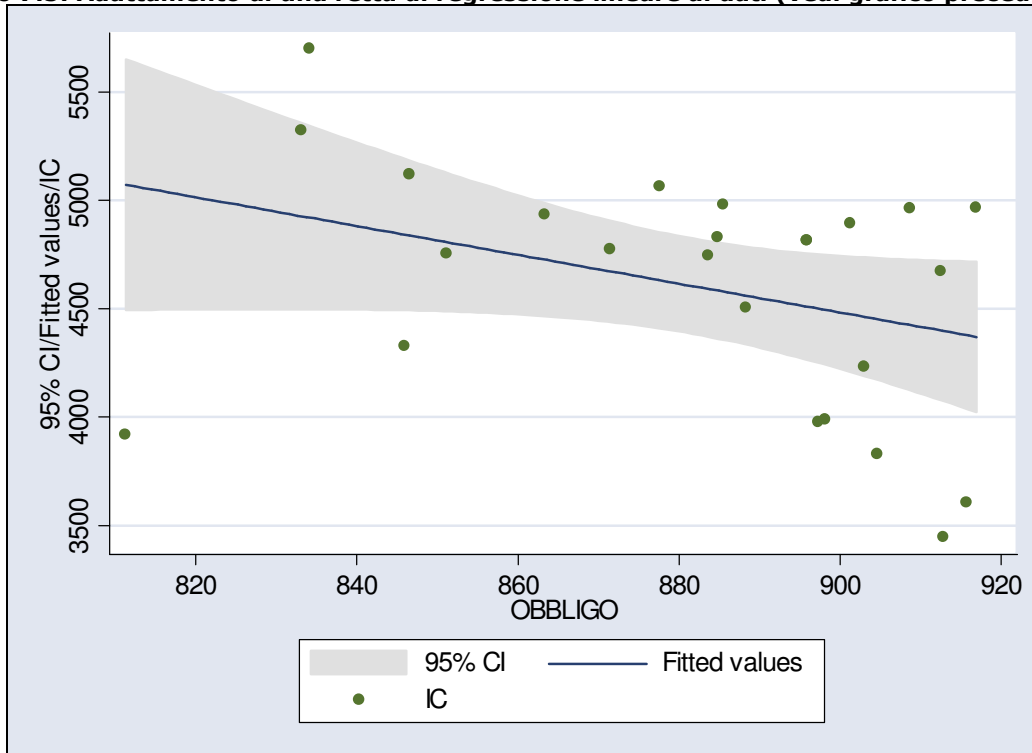
È nota dai dati di letteratura l'esistenza di una relazione diretta, a livello di piccole aggregazioni territoriali (come i comuni), tra il livello medio di istruzione e il consumo delle prestazioni sanitarie. In generale, all'aumentare del livello medio di istruzione tende a diminuire nettamente il consumo di prestazioni sanitarie, e di conseguenza la spesa sanitaria complessiva. Quale indicatore dei consumi sanitari, abbiamo utilizzato il cosiddetto *Indice di consumo complessivo delle prestazioni specialistiche*, che conta quante prestazioni specialistiche sono state effettuate, nel corso di un anno, per mille residenti (al netto del laboratorio e del pronto soccorso). Nel nostro caso l'indice è relativo al 2006.

Quale indicatore del livello di istruzione, abbiamo utilizzato l'indice di conseguimento dell'istruzione obbligatoria, ricavato dai dati del Censimento della popolazione del 2001. Questo indice conta (su 1000 residenti, in età compresa tra 15 e 52 anni) quanti dispongono del livello di istruzione obbligatoria minimo per le coorti di nascita tra i 15 e i 52 anni nel 2001, ovvero della licenza di scuola media. Abbiamo utilizzato dati provenienti dal Censimento del 2001 perché si tratta dell'unica rilevazione ufficiale in grado di fornire il livello di dettaglio comunale. Dai calcoli è stato escluso il comune di Ferrara, le cui dimensioni demografiche non consentono l'accostamento con i rimanenti comuni della provincia.

Come è facile notare osservando il grafico, la relazione negativa tra i due fenomeni è evidente. Per fare alcuni esempi, tra loro contrapposti: il comune di Cento ha uno dei più elevati indici di istruzione e un bassissimo IC mentre, all'opposto, il comune di Mesola presenta un basso livello di istruzione e uno dei valori più elevati dell'IC. Fa eccezione soltanto il comune di Goro, che evidentemente presenta una situazione affatto peculiare, sia di livello di istruzione, sia di livello dell'indice di consumo sanitario.

A seguito di questa prima analisi empirica, abbiamo cercato di adattare una retta di regressione lineare ai dati.

**Grafico 7.5: Adattamento di una retta di regressione lineare ai dati (vedi grafico precedente)**



Come appare evidente anche dal grafico, la relazione lineare esistente tra i due fenomeni non è fortissima quanto all'intensità<sup>90</sup>.

<sup>90</sup> I dati presentano un discreto adattamento al modello lineare; è soltanto la presenza del dato "anomalo" di Goro a spostare verso il basso l'indice di adattamento del modello lineare ( $R^2 = 0,12$ , ma senza Goro si avrebbe  $R^2 = 0,33$ ). Il coefficiente di regressione lineare è pari a  $-6,635$ , mentre il coefficiente di correlazione tra i due fenomeni è pari a  $-0,35$  (statisticamente significativo).

## 7.2 La dispersione scolastica in provincia di Ferrara (anno scolastico 2004/05)

L'ampio fenomeno della dispersione scolastica, secondo i più recenti orientamenti pedagogici, comprende tutti quegli eventi che, nel corso di una carriera scolastica, concorrono alla fuoriuscita dello studente dal sistema scolastico.

Per valutare il fenomeno, sono principalmente tre gli indicatori più utilizzati nella letteratura pedagogica e didattica: il tasso di bocciatura, cioè la quota di alunni respinti sugli iscritti totali in un determinato anno scolastico, il tasso di ripetenza, cioè la quota di alunni che stanno ripetendo, in quell'anno scolastico, una classe che hanno già sperimentato con insuccesso in precedenza; infine il tasso di abbandono, cioè la quota di alunni che, in corso d'anno, lasciano in modo formalizzato o non formalizzato il corso di studi che stanno seguendo.

I dati cui qui facciamo riferimento ci sono stati forniti dall'Ufficio Scolastico Provinciale, che ci ha permesso di utilizzare, limitatamente agli scopi relativi al presente studio, i dati della banca dati on line del Ministero della Pubblica Istruzione. Purtroppo, i dati sugli abbandoni non sono tra quelli forniti per *default* da questa banca dati, e abbiamo pertanto dovuto rinunciare a questa informazione.

I dati a cui facciamo riferimento sono relativi agli alunni iscritti nell'anno scolastico 2005/06 (erano i più recenti disponibili), a cui ci siamo riferiti per il calcolo dei tassi di ripetenza, mentre per il calcolo dei tassi di bocciatura abbiamo dovuto considerare gli esiti dell'anno scolastico precedente, cioè il 2004/05. Sono considerati sia gli alunni delle scuole statali che quelli delle scuole non statali.

Abbiamo scelto deliberatamente di escludere dal computo gli alunni della scuola primaria, per i quali, almeno nella nostra realtà, i tassi di bocciatura e di ripetenza sono prossimi allo zero. Un grande vantaggio della banca dati MPI consiste nel presentare i dati relativi alle scuole medie non solo per le singole scuole, ma per residenza degli alunni. Questo ci ha consentito, seppure limitatamente alle scuole medie, di calcolare indicatori disaggregati a livello distrettuale e comunale.

