

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria



Profilo di Comunità

Comuni del Territorio Cesenate

(1^a parte: le caratteristiche e i bisogni della Comunità)

marzo 2008

A cura di:

Giampiero Battistini¹
Nicoletta Bertozzi¹
Laura Farneti²
Maria Laura Gurioli³
Mauro Palazzi¹
Elena Prati¹
Cristina Raineri¹
Chiara Reali¹
Francesca Righi¹
Alessandro Strada²
Patrizia Vitali¹

¹ *Servizio Epidemiologia e Comunicazione – Azienda USL di Cesena*

² *Ufficio di Piano Distretto Cesena-Valle del Savio*

³ *Ufficio di Piano Distretto Rubicone*

hanno collaborato:

Emanuela Baldassarri, Luca Ballanti, Manuela Baraghini, Antonella Bazzocchi, Nadia Bertaglia, Claudio Bissi, Barbara Bondi, Antonia Borrello, Agostino Bovo, Francesca Castoldi, Roberta Cecchetti, Massimo Farneti, Marinella Franceschini, Marina Fridel, Bruno Giacometti, Luigi Gualtieri, Sabrina Guidi, Bruno Lontani, Fosca Marrone, Elisa Montanari, Maria Francesca Pandolfini, Vannia Ricci, Daniela Rossetti, Ruggero Ruggeri, Luigi Salizzato, Michele Sanza, Monica Teodorani, Paolo Ugolini, Flavio Valentini (*Azienda USL di Cesena*)

Michela Nanni, Alessandra Neri *Agenzia di Ambito Territoriale Ottimale (ATO) di Forlì-Cesena*

Emiliani Fausta (*ATR Forlì-Cesena*)

Vittorio Valletta (*ARPA Cesena*)

Manuela Baldini, Maria Grazia Battistini, Federica Bianchi, Matteo Gaggi, Morena Righi, Carmen Zuffi (*Comune di Cesena*)

Luana Francisconi, Elmo Ricci (*Provincia di Forlì-Cesena*)

Giovanni Esposito (*Unione Comuni del Rubicone*)

Si ringraziano:

Arpa di Forlì-Cesena, Provincia di Forlì-Cesena, Comunità Montana dell'Appennino Cesenate, Comuni del Territorio Cesenate, in particolare gli Uffici Anagrafe e Servizi Sociali, le Associazioni di volontariato e "non profit" del territorio, l'ASS.I.PRO.V. e tutti gli altri Enti ed Associazioni che hanno collaborato alla realizzazione della Pubblicazione

Copia della presente pubblicazione può essere richiesta a:

Giampiero Battistini
Servizio Epidemiologia e Comunicazione
Dipartimento di Sanità Pubblica- Azienda USL di Cesena
Tel. 0547 352080
e-mail: sportello.prevenz@ausl-cesena.emr.it

Alessandro Strada
Ufficio Comune Pianificazione Territoriale
Comune di Cesena
tel. 0547 356829
e-mail: ucpt@comune.cesena.fc.it

Indice

Presentazione	5
Introduzione	7
Profilo di Comunità in sintesi	9
1. Il contesto locale	
1.1. Le condizioni socio-economiche.....	16
1.2. Il capitale sociale del territorio.....	23
2. I bisogni e le risorse della comunità	
2.1. La famiglia e i bambini.....	26
2.2. Giovani e adolescenti.....	33
2.3. Gli anziani	39
2.4. Le persone disabili.....	48
2.5. L'immigrazione.....	52
3. Qualità della vita percepita e stili di vita	
3.1. "Se mi sento bene, sto bene" Lo stato di salute e la qualità di vita percepita nel Cesenate.....	61
3.2. Tre nemici da combattere. Fattori di rischio per la salute e comportamento.....	61
3.3. Le droghe a portata di mano. Un fenomeno in preoccupante evoluzione.....	65
4. Le principali malattie e cause di morte	
4.1. "La cartella clinica del cesenate". Le principali malattie dei 15 Comuni del Cesenate.....	67
4.2. L'utilizzo dei farmaci.....	75
4.3. I ricoveri evitabili.....	76
4.4. La mortalità evitabile	77
4.5. I programmi di screening.....	78
5. Ambiente di vita e di lavoro	
5.1. L'ambiente fisico.....	80
5.2. Acque e alimenti.....	86
5.3. Casa e salute.....	91
5.4. La mobilità	99
5.5. Troppo sangue sulle strade. Gli incidenti stradali sul territorio.....	102
5.6. Gli infortuni sul lavoro.....	106

Presentazione

Conoscere e quindi saper leggere le esigenze della propria comunità è un elemento indispensabile per poter progettare e migliorare le politiche sociali e sanitarie di un territorio. Quando parliamo di Profilo di Comunità intendiamo dare un'immagine, la più ampia possibile, di una realtà complessa, mutevole, che non sempre accetta di essere semplificata o ricondotta a semplici dati.

Così come stabilisce il nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale, il Profilo di Comunità è lo strumento conoscitivo da cui la nostra Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dovrà partire per indicare gli indirizzi e le priorità di tutta la programmazione sociale e sanitaria del nostro territorio attraverso l'adozione dell'atto di indirizzo e coordinamento per il triennio 2009-2011. Il Profilo di Comunità deve quindi mettere in evidenza le peculiarità del nostro territorio dal punto di vista della sua struttura demografica, degli stili di vita, dei rapporti di genere, della condizione socio-economica, dell'assetto del mercato del lavoro e della struttura produttiva, con la consapevolezza che solo partendo da questa visione allargata e integrata è possibile valutare tutti i fattori che intervengono a determinare la salute e il benessere sociale di una comunità.

Non è un compito facile; il lavoro qui presentato è un lavoro di continua ricerca, sistematizzazione, sintesi di dati significativi. Esso nasce appunto dall'esigenza di creare una carta d'identità del territorio esaustiva, e comunque aperta a contributi e integrazioni. Per fare ciò, più professionalità diverse hanno dovuto "parlarsi", più servizi hanno dovuto integrarsi nel lavoro e più enti hanno fornito i loro dati e il loro contributo. Un lavoro, quindi, di collaborazione continua che era già iniziato con il precedente Profilo di Comunità e ancor prima con i Piani per la Salute e i Piani Sociali di Zona, ma che qui si arricchisce di nuovi elementi a prova che è comunque un processo in itinere. Lo scenario che emerge è la base da cui partire per una riflessione e un confronto che coinvolgerà i diversi attori-stakeholders del territorio.

Una sfida importante, quindi, quella di unificare le forze con l'obiettivo finale di fornire risposte sempre più adeguate e integrate ai molteplici e differenziati bisogni dei cittadini. Una sfida che rischierebbe di essere persa in partenza senza le innumerevoli risorse che la nostra comunità è capace di produrre spontaneamente, a partire dalla famiglia, fino ad arrivare alla ricca rete di organizzazioni sociali che devono essere continuamente valorizzate e sostenute.

Nel nostro intento questo lavoro vorrebbe essere utile non solo a operatori, tecnici e politici, ma a chiunque sia interessato a "leggere" il territorio con la volontà di favorire la partecipazione di tutti i cittadini su temi fondamentali come quelli della salute e del benessere sociale.

Giordano Conti

Presidente Conferenza Territoriale
Sociale e Sanitaria di Cesena

Introduzione

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) 2007-09 ha identificato nell'Atto di Indirizzo e coordinamento provinciale triennale, lo strumento di programmazione di ambito provinciale/aziendale attraverso il quale la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) esercita il proprio compito di coordinamento. L'Atto di indirizzo, quadro di riferimento per la programmazione, deve contenere un'analisi delle caratteristiche e dei bisogni della nostra comunità per evidenziare priorità verso le quali concentrare le azioni dei diversi attori sociali.

Il Profilo di Comunità è stato pensato ed elaborato, per offrire uno strumento di analisi del nostro contesto, con un approccio interdisciplinare, sociale e sanitario, capace di leggere la nostra realtà territoriale da più punti di vista e con strumenti sia quantitativi, sia qualitativi.