### 7.2.1 Gli alunni non ammessi: i "tassi di bocciatura"

*Le bocciature nella scuola secondaria di I grado*

**Tabella 7.3: Tasso di bocciatura, per genere**

	Iscritti	Ammessi	Non ammessi	Tasso (%)	Tasso Italia (%)
Femmine	3.358	3.299	59	1,76	1,8
Maschi	3.668	3.554	114	3,11	3,5
<b>Totale</b>	<b>7.026</b>	<b>6.853</b>	<b>173</b>	<b>2,46</b>	<b>2,7</b>

**Tabella 7.4: Tasso di bocciatura, per anno di corso**

	Iscritti	Ammessi	Non ammessi	Tasso (%)	Tasso Italia (%)
I anno	2.268	2.210	58	2,56	2,9
II anno	2.353	2.293	60	2,55	2,8
III anno	2.405	2.350	55	2,29	2,4
<b>Totale</b>	<b>7.026</b>	<b>6.853</b>	<b>173</b>	<b>2,46</b>	<b>2,7</b>

Nell'anno scolastico 2004/05, tra i residenti in provincia di Ferrara, complessivamente, non sono stati ammessi alla classe successiva 173 alunni, determinando un tasso di bocciatura del 2,46%. Il valore è in linea col valore medio nazionale che, nello stesso anno scolastico è stato pari a 2,7%. Il valore ferrarese è piuttosto basso, tuttavia presenta diversi livelli di disomogeneità al suo interno.

Innanzitutto, si differenzia nei due sessi: è pari a 3,11 per i maschi, e a 1,76 per le femmine; una differenza che peraltro, come si nota dalla tabella, esiste anche a livello nazionale. Ma soprattutto, ed è questo un dato purtroppo noto a tutti coloro che operano nel mondo della

scuola, le bocciature sono concentrate soprattutto nei primi due anni di corso (2,56 in prima e 2,55 in seconda), segnalando il fatto che, ancora oggi, la scuola media non ha superato la sua fondamentale natura di "prima selezione" del percorso scolastico, un percorso sempre sicuro e senza interruzioni fino al conseguimento della licenza elementare, che però, fin dal primo anno delle medie, "screma" una parte forse non molto grande ma certamente non nulla del contingente scolastico. La scuola media è ancora oggi insomma, anche nella percezione di molti insegnanti, concepita come "la prima vera scuola" che un alunno incontra, con le ovvie conseguenze di natura selettiva che questo comporta. È anche noto che, spesso, questa piccola quota di "eliminati" dal sistema scolastico non vi rientra più, o è comunque destinata ad un percorso successivo assai difficoltoso.

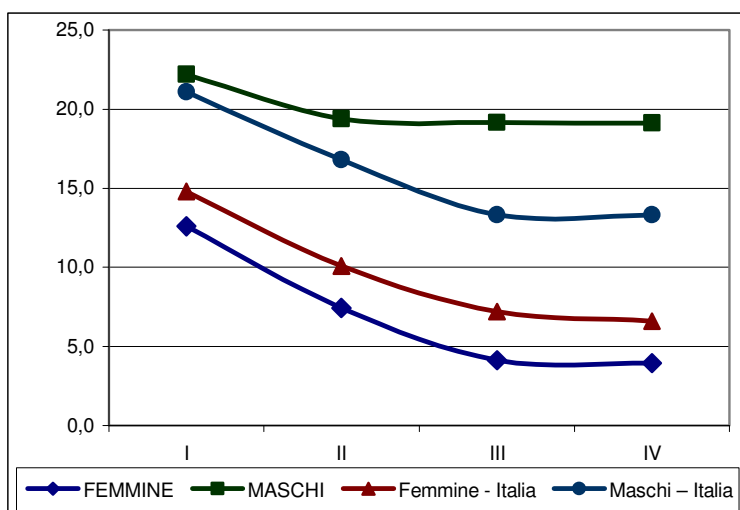
**Tabella 7.5: Tasso di bocciatura, per Distretto di residenza**

Comune-Distretto	Iscritti	Ammessi	Non ammessi	Tasso (%)
Comune di FERRARA	2.571	2.503	68	<b>2,64</b>
Distretto Centro-Nord	3.458	3.370	88	<b>2,54</b>
Distretto Ovest	1.554	1.507	47	<b>3,02</b>
Distretto Sud-Est	2.014	1.976	38	<b>1,89</b>
<b>Provincia</b>	<b>7.026</b>	<b>6.853</b>	<b>173</b>	<b>2,46</b>

Disaggregando i dati per comune e Distretto di residenza degli alunni, notiamo che il tasso di bocciatura non è omogeneo sul territorio provinciale. Infatti, il tasso più elevato (3,02%) si registra nel Distretto Ovest, mentre quello più basso (1,89%) si osserva nel Distretto Sud-Est. Verosimilmente, il livello più elevato di bocciature nei comuni del Distretto Ovest è dovuto – come abbiamo visto nel capitolo sugli stranieri – alla forte presenza in quei comuni di alunni stranieri. È infatti noto che gli stranieri di "prima generazione" (cioè direttamente immigrati dall'estero), soprattutto se arrivano in Italia ad un'età relativamente avanzata, presentano grosse difficoltà linguistiche, che purtroppo finiscono spesso per tradursi in bocciature.

#### *Le bocciature nella scuola superiore*

**Grafico 7.4: Tasso di bocciatura per sesso e anno di corso, scuola secondaria II grado, a.s. 2004/05**



Per la stessa natura dei dati forniti dal Ministero, per la scuola secondaria superiore riportiamo i dati relativi alle bocciature dal I al IV anno di corso; per quanto riguarda gli esami di maturità, infatti, i dati relativi a questi ultimi sono gestiti in modo completamente indipendente dagli altri, e non sono riportati nella banca dati in linea del MPI. A tutto ciò va aggiunto poi, che l'Anno Scolastico 2004/05 è stato il primo in cui è stata abolita la possibilità di non ammissione all'esame: fatto questo che ha notevolmente "migliorato" gli esiti dell'ultimo

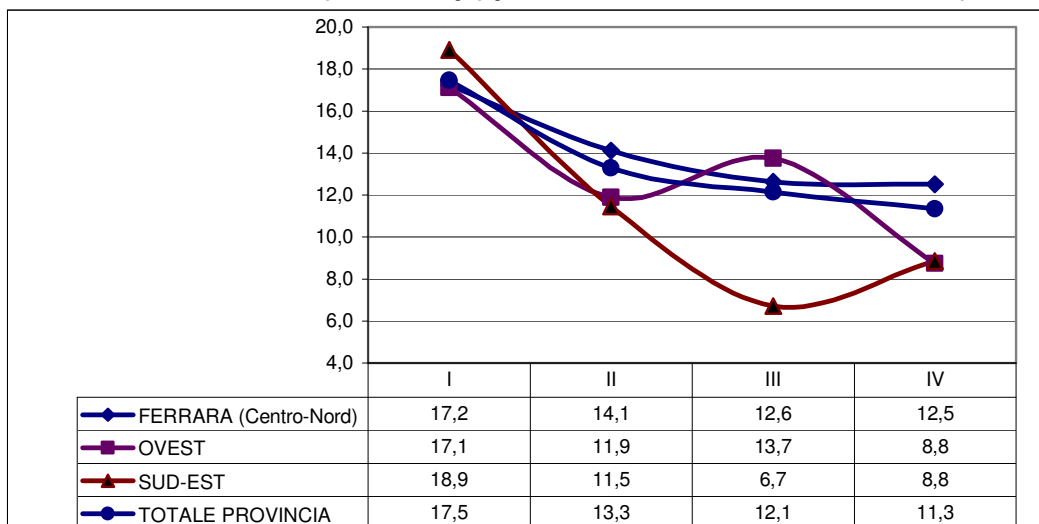
“passo” compiuto dall’alunno nella scuola<sup>91</sup>, rendendo inoltre tali esiti non confrontabili con gli anni precedenti.

Il tasso di bocciatura complessivo, per i primi quattro anni di corso delle superiori, è pari a Ferrara al 13,9%, un valore di oltre due punti più elevato rispetto alla media nazionale.

È facile notare che i tassi di bocciatura sono elevati soprattutto al primo anno; in questo pesa sicuramente un fattore selettivo forte per il passaggio tra i due gradi scolastici della scuola secondaria, ma non dobbiamo dimenticare neppure la novità introdotta con l’innalzamento dell’obbligo scolastico – nell’anno scolastico a cui facciamo riferimento – ai 15 anni di età (poi ulteriormente aumentato a 16 anni). Questo ha comportato, da parte di molti ragazzi, l’iscrizione “fittizia” a un istituto superiore, non finalizzata a un reale proseguimento degli studi ma solo a un “parcheggio” fino al raggiungimento dei 15 anni di età. Come ovvia conseguenza, moltissimi di quei ragazzi non sono stati ammessi al secondo anno di corso. È molto forte la differenza tra i due sessi: le femmine sono nettamente più virtuose, in tutti gli anni di corso. Si noti come il differenziale tra i due sessi, che è presente anche a livello nazionale, sia però molto più accentuato nella realtà di Ferrara, e in modo particolarmente accentuato nelle classi avanzate.