Questo lavoro è stato preceduto da una serie di incontri con alcuni rappresentanti delle diverse organizzazioni sociali attive nel territorio, per raccogliere osservazioni e suggerimenti per la nuova edizione. Si è cercato di mantenere, come consigliato, un linguaggio e una modalità di presentazione sintetici per facilitare il più possibile la lettura, rinviando ad approfondimenti bibliografici ulteriori e più dettagliate informazioni. Un apposito allegato, contenente una sintesi del contenuto del Profilo, è stato predisposto per facilitare ulteriormente la diffusione delle informazioni.

I dati sono presentati con l'ultimo aggiornamento disponibile e col massimo dettaglio possibile, con un'attenzione particolare all'ambito distrettuale e alla presenza di disuguaglianze legate al livello socio economico, alla cittadinanza o all'ambito di residenza. Le fonti utilizzate sono state molteplici: flussi correnti (anagrafe, schede di morte, schede di dimissione ospedaliere ...), attività dei Servizi e ricerche anche qualitative realizzate ad hoc nella nostra comunità.

Questo documento orientato all'analisi delle caratteristiche e dei bisogni della Comunità rappresenta la prima parte di un percorso che prevede un ulteriore livello di analisi, con produzione di un secondo rapporto maggiormente mirato alla lettura della domanda e dell'offerta dei servizi sociali e sanitari.

L'auspicio è che il Profilo di Comunità possa offrire elementi utili per la conoscenza del nostro contesto ed essere uno stimolo per lo sviluppo di un processo di discussione e analisi partecipata da parte di amministratori e rappresentanti del sociale organizzato della nostra comunità.

Ufficio di supporto
alla Conferenza Territoriale
Sociale e Sanitaria del Cesenate

Profilo di Comunità in sintesi

1. Il Contesto locale

- Nei 15 Comuni del Cesenate vivono circa 197.000 abitanti. La fascia collinare-pianeggiante è la più popolosa; il Comune di Cesena, con i suoi 94.000 cittadini, rappresenta circa il 50% della popolazione residente.
- I cambiamenti nella struttura demografica della popolazione, in linea con il contesto regionale, nazionale ed europeo sono rappresentati dall'invecchiamento della popolazione, il costante aumento di cittadini di origine straniera e la leggera ripresa della natalità.
- Il tenore di vita, in linea con quello regionale, si mantiene a livelli alti. La voce di spesa maggiore per le famiglie è quella relativa all'abitazione (mutui, affitti), in continua crescita negli ultimi anni.
- La struttura imprenditoriale della provincia si basa essenzialmente su una solida piccola-media impresa; in aumento l'imprenditoria extracomunitaria.
- Il livello di occupazione è alto, anche se emergono elementi di criticità in alcune fasce della popolazione, in particolare i giovani (problemi di precariato e/o lavoro poco qualificato), le persone di 30-49 anni (difficoltà nel reinserimento lavorativo) e le donne (difficoltà a conciliare lavoro professionale e quello in ambito familiare).
- Il territorio è caratterizzato per un elevato "capitale sociale" e la provincia di Forlì-Cesena si colloca sotto questo profilo al 3° posto in Regione e all'11° in Italia; l'associazionismo è vivace, con più di 700 associazioni attive sul territorio.

2. I bisogni e le risorse della comunità

La famiglia e bambini

- Il numero di famiglie cresce, ma si riduce il numero di componenti per nucleo familiare; aumentano le coppie senza figli e le famiglie unipersonali, spesso composte da donne anziane.
- Il numero di matrimoni è in diminuzione, mentre aumentano separazioni e divorzi; cresce il numero di bambini che vivono con un solo genitore. L'età del matrimonio e del primo figlio è sempre più alta.
- Il tasso di natalità è in ripresa: 8.8‰ nel distretto di Cesena-Savio e 10.5‰ in quello del Rubicone.
- Nel distretto Rubicone la popolazione pediatrica rappresenta una quota maggiore rispetto al Distretto Cesena-Savio (11% vs 9%); il Comune più "giovane" è San Mauro Pascoli (19%).
- Lo stato di salute dei minori appare complessivamente molto buono, con tassi molto bassi di mortalità infantile (3.2‰) e giovanile (0.2‰) ed elevate coperture vaccinali (oltre il 96% per le vaccinazioni obbligatorie e 92% per le principali vaccinazioni raccomandate).
- Sovrappeso ed obesità sono diffuse nella popolazione infantile: a 6 anni il 15% dei bambini è in sovrappeso ed il 9% obeso; a 9 anni si sale rispettivamente al 19% e all'11%.
- Durante la gravidanza l'8% delle donne fuma, esponendo il nascituro al rischio di basso peso alla nascita e maggiore incidenza di malattie respiratorie nei primi anni di vita.
- I bambini figli di stranieri (pari al 10% della popolazione pediatrica) presentano indicatori di salute complessivamente peggiori rispetto ai figli di cittadini italiani con un maggior rischio di nascite premature, basso peso alla nascita, patologie perinatali, asma, otiti e gastroenteriti.
- Nel 2006 i minori affidati al Servizio Sociale per una situazione familiare definita ad alto rischio sono stati complessivamente 281.

Giovani e Adolescenti

- Nei giovani continua a migliorare il livello formativo con un progressivo aumento degli studenti iscritti ai Licei.
- L'adesione all'associazionismo è alta, in particolare nella fascia 15-19 anni. L'avvicinamento alle associazioni è legato a motivi socializzanti più che culturali.
- I ragazzi si dichiarano abbastanza soddisfatti della realtà in cui vivono, anche se sono consapevoli di convivere con problematiche sociali rilevanti (es. razzismo e povertà).
- Da una ricerca condotta a livello locale emerge che il 71% ragazzi identifica come "confidenti privilegiati" gli amici, il 26% i genitori ed il 9% i fratelli; il 5% riferisce di non avere persone con cui poter dialogare.
- Il mondo delle sostanze stupefacenti è "prossimale" rispetto ai giovani: la maggioranza infatti conosce direttamente o indirettamente qualcuno che fa uso di droghe o sa dove reperirle.
- Tra gli studenti di 15-19 anni si stima che la sostanza illegale più usata sia la cannabis (25% degli intervistati), seguita dalla cocaina (4%).
- I giovani e gli adolescenti tendono a sottovalutare la tossicità di sostanze stupefacenti e alcol e ad assumerne con sempre maggior frequenza.

Gli anziani

- Il numero di persone sopra ai 65 anni è in costante crescita sia in termini assoluti sia come proporzione sul totale della popolazione: gli anziani rappresentano il 21% della popolazione e sono residenti prevalentemente nei Comuni del Distretto Cesena-Savio rispetto al Rubicone (23%vs 18%); due anziani su tre sono donne.
- Nella provincia di Forlì-Cesena la speranza di vita all'età di 65 anni è di 22 anni per le donne e 18 anni per gli uomini, con una tendenza all'aumento nei prossimi anni.
- Negli ultimi anni a livello locale gli anziani appaiono sempre più propensi a partecipare ad azioni-eventi socializzanti e al volontariato; rimangono inoltre un importante riferimento per l'organizzazione familiare.
- Le maggiori preoccupazioni riferite dalle persone anziane sono la solitudine, la depressione e una insufficiente disponibilità economica.
- Il 34% degli anziani giudica il proprio stato di salute buono. Il 46% dichiara di avere limitazioni nelle proprie attività quotidiane a causa dello stato di salute.
- Si stima che circa un anziano su due sia in sovrappeso o obeso (57%) e circa uno su tre conduca uno stile di vita sedentario (32%).
- Un anziano su due dichiara di soffrire di 3 o più patologie croniche
- Il 25-30% degli anziani subisce nell'anno una caduta, con rischio di perdita dell'autosufficienza.
- Il 16% degli anziani ha problemi di autosufficienza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione.
- Il 25% presenta un quadro di demenza; il maggior carico assistenziale dei malati dementi ricade sulla famiglia e in particolare sulle donne (spesso a loro volta anziane).
- Nel 2006 gli anziani hanno determinato circa la metà dei ricoveri ospedalieri in regime ordinario (42%), un terzo dei day hospital (27%) e oltre la metà del consumo di farmaci (59%).
- La copertura della vaccinazione antinfluenzale raccomandata sopra ai 65 anni raggiunge il 73%.