*Per Distretto sanitario e anno di corso*

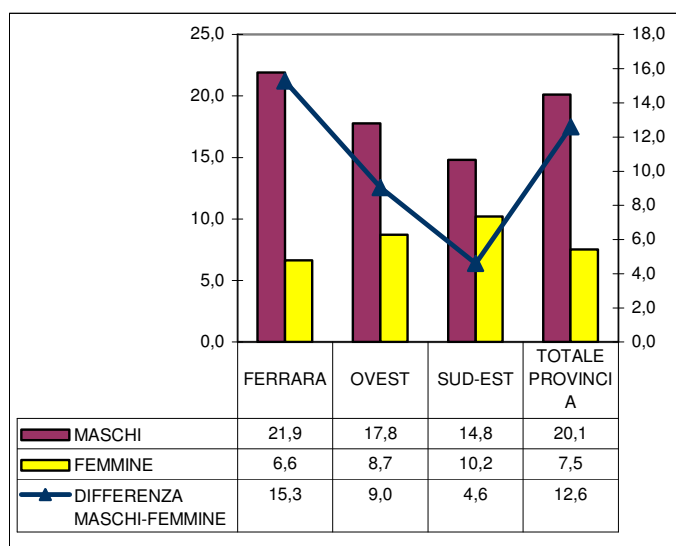
**Grafico 7.5: Tasso di bocciatura, Media sup., per sede dell’Istituto e anno di corso, '04/'05**



I dati relativi agli alunni delle scuole superiori non sono classificati, nella banca dati ministeriale, secondo la residenza degli alunni, come accadeva per la scuola media, ma secondo la collocazione geografica degli istituti scolastici. Tuttavia, rimane comunque la possibilità di fare confronti, visto che in ogni caso la scelta di una scuola è almeno in parte condizionata da un fattore logistico, e possiamo comunque supporre che le scuole attraggano in maggioranza alunni residenti nei comuni limitrofi. Vi sono alcune differenze rilevanti tra i distretti: in particolare, nel Distretto Ovest vi è un forte aumento delle bocciature al III anno (13,7%), mentre un comportamento opposto si nota nel Distretto Sud-Est, dove le bocciature al III anno diminuiscono drasticamente.

<sup>91</sup> I dati sugli esami di maturità vengono rilevati separatamente dal Ministero della Pubblica Istruzione, nella “Rilevazione sugli Esami di Stato”. Per l’anno scolastico 2004/05, era stata abolita la non ammissione all’esame, vigente in precedenza. Pertanto, si devono considerare “bocciati” soltanto gli alunni che, presentatisi agli esami (con l’esclusione dei privatisti), sono stati in questi respinti. Il “tasso di bocciatura” all’esame di maturità è stato in quell’anno (2004/05), a Ferrara, pari al 3,15%, mentre a livello nazionale è stato pari al 3,32%. Com’è evidente, si tratta di valori nettamente più bassi rispetto alle “bocciature” negli anni di corso precedenti.

**Grafico 7.6: Tasso di bocciatura per Distretto e sesso, differenziale tra i due sessi, a.s. 2004/05**

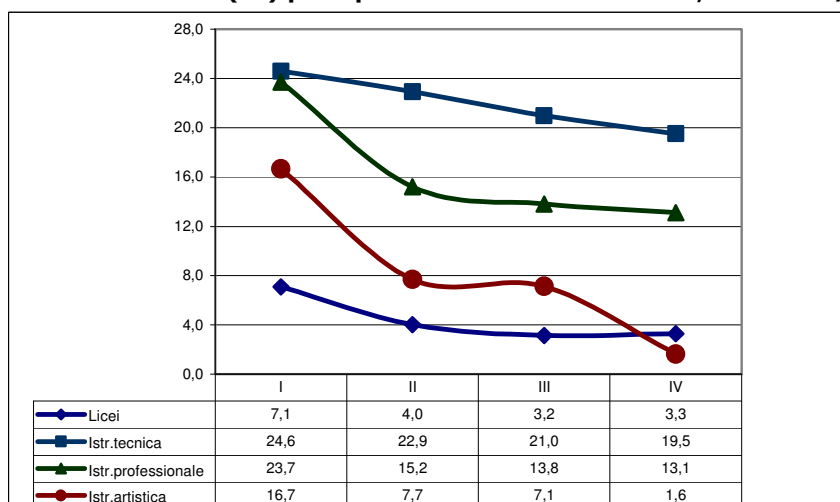


Se analizziamo i dati per Distretto e sesso, notiamo che il forte differenziale che esiste a livello di provincia (+12,6 per i maschi) è fortemente più accentuato nelle scuole del capoluogo, dove la differenza tra i tassi dei due sessi è pari a +15,3 (a "favore" dei maschi), ed è molto forte anche all'Ovest.

*Per tipo di istruzione secondaria*

Tradizionalmente, i tassi di bocciatura sono fortemente differenziati a seconda della tipologia di istruzione secondaria seguita dall'alunno. Riportiamo qui i tassi, classificati secondo la tradizionale disaggregazione del Ministero della Pubblica Istruzione; troviamo pertanto: l'istruzione classica (i licei, esclusi gli artistici), l'istruzione tecnica (gli istituti tecnici commerciali, per geometri, ecc.), l'istruzione professionale, l'istruzione artistica (i licei artistici e gli istituti d'arte).

**Grafico 7.7: Tassi di bocciatura (%) per tipo di istruzione secondaria, A.S. 2004/05**



Come si può notare osservando il grafico, nella realtà ferrarese i licei presentano tassi di bocciatura (relativamente) piuttosto bassi, e in quasi tutte le classi più bassi rispetto alle altre tipologie di istruzione. All'opposto, il livelli più elevati di bocciature si registrano per l'istruzione tecnica che, per tutti e quattro gli anni di corso, oscillano attorno al 20%, raggiungendo la cifra vertiginosa del 24,6% al primo anno. È una realtà piuttosto amara, che dovrebbe far riflettere su molti aspetti della realtà scolastica e formativa nel nostro Paese: al primo anno, un quarto

degli alunni delle scuole tecniche viene bocciato. Notevole, sempre al I anno, è anche il dato relativo all'istruzione professionale: il 23,7% degli alunni del primo anno viene bocciato.

### 7.2.2 Gli alunni ripetenti

*Gli alunni ripetenti nella scuola secondaria di I grado*

**Tabella 7.6: Alunni ripetenti, per genere**

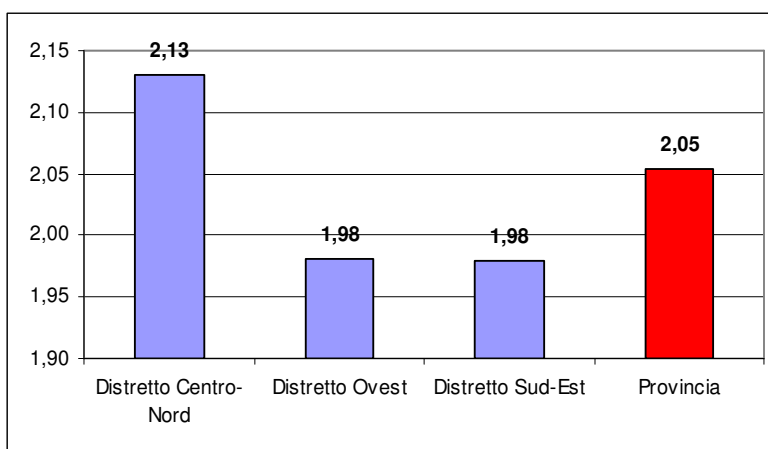
	Iscritti	Ripetenti	Tasso (%)
Femmine	3.298	43	1,30
Maschi	3.666	100	2,73
<b>Totale</b>	<b>6.964</b>	<b>143</b>	<b>2,05</b>