Le persone disabili

- In Emilia-Romagna si stimano circa 4 persone disabili ogni 100 abitanti di 6 anni o più.
- Nel 2004 nel Comprensorio Cesenate il numero totale degli invalidi sotto ai 65 anni, era di 3.356 persone (2% della popolazione di pari età); il 17% dei disabili è minorenni.
- Tra i minori le cause di invalidità più rilevanti sono date da "disturbi dell'apprendimento" e "insufficienze mentali", mentre tra gli adulti prevalgono "patologie psichiatriche", "insufficienze mentali", "neoplasie e patologie organiche".
- Si stima che il 10% delle famiglie sia composto da almeno una persona disabile.

L'immigrazione

- La popolazione straniera residente è in costante aumento: 6.4% sul totale dei residenti (7.6% nel distretto Rubicone e 5.6% nel distretto Cesena-Savio).
- Aumentano in particolare i minori stranieri (24% della popolazione immigrata), nei quali le esigenze proprie dell'età evolutiva si associano alla complessità di vivere in contesti socio-culturali differenti tra loro (famiglia e scuola).
- Nei primi tempi dell'ingresso nella nuova società i bisogni prioritari da soddisfare per le persone immigrate sono rappresentate dal permesso di soggiorno, disponibilità di una casa e di un lavoro.
- La ricerca del lavoro rimane il motivo principale dell'immigrazione; l'immigrato svolge frequentemente lavori pesanti, precari, pericolosi, poco pagati, penalizzati socialmente (le cosiddette "5 P").
- Gli immigrati partono in genere dal proprio Paese in buono stato di salute. Abitazioni insalubri e sovraffollate, condizioni di lavoro precario e pericoloso, alimentazione inadeguata, disagio psico-sociale e difficoltà di accesso alle cure sono le principali condizioni determinanti effetti negativi sulla loro salute.
- Le donne (18-49 anni) e i minor stranieri hanno tassi di ricovero ospedaliero maggiori rispetto agli italiani; le cause vanno ricercate in condizioni legate alla gravidanza, ad ambienti di vita insalubre e/o difficoltoso utilizzo dei servizi sanitari di base
- Gli stranieri adulti (18-49 anni) ricorrono al Pronto Soccorso circa due volte in più degli italiani (tasso di accesso pari a 493 vs 259 degli italiani), con l'eccezione dei cinesi che vi ricorrono molto meno (circa la metà rispetto agli italiani).
- L'accesso alle cure prenatali delle donne straniere avviene con maggior ritardo e minor frequenza rispetto alle italiane, comportando un maggior rischio di assistenza prenatale inadeguata, parti pretermine e basso peso dei neonati. L'aborto volontario è più frequente nelle donne con cittadinanza bulgara, cinese e albanese.
- Le malattie infettive negli stranieri sono poche (7% del totale), in prevalenza riferite alle malattie esantematiche dell'infanzia.