**Tabella 7.7: Alunni ripetenti, per anno di frequenza**

	Iscritti	Ripetenti	Tasso (%)	Tasso Italia (%)	Tasso Italia Nord-Est (%)
I ANNO	2.324	53	2,28	2,5	
II ANNO	2.289	50	2,18	2,3	
III ANNO	2.351	40	1,70	2,0	
<b>Totale</b>	<b>6.964</b>	<b>143</b>	<b>2,05</b>	<b>2,3</b>	<b>1,8</b>

I dati sui ripetenti, sia nella scuola media che nella scuola secondaria di II grado, sono adesso relativi agli alunni iscritti nell'Anno Scolastico 2005/06. Per quanto riguarda la scuola media, l'ordine di grandezza del tasso di ripetenza (%) è simile a quello già visto per il tasso di bocciatura: era d'altra parte logico attendersi un dato di questo tipo perché, trattandosi di istruzione obbligatoria, il fenomeno della fuoriuscita definitiva dell'alunno dopo una bocciatura è pressoché inesistente (oltre che vietato dalle leggi vigenti). I ripetenti sono più frequenti al primo anno (2,28%) e al secondo (2,18%), mentre sono un po' meno al terzo (1,7%). I dati ferraresi sono sostanzialmente in linea rispetto a quelli nazionali: solo leggermente inferiori. Il tasso è invece un po' più alto di quello della ripartizione Nord-Est dell'Italia (1,8%).

**Grafico 7.8: Tassi di ripetenza (%) nei distretti e in provincia, scuola secondaria I grado, a.s. 2005/06**



Osservati per comune di residenza e per Distretto, i dati sui ripetenti ci dicono che il fenomeno della ripetenza è più diffuso al Centro-Nord (2,13%). Se valutati insieme ai dati sulle bocciature, questi dati possono, probabilmente, essere interpretati nel senso di una maggiore propensione all'abbandono da parte degli alunni del Distretto Ovest e del Distretto Sud-Est. Ricordiamo anche che, nel Distretto Ovest, è più elevata la presenza di alunni stranieri i quali, verosimilmente, potrebbero avere - a seguito di una bocciatura - una maggiore disposizione ad abbandonare la scuola rispetto agli alunni italiani, anche perché spesso gli stranieri hanno un'età più avanzata, per precedenti bocciature o per ritardi accumulati durante la loro esperienza migratoria.



**Tabella 7.8: Tassi di ripetenza per anno di corso e genere, confronto pro. Ferrara e Italia, A.S. 2005/06**

Anno di corso	Maschi	Femmine	Totale	Maschi Italia	Femmine Italia	Totale Italia
I	9,59	7,48	8,56			8,9
II	8,10	4,62	6,37			7,7
III	9,21	3,03	6,09			7,8
IV	8,02	2,04	5,07			5,7
V	3,98	1,63	2,74			3,0
<b>Totale</b>	<b>8,09</b>	<b>4,06</b>	<b>6,07</b>	<b>8,8</b>	<b>4,8</b>	<b>6,9</b>

I dati sulla ripetenza nella scuola superiore vanno interpretati, nel senso della dispersione scolastica, secondo due diverse chiavi di lettura. In primo luogo, gli studenti ripetenti possono essere visti come soggetti fortemente a rischio di abbandono per gli anni successivi: quasi sempre una bocciatura "doppia", ma anche il semplice scoraggiamento che fa seguito alla bocciatura, porta all'abbandono nell'anno successivo. Dall'altro punto di vista, la ripetenza è un sintomo della forte difficoltà ad affrontare l'impegno scolastico, difficoltà che può incontrare, soprattutto alle età più avanzate, la potenziale concorrenza del mercato del lavoro. Anche in questo caso, quindi, una ripetenza può trasformarsi, non per scoraggiamento ma per scelta, in una futura fuoriuscita dalla scuola, dovuta in questo caso all'azione competitiva del lavoro. Il risultato è lo stesso: la scuola fallisce il suo compito formativo, e in questo modo produce dispersione. Va poi sottolineato come questo tenda a verificarsi, negli ultimi anni, soprattutto in realtà fortemente dinamiche dal punto di vista economico (è il caso del Veneto), che offrono ai giovani una forte alternativa alla formazione scolastica.

In questo senso va letto il forte differenziale esistente, per i tassi di ripetenza, tra maschi e femmine: i tassi sono, per tutti gli anni di corso, molto più alti per i maschi che per le femmine, ma la differenza tra i due tassi raggiunge i livelli massimi in corrispondenza del terzo (+6,19 per i maschi) e del quarto anno (+5,98).

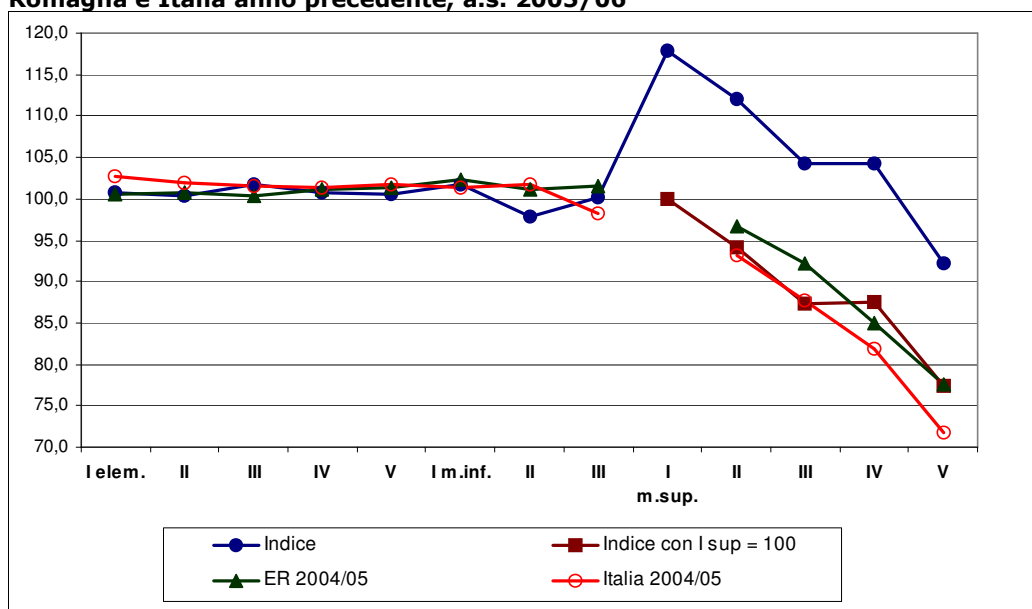
### **7.3 Quanti vanno a scuola? L'indice di partecipazione al sistema scolastico**

Una misura molto interessante per valutare quanto la popolazione residente in un certo territorio "va a scuola" è l'indice di partecipazione al sistema scolastico<sup>92</sup>, che si ottiene dividendo la popolazione scolastica (gli iscritti) ai vari anni di corso, per la corrispondente popolazione residente, nelle classi di età canoniche previste per quel certo anno di corso (vi è un minimo di inquinamento dell'indice, costituito dalla presenza dei ripetenti), e moltiplicando il tutto per cento. Per le età della scuola dell'obbligo (fino a 15 anni), l'indice può assumere valori leggermente maggiori di 100: un fenomeno dovuto alla presenza di stranieri nelle classi scolastiche, stranieri che possono, per contro, non essere anagraficamente residenti nel territorio in questione.

In provincia di Ferrara, fino alla terza media, i valori sono tutti maggiori di 100 (con la sola eccezione della seconda media, un dato difficilmente interpretabile). Dalla prima superiore, il dato assume valori molto elevati: questo si spiega con l'attrazione che le scuole superiori del ferrarese esercitano sui territori limitrofi (soprattutto la provincia di Rovigo e Modena), che fa sì che la popolazione scolastica sia maggiore della popolazione residente. Abbiamo pertanto riproporzionato alla prima superiore tutti i valori successivi dell'indice.