3. Qualità della vita percepita e stili di vita

- Il 70% della popolazione adulta (18-69 anni) dichiara di sentirsi in buono stato di salute; questa percezione di benessere decresce all'aumentare dell'età e nelle persone con basso livello di scolarità.
- Il 55% della popolazione non pratica l'attività fisica raccomandata; di questi il 13% ha uno stile di vita del tutto sedentario

- Il 38% dei residenti è in sovrappeso ed il 7% obeso. L'eccesso ponderale riguarda più gli uomini che le donne (56% contro 36%), aumenta con l'età ed è maggiormente presente nelle persone con basso livello di istruzione.
- La percentuale di fumatori è stimata pari al 29%, superiore negli uomini rispetto alle donne (32% vs 26%); i tassi più alti di fumatori si hanno nella fascia di età 35-49 anni.
- Un persona su cinque (20%) è considerabile un "consumatore a rischio" di alcol; questo comportamento è più diffuso tra i giovani di 18-24 anni e tra gli uomini.
- Le bevande alcoliche sono ricercate dai giovani come mezzo per ottenere una condizione di alterazione psichica (euforia, eccitamento) e per disinibire il comportamento sociale.
- Rispetto ai principali fattori di rischio considerati (sedentarietà, sovrappeso-obesità, abitudine al fumo, abuso di alcol), il 18% degli adulti nella fascia 18-69 anni non presenta alcun fattore di rischio, il 38% un solo fattore di rischio, il 33% due, il 10% tre e solo l'1% tutti i 4 fattori.
- Nella fascia 15-54 anni risulta diffusa la sperimentazione di sostanze illegali: si stima infatti che il 27% delle persone abbia utilizzato almeno una volta la cannabis, il 7% la cocaina, il 3% le sostanze psicostimolanti (amfetamine, ecstasy) e l'1% l'eroina, con una tendenza diffusa alla poli-assunzione delle sostanze.

4. Le principali malattie e cause di morte

- Nel 2006 nel Comprensorio Cesenate si sono verificati 1.832 decessi, pari a 928 decessi ogni 100.000 abitanti.
- Le malattie del sistema cardio-circolatorio rappresentano la prima causa di morte (40% dei decessi complessivi); i principali fattori di rischio per queste malattie sono molto diffusi nella popolazione adulta: si stima che il 21% sia iperteso e il 32% abbia il tasso di colesterolo alto.
- I tumori rappresentano la seconda causa di morte (33% dei decessi complessivi); il numero di nuovi casi di tumore è in aumento in correlazione con l'invecchiamento della popolazione, ma si allungano i tempi di sopravvivenza e diminuisce la mortalità.
- Le malattie del sistema respiratorio rappresentano la terza causa di morte (9% delle morti complessive); sono in aumento le malattie respiratorie correlate all'inquinamento urbano e, nei bambini, le malattie allergiche.
- Le malattie infettive causano meno dell'1% delle morti.
- La mortalità evitabile rappresenta circa l'8% dei decessi complessivi (10% negli uomini e 5% nelle donne); nel triennio 2002-2004 si sono avuti circa 133 decessi evitabili per anno, con una stima di una perdita di 14 anni di vita per ogni persona deceduta; tra le cause principali di mortalità evitabile vi sono gli incidenti stradali ed i tumori polmonari.
- In Emilia-Romagna tra le malattie croniche sono molto diffuse anche l'artrosi e l'artrite (210 malati per 1.000 abitanti), le malattie allergiche (126) e la cefalea /emicrania (86) .
- In Emilia-Romagna si stima che il 25% della popolazione adulta abbia presentato sintomi di depressione, con una prevalenza nelle donne tre volte maggiore rispetto agli uomini. Solo un terzo delle persone con sintomatologia depressiva si è rivolta al personale sanitario.
- La spesa di farmaci nel Comprensorio Cesenate è superiore alla media regionale. La quota più consistente è attribuibile ai farmaci attivi sul sistema cardiovascolare (41% della spesa totale), seguono i farmaci per il sistema nervoso (12%), per l'apparato gastro-intestinale e metabolismo (12%).

- I programmi di screening oncologico attivi nel comprensorio cesenate sono tre:
 - Per lo screening dei tumori del collo dell'utero, l'adesione delle donne invitate (25-64 anni) è stata del 50%; la copertura stimata risulta maggiore (90%) in quanto un'elevato numero di donne effettua il pap-test privatamente. Più scarsa è l'adesione alla chiamata delle donne straniere (32%)
 - Per lo screening dei tumori della mammella, l'adesione delle donne invitate (50-69 anni) è stata del 76%;
 - Per lo screening del tumore del colon-retto, attivo solo dal 2005, l'adesione delle persone invitate (uomini e donne tra i 50-69 anni) è di circa il 40%.