<sup>92</sup> Dobbiamo la prima formulazione di questo indicatore a Don Lorenzo Milani e agli alunni della Scuola di Barbiana. In *Lettera a una professoressa* (1967), Don Milani mette in evidenza la forte discriminazione di classe che agisce sulla partecipazione alla scuola, che fa sì che, al crescere dell'età e del grado scolastico corrispondente, siano sempre meno coloro che possono "godere" di un buon livello di istruzione. Il contingente iniziale si assottiglia fino a diventare, con l'accesso all'Università, una ristrettissima élite. Oggi, a più di quarant'anni dalla *Lettera a una professoressa*, seppure in un contesto storico profondamente mutato, non sembra che le cose siano cambiate granché.

**Grafico 7.9: Indice di partecipazione al sistema scolastico, provincia di Ferrara e confronto con Emilia Romagna e Italia anno precedente, a.s. 2005/06**



Notiamo che l'indice diminuisce al crescere delle classi superiori, fino ad arrivare al valore di 77,3 per il quinto anno. Questo significa che, al quinto anno, solo 77 ragazzi ferraresi su 100 "vanno a scuola", mentre il rimanente 23% è uscito dal sistema scolastico senza conseguire il diploma. Un dato che, seppure in linea con quello regionale e leggermente più elevato di quello nazionale, non è certo motivo di rallegramento. Segnaliamo, poi, i valori bassi di partecipazione già al II e III anno (inferiori a quelli regionali e molto simili a quelli nazionali): questo significa che l'uscita dalla scuola, a Ferrara, è precoce: in seconda superiore (cioè all'età di 15 anni), già il 6% dei ragazzi in età scolastica non va più a scuola.

## Conclusioni

Dal Censimento del 2001, in provincia di Ferrara, 12 persone su mille erano analfabete, tasso molto superiore al regionale, pari al 7,4 per mille. L'analfabetismo colpisce la generazione più anziane e soprattutto le donne delle aree più svantaggiate economicamente (Sud-Est).

Il mancato conseguimento del diploma della scuola dell'obbligo è un importante indicatore (censimento 2001) del livello di istruzione della popolazione tra i 15 e i 52 anni di età. Il dato medio provinciale (9,45%) è superiore alla media regionale, che è 7,92%. In tutti i comuni della provincia, si registra come il genere femminile sia stato sistematicamente discriminato nella conclusione dell'iter scolastico. I dati testimoniano come il tasso riferito ai maschi registri un valore di 8,70%, a fronte di un 10,22% per le femmine, con un differenziale che si accresce nelle aree più svantaggiate.

Si sottolinea come nella famiglia tradizionale la penalizzazione del genere femminile nel campo dell'istruzione abbia effetto non solo sulla salute della persona ma anche sullo stile di vita del nucleo familiare (alimentazione, fumo, ecc), e soprattutto sui suoi componenti più dipendenti dal "caring", come i minori, i disabili e gli anziani.

L'indicatore più significativo per rappresentare l'abbandono scolastico, è "l'indice di partecipazione al sistema scolastico", tale indicatore descrive una riduzione al crescere delle classi superiori, fino ad arrivare al quinto anno a cui accedono 77 ragazzi su 100 che si erano inizialmente iscritti al primo anno. Il rimanente 23% è uscito dal sistema senza diploma. Un dato che, seppure in linea con quello regionale e leggermente più elevato di quello nazionale, non è certamente positivo. Inoltre l'uscita dalla scuola è precoce: in seconda superiore (cioè all'età di 15 anni), già il 6% dei ragazzi in età scolastica non va più a scuola.

### Rischi per la salute

La letteratura indica l'istruzione come uno dei fattori più importanti per la salute. Le persone

con un più alto capitale culturale sono più determinate nel difendere la loro salute, sono più consapevoli dei propri diritti e hanno una buona autostima. Inoltre, grazie al titolo di studio, hanno la possibilità di accedere a posti di lavoro più gratificanti e remunerativi. Ciò comporta anche una più elevata integrazione sociale, altro fattore importante per la salute. Al contrario la scarsa istruzione, spesso vissuta come allontanamento punitivo, è causa di bassa autostima, e porta a scelte di lavoro poco gratificanti e con minore disponibilità di reddito, variabile non poco importante per garantire a sé e alla famiglia condizioni di vita che proteggano la salute. Una scarsa integrazione sociale può inoltre portare i giovani a comportamenti devianti e stili di vita a rischio.

Vi sono aree della provincia particolarmente penalizzate, dove si registrano, parallelamente agli svantaggi culturali, uno scarso utilizzo dei servizi di screening dei tumori femminili.<sup>93</sup>

Indirettamente gli effetti si registrano anche sulla spesa sanitaria. Infatti a bassi livelli di istruzione, corrisponde un più elevato indice di consumo di servizi specialistici e un maggior tasso di ospedalizzazione.

Un tasso di istruzione più elevato è un patrimonio per una comunità, ne favorisce sia la crescita della salute, che quella economica e sociale.

## **Dominio 8: Minori e famiglie problematiche**

---

<sup>93</sup> Sateriale MC, De Togni A "Condizioni socio-culturali e accesso ai servizi di prevenzione. Screening del tumore alla cervice uterina nell'Az. USL di Ferrara". Dossier N°138-2006, Agenzia Sanitaria Regionale, RER

## 8.1 Violenze/maltrattamenti

**Tabella 8.1: Violenze e maltrattamenti sui minori in carico ai Servizi Sociali al 31/12/2006**

Fonte: dati resi disponibili dai Servizi minori di territorio: Ferrara, Copparo, Cento, Bondeno, Portomaggiore, Codigoro

	Stranieri	Disabili	Violenza sessuale	Maltratt. fisico	Maltratt. psicolog.	Violenza assistita
Distretto Centro Nord	1	0	14	10	1	25
Distretto Ovest	4	0	12	5	0	5
Distretto Sud Est	0	0	10	1	0	0
<b>Totale Provincia</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>30</b>

È necessario precisare che i dati presenti in tabella si riferiscono al numero complessivo di violenze/maltrattamenti in carico ai servizi sociali al 31/12/2006 ma non mettono in evidenza i nuovi casi emersi durante il 2006 e sono compresi anche i casi non ancora accertati in tale data. Va segnalato che la durata della presa in carico del minore vittima di violenza, varia da caso a caso; generalmente, però, l'accompagnamento del minore, nei complessi percorsi di recupero psicologico e nell'iter giudiziario, dura diversi anni.

Tra i tipi di violenza la maggiormente rappresentata è quella sessuale mentre il maltrattamento psicologico risulta il meno frequente, molto probabilmente perché di difficile evidenza.

Negli ultimi anni gli episodi di violenza assistita rappresentano un fenomeno in aumento, si tratta di situazioni in cui il minore si trova ad essere spettatore di episodi di violenza.

Tra i minori vittime di violenza/maltrattamenti vi sono 5 stranieri di cui 4 nel Distretto Ovest giustificato probabilmente dalla maggiore presenza di immigrati nel territorio.

## 8.2 Affidamenti dei minori

**Tabella 8.2: Bambini e ragazzi in carico ai servizi sociali della provincia di Ferrara al 31/12/2006 in affidamento eterofamiliare e parentale per tipo di affido e Distretto**

Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza

Dalla tabella emerge che nella provincia di Ferrara gli affidamenti giudiziali sono più numerosi

	Affidi eterofam. consensuali	Affidi eterofam. giudiziali	Affidi parentali consensuali	Affidi parentali giudiziali	Totale affidi eterofam. e parentali
Distretto Centro Nord	7	21	6	1	35
Distretto Ovest	3	6	2	0	11
Distretto Sud Est	4	6	0	1	11
<b>Totale Provincia</b>	<b>14</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>57</b>

(35) rispetto a quelli consensuali (22). I primi sono realizzati in un contesto di limitazione della potestà genitoriale da parte della Magistratura minorile, indipendentemente dalla consensualità o meno della famiglia d'origine. Gli affidamenti consensuali sono realizzati condividendo il progetto con la famiglia d'origine che riconosce il proprio stato di bisogno.

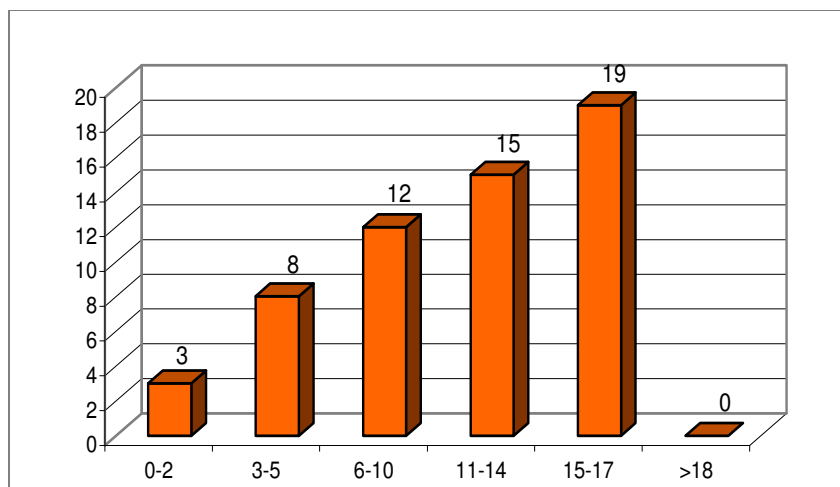
Gli affidamenti parentali sono il 17% di tutti gli affidamenti in corso al 31/12/2006.

Dei 57 minori in affidamento eterofamiliare e parentale, 26 sono femmine e 31 sono maschi.

Per quanto riguarda il numero dei disabili certificati in affidamento al 31/12/2006 risultano essere 2, entrambi appartenenti al Distretto Centro Nord.

Una quota importante (8 su 57 dei minori in affidamento) risultano di origine straniera. Questo dato evidenzia l'entità delle problematiche di tipo socioeconomico e familiare che le famiglie straniere si trovano ad affrontare.

### Grafico 8.1: Età dei minori con affidamento in corso al 31/12/2006

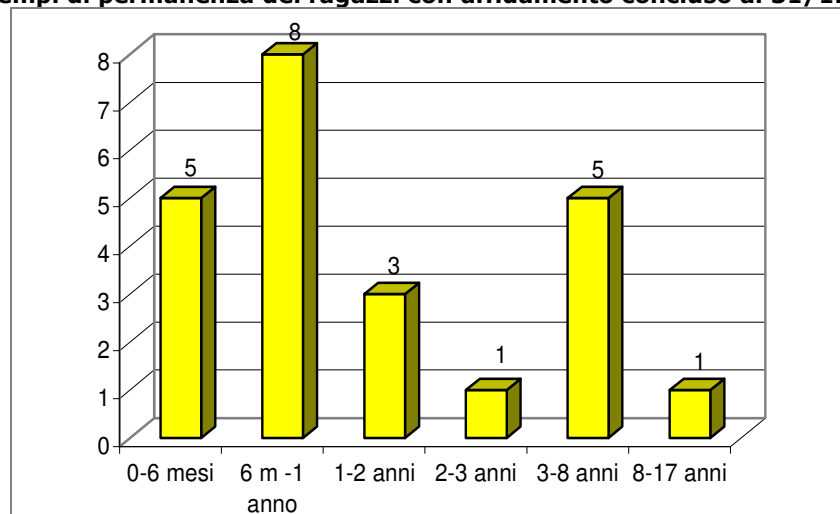


Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza

La maggior parte dei minori in affidamento è rappresentato dai ragazzi di età compresa tra gli 11 ed i 17 anni (34 minori sui 57 in affidamento).

La fascia d'età può essere indicativa sia del fatto che per i bambini di età inferiore, valutata la possibilità o meno di rientro in famiglia, viene adottato un provvedimento di collocazione definitiva (o in ambito parentale o in adozione), ma anche del fatto che alcune collocazioni in affido hanno carattere di lunga durata e si protraggono in alcuni casi fino alla maggiore età

**Grafico 8.2: Tempi di permanenza dei ragazzi con affidamento concluso al 31/12/2006**



Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza

Più della metà degli affidamenti conclusi al 31/12/2006 hanno avuto una durata massima di 1 anno al termine del quale il minore può essere stato nella migliore delle ipotesi reinserito nella famiglia di origine oppure è entrato in comunità residenziale o è stata avviata la pratica dell'adozione.

Normalmente gli affidamenti più brevi riguardano neonati di cui il Tribunale minorile dispone l'adottabilità entro qualche mese. In alcuni casi però, a causa dei lunghi tempi giudiziari, si è arrivati purtroppo a periodi ben più lunghi, con grave difficoltà nella elaborazione del distacco, e pregiudizio dell'affettività.

## 8.3 Minori in comunità

**Tabella 8.3: Bambini e ragazzi assistiti dai servizi socio-territoriali della provincia di Ferrara con inserimento in comunità residenziale in corso al 31/12/2006**

	Comunità*	Comunità di pronta accoglienza	Comunità per disabili	Totale
Distretto Centro Nord	41	5	2	<b>48</b>
Distretto Ovest	9	1	0	<b>10</b>
Distretto Sud Est	22	0	0	<b>22</b>
<b>Totale Provincia</b>	<b>72</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>80</b>
<b>Totale Regione</b>	<b>1329</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>1483</b>

\*casa famiglia + comunità educativa + comunità di tipo familiare + altro tipo

Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza, dati resi disponibili dai Servizi minori del territorio: Ferrara, Copparo, Cento, Bondeno, Portomaggiore, Codigoro

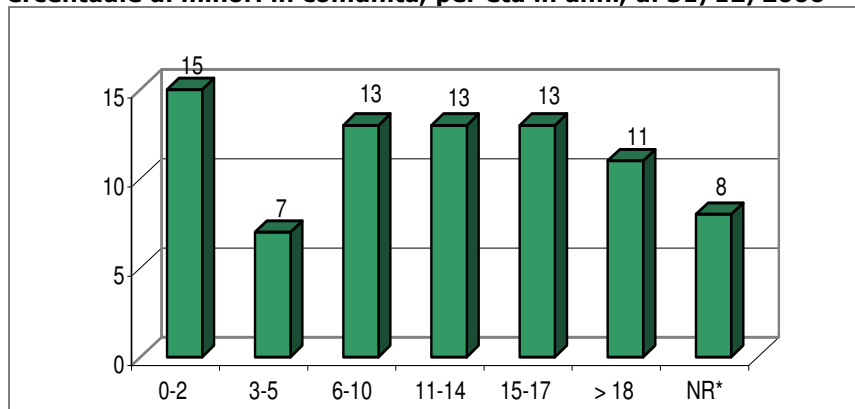
Nella provincia di Ferrara tra gli 80 ragazzi inseriti in comunità al 31/12/2006 sono compresi anche minori accompagnati dalla madre. Dei minori inseriti circa un quarto (21) sono stranieri, la maggior parte dei quali appartenenti al Distretto Centro Nord (13). È necessario precisare che i dati riportati in tabella rappresentano il numero dei minori presenti in comunità al 31/12/2006 in quanto gli inserimenti totali per il 2006 sono sicuramente superiori poiché un minore può avere avuto più inserimenti nell'arco di un anno (ad esempio uno concluso ed un altro iniziato, specialmente tra comunità di pronta accoglienza e le altre), tale fenomeno riguarda soprattutto i minori stranieri.

Dalla tabella emerge che nel corso del 2006, 6 minori di cui 5 appartenenti al Distretto Centro Nord hanno avuto la necessità di essere inseriti in comunità di pronta accoglienza in quanto in situazione di rischio o pericolo immediato per assenza o impedimento degli esercenti la potestà genitoriale.

Tale collocazione, a carattere protettivo, contempla una successiva predisposizione di un progetto da cui deve conseguire o il rientro in famiglia o la prosecuzione della collocazione extra familiare del luogo e forma più idonea al minore.

Non vi è una diversa distribuzione tra maschi (38) e femmine (42).

**Grafico 8.3: Percentuale di minori in comunità, per età in anni, al 31/12/2006**



\*non rilevata

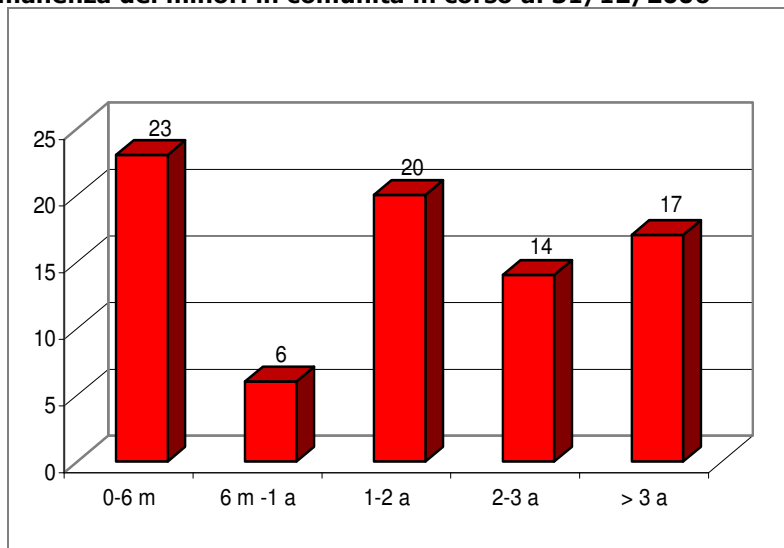
Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza

Su un totale di 80 minori con inserimento in comunità in corso al 31/12/2006 ben 15 appartengono alla fascia 0-2 anni, che equivale al 18,7% del totale a confronto del 10,1% regionale e rispetto al 5,3% di minori di pari età che sono interessati da un percorso di affidamento (3 minori su un totale di 57). E' possibile che questa quota sia rappresentata in gran parte da minori inseriti in struttura con la madre.

Il fatto che la comunità sia la tipologia di collocazione più frequente nella prima fase dell'allontanamento dalla famiglia d'origine di minori al di sopra dei 6 anni, è dettato dalla necessità di aiutare il minore ad elaborare il distacco e di iniziare gli interventi di riparazione al

maltrattamento. Soltanto in una seconda fase è possibile realizzare una collocazione anche di tipo familiare.

**Grafico 8.4: Permanenza dei minori in comunità in corso al 31/12/2006**



Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza

Dal grafico emerge che nel corso del 2006, 29 minori della provincia di Ferrara sono stati inseriti in comunità residenziale.

Degli 80 minori ospitati in comunità una percentuale elevata (64%), pari a 51 ragazzi, presenta una permanenza per un periodo superiore ad 1 anno.

Dobbiamo sottolineare tuttavia che ben 17 sono in comunità da più di 3 anni.

La permanenza oltre l'anno in comunità può essere conseguente al prolungarsi dei tempi di valutazione delle risorse genitoriali e di definizione del progetto oltre che alla difficoltà di trovare disponibilità affidatarie per minori che superano i 9/10 anni di età.

## 8.4 Risorse professionali impiegate nel settore minori

I dati regionali relativi all'anno 2004 indicano un rapporto minori residenti / operatori in unità corrispondenti a 36 ore settimanali pari a 835, vale a dire che è disponibilità di un operatore di area psicosociale ogni 835 minori. Nella provincia di Ferrara tale rapporto corrisponde è 764, inferiore alla media regionale.

Successivamente per il 2005 il rapporto è divenuto superiore per la provincia di Ferrara (824) rispetto al dato regionale (789).

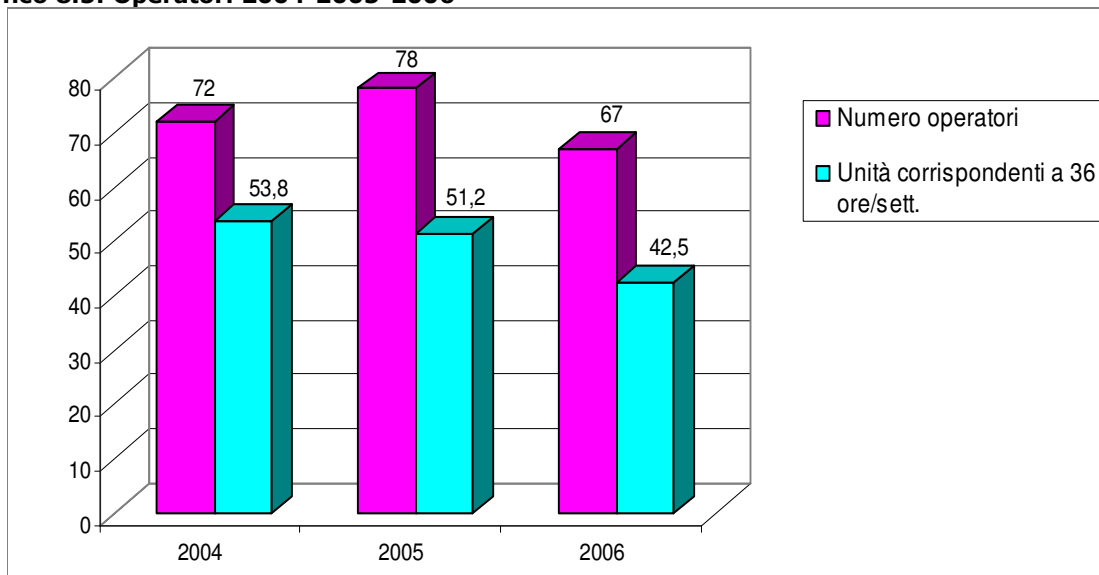
Per l'anno 2006, a causa della riduzione nella provincia di Ferrara della risorsa "operatore", tale rapporto ha raggiunto il valore di 1017, non confrontabile con il dato medio RER in quanto non ancora disponibile.

Dal grafico emerge come nel corso degli ultimi tre anni sono diminuite le risorse impiegate nel settore minori, si è infatti passati da 53,8 unità corrispondenti ad un operatore a tempo pieno del 2004 a 42,5 nel 2006, che rappresentano il 79% di quelle disponibili nel 2004.

I dati relativi al personale per il 2006 sono rappresentati da una elevata frammentarietà delle attività in quanto a fronte di un totale di 67 figure professionali impiegate nella provincia nel settore minori vi sono un totale di 42,5 unità corrispondenti al tempo pieno di cui solo 34,8 sono costituiti da assistenti sociali, educatori e psicologi.

Le figure coinvolte nel settore minori nella provincia sono: 27 assistenti sociali, 6 educatori, 13 psicologi, 8 dirigenti, 11 figure amministrative e 2 di altra definizione<sup>94</sup>.

<sup>94</sup> Si intende: assistente di base, operatore addetto all'inserimento dati/operatore Sisa, neuropsichiatra infantile, esperto giuridico, logopedista, istruttore nuoto, autista e addetto a trasporto disabili, ecc.

**Grafico 8.5: Operatori 2004-2005-2006**

Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza, dati resi disponibili dai Servizi minori del territorio: Ferrara, Copparo, Cento, Bondeno, Portomaggiore, Codigoro

Da questi dati si evidenzia come nel corso degli ultimi tre anni vi sia stata una non giustificata diminuzione delle risorse atte a soddisfare i bisogni dei minori che si trovano in gravi difficoltà e delle loro famiglie.

L'altra riflessione che emerge dalla lettura della tabella, riguarda l'efficienza di un sistema frammentato in sei aree di competenza territoriale.

**Tabella 8.5: Risorse professionali del settore, presenti per Servizio e Distretto, anno 2006**

	Ass. sociale	Educatore	Psicologo	Dirigente	Fig. ammin.	Altro	Totale
Ferrara	12	0	5	2	1	1	21
Copparo	4	2	1	1	2	0	10
<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>31</b>
Cento	4	1	3	1	3	1	13
Bondeno	1	1	1	2	2	0	7
<b>Distretto Ovest</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>20</b>
Portomaggiore	3	2	1	1	1	0	8
Codigoro	3	0	2	1	2	0	8
<b>Distretto Sud Est</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>16</b>
<b>Totale</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>67</b>

Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza, dati resi disponibili dai Servizi minori del territorio: Ferrara, Copparo, Cento, Bondeno, Portomaggiore, Codigoro

## 8.5 Violenza in famiglia

Nel corso del 2007 il Centro Donna Giustizia (CDG) e l'Unione Donne Italiane (UDI) hanno ricevuto un totale di 1.917 telefonate di segnalazione o richieste di aiuto.

Nell'ambito di queste richieste sono state inserite nel progetto del "Punto d'ascolto" 168 donne tra cui 53 vittime di violenza, e nel progetto "Uscire dalla violenza" sono affluite 94 donne.

Il totale di donne vittime di violenza per il 2007 risulta essere di 147.

Tra le donne del progetto "Uscire dalla violenza" 73 sono madri per un totale di 110 figli di cui 83 minori. Le donne affluite, in parte sono state seguite sul territorio (87 donne di cui 73 madri), in parte accolte nella casa-rifugio (7 donne, di cui 5 madri con 5 minori).

Di queste solo 31, pari al 33% del totale, hanno sporto denuncia contro il proprio aggressore, 59 pari al 63% non hanno sporto denuncia, mentre per 4 pari al 4% non sono giunte informazioni in merito.



**Tabella 8.6: Tipi di violenza femminile evidenziati nel corso del 2007**

	Punto d'ascolto	Uscire dalla violenza	Totale
V. Psicologica	43	75	<b>118</b>
V. Fisica	25	57	<b>82</b>
V. Economica	23	39	<b>62</b>
V. Sessuale	5	10	<b>15</b>
Altro*	0	10	<b>10</b>

\*Disagio psico-sociale, povertà

Fonte: Centro Donna Giustizia, Ferrara, Report 2007

Dalla tabella emerge che la tipologia di violenza più frequente, a parte quella psicologica, che in genere accompagna tutte le altre, è la violenza fisica (82), mentre la violenza di tipo sessuale è tra le meno frequenti (15). È necessario segnalare che molto spesso una donna è vittima di diversi tipi di violenza contemporaneamente.

**Tabella 8.7: Autori delle violenze nei confronti di donne, registrate nel corso del 2007**

	Punto d'ascolto	Uscire dalla violenza	Totale
Marito/partner	38	39	<b>77</b>
Ex-marito/partner	3	30	<b>33</b>
Parenti	3	3	<b>6</b>
Conoscente	12	10	<b>22</b>
Sconosciuto	0	2	<b>2</b>
Non pervenuto	1	10	<b>11</b>
<b>Totale aggressori</b>	<b>57</b>	<b>94</b>	<b>151</b>

Fonte: Centro Donna Giustizia, Ferrara

Nel corso del 2007, i 151 autori di violenza (tutti uomini) sono stati responsabili di aggressione nei confronti di 147 donne e ciò indica che alcune donne hanno subito violenza contemporaneamente da più soggetti. Dai dati emerge che le violenze avvengono il più delle volte tra le mura domestiche infatti gli autori di violenza più frequentemente sono marito/partner (77), a cui segue ex-marito/partner (33) e parenti (6).

## Conclusioni

Gli episodi di violenza rappresentano una drammatica realtà che molto spesso si consuma in silenzio tra le mura domestiche, e colpisce soprattutto donne e minori.

Sono di seguito presentati i casi che sono emersi da questo silenzio, ma siamo consapevoli del fatto che è solo una piccola parte del problema.

### Minori

I dati presentati testimoniano come le problematiche relative ai minori maltrattati siano una piccola parte di un'allarmante condizione che, per essere affrontata necessita di risorse importanti.

Al 31-12-2006, tra i 57 minori in affidamento, le fasce d'età più rappresentate sono 11-14 anni e 15-17 anni, che rappresentano in totale il 59,6% dei minori in affidamento. Con elevata probabilità si tratta di casi in cui i minori allontanati dalle famiglie d'origine, rimangono in affidamento fino al raggiungimento della maggiore età senza un chiaro e definitivo progetto di recupero. Ciò può essere determinato da diverse situazioni: sia dall'impossibilità di realizzare una adozione del minore per età o per la presenza di un legame significativo con la famiglia di origine, ma anche per carenza di interventi volti al recupero della famiglia d'origine.

Un altro dato preoccupante riguarda la lunga permanenza dei minori in comunità, modalità più frequente di allontanamento del minore dalla famiglia nella nostra provincia. Alla data del 31-12-2006, sono 80 i minori in comunità. Il 64% di questi registra una permanenza superiore ad 1 anno e ben 17 sono in comunità da più di 3 anni.

Un'altra condizione che determina lunghi periodi di allontanamento del minore dalla famiglia è la presenza di casi di violenza sessuale, che rappresenta la più frequente causa di violenza nei confronti dei minori. Di fronte ad episodi di violenza/maltrattamenti la durata della presa in carico varia da caso a caso; generalmente, però, l'accompagnamento del minore, nei complessi percorsi di recupero psicologico e nell'iter giudiziario, dura diversi anni, richiedendo un'importante impegno di risorse da parte dei servizi sociali e sanitari.

Il ruolo dei servizi sociali e della psicologia clinica dell'Azienda USL è determinante durante il periodo di allontanamento dei minori dalla famiglia sia nei confronti dei ragazzi sia nei confronti della famiglia che deve essere seguita per favorire un reintegro del minore.

Nel corso dell'ultimo triennio la "risorsa" degli operatori si è ridotta (vedi grafico 8.5).

Lo scarso numero di operatori impiegati nel settore minori determina la necessità da parte dei servizi sociali di compiere obbligatoriamente delle scelte in merito alle problematiche da affrontare. Questo si traduce nel fatto che di fronte ad un minore ed alla sua famiglia di origine in difficoltà molto spesso vi sono solo le risorse per poter intraprendere il percorso di assistenza del minore ma non quelle per il recupero della famiglia di origine, determinando in molti casi gravi difficoltà per un rientro del minore in famiglia.

Un'altra criticità nel territorio provinciale, riguarda la scarsità di famiglie affidatarie, disponibili ad accogliere minori disabili, e ad attivarsi in casi di emergenza per un minore per il quale si abbia necessità indifferibile di allontanamento dalla famiglia.

## **Donne**

Nel corso del 2007 le donne che nella nostra provincia hanno trovato il coraggio e la forza di chiedere aiuto per poter uscire da una situazione di violenza sono state 147. È necessario evidenziare come con elevata probabilità il numero di donne che hanno subito violenza è sottostimato, infatti secondo l'Istat<sup>95</sup> il 14,3% delle donne che hanno o hanno avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner.

Le problematiche da superare per poter uscire da una situazione di violenza sono molteplici tra cui il riconoscimento e la presa di coscienza da parte della donna della violenza stessa, la forza e la capacità di interrompere il ciclo di violenza, l'uscita dall'isolamento sociale nel quale molto spesso si trovano ed il raggiungimento di un'autonomia personale.

Una problematica importante che emerge dai dati è come spesso le violenze si consumino tra le mura domestiche, infatti nel 77-83% dei casi, gli autori sono marito/partner, ex-marito/partner e parenti.

Le vittime di violenza sono spesso anche madri e ciò significa che con elevata probabilità (la stima è intorno al 90% dei casi) i minori assistono alla violenza ed a volte ne sono vittime dirette. In tali situazioni quindi madri e figli si trovano a dover affrontare insieme, con l'aiuto di personale specializzato, il lungo e faticoso percorso di uscita dalla violenza.

Dai dati emerge inoltre, che solo 31 donne su 94 hanno sporto regolare denuncia contro il proprio aggressore, dato sicuramente allarmante, ma lo è ancora di più se si pensa che secondo i dati Istat<sup>95</sup> solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner lo denuncia.

## Rischi per la salute

Le donne e i minori che in famiglia vivono esperienze di violenza sono a rischio fisico e psicologico. Gli esperti descrivono la violenza agita come una "coazione", spesso inarrestabile, che porta a lesioni fisiche anche gravi, rischio di morte ed importanti traumi psicologici.

Una crescita "complicata" da difficoltà familiari e violenze/maltrattamenti determina dei gravi danni nel minore che, se non adeguatamente e tempestivamente affrontati, possono favorire il "circolo vizioso della violenza" e cioè determinare la crescita di adulti che a loro volta, proprio perché "derubati dell'infanzia", possono essere responsabili di violenze ed atti criminali nei confronti di terzi.

Assistere e fornire l'adeguato sostegno ad un minore in difficoltà significa fornirgli gli strumenti per non commettere nel suo futuro da adulto gli soprusi che un tempo adulti hanno commesso.

---

<sup>95</sup> Ministero della Salute, Rapporto sullo stato di salute delle donne in Italia, Comunicato n° 69, 7 marzo 2008