5. Ambiente di vita e di lavoro

Ambiente Fisico, Acque e Alimenti

- Ozono e polveri fini (PM10) sono gli inquinanti più critici per la qualità dell'aria nel territorio del cesenate . Con una riduzione dei livelli di PM10 in eccesso si stima di poter evitare circa 13 decessi all'anno.
- Le condizioni delle acque marino-costiere del nostro litorale sono buone dal punto di vista batteriologico; alcune criticità riguardano i parametri correlati allo stato trofico (microalghe, mucillagine)
- Negli ultimi anni la produzione dei rifiuti urbani pro-capite nella provincia di Forlì-Cesena è aumentata progressivamente: nel 2006 la produzione è risultata di 726 kg/procapite. Nel Comprensorio cesenate, nel 2006, solo il 29% dei rifiuti è stato raccolto in modo differenziato, tuttavia i dati provvisori del 2007 mostrano un miglioramento (34%)
- La zonizzazione acustica, quale strumento fondamentale per prevenire l'inquinamento acustico è stata approvata ed adottata in 12 comuni del Comprensorio cesenate.
- Nel periodo 1998-2005 nella provincia di Forlì-Cesena tra le sorgenti artificiali di campi elettromagnetici ad alta frequenza presenti sono stati rilevati 10 superamenti, tutti a carico di impianti per la diffusione radiofonica e televisiva. In 4 casi sono già state concluse le procedure di risanamento; per 4 impianti sono stati programmati i risanamenti e per 2 sono in corso di verifica i superamenti.
- Le acque destinate al consumo umano, distribuite dalle reti acquedottistiche, presentano un buon livello delle caratteristiche qualitative. Si prevede un maggiore utilizzo di altre fonti idriche per integrare quelle del bacino di Ridracoli.
- Negli ultimi anni si è registrato un notevole decremento della tossinfezioni alimentari segnalate, sia in termini di episodi che di singoli casi. In particolare, negli ultimi cinque anni, non sono state registrate tossinfezioni alimentari da Salmonella nelle 62 strutture con ospiti particolarmente sensibili (ospedali, case di cura, asili nido, istituti per anziani).
- Nei prodotti ortofrutticoli, negli ultimi anni, si è assistito alla registrazione d'irregolarità numericamente variabili, ma pur sempre al di sotto del 4% e a carico soprattutto di prodotti di provenienza estera.
- Nel Comprensorio cesenate è molto diffusa la produzione di alimenti di origine animale in particolare nel settore avicolo: nel 2007 sono stati macellati circa 50 milioni di capi (pollame e tacchini). Anche il settore ittico è comparto molto importante: nel 2007 sono stati commercializzati circa 33.000 tonnellate di prodotti della pesca.

Casa e salute

- Nel censimento del 2001 risultavano nel Comprensorio Cesenate 87.517 abitazioni, di cui 70.569 occupate (81%), per la quasi totalità da residenti. Dei 69.902 alloggi occupati da persone residenti, il 76% risultavano alloggi di proprietà.
- I costi legati all'abitazione sono in continua crescita: nel 2006 in Emilia Romagna il 27% della spesa mensile è stata destinata all'abitazione (mutuo, affitto), pari a circa 750 euro mensili.
- La disponibilità di edilizia pubblica è esigua e le domande pervenute in questi anni agli uffici comunali in notevole crescita: la capacità di risposta è inferiore al 5% delle richieste.
- Per le persone in condizioni di disagio economico è possibile ricevere "contributi per l'affitto", finanziati ogni anno da risorse statali, regionali e comunali. Le richieste di questo contributo sono in notevole aumento dal 2000: le risorse disponibili possono coprire meno della metà delle richieste.
- Nel biennio 2005-06 sono state valutate come abitazioni antigeniche o con condizioni di rischio per la salute 163 abitazioni (circa il 30% della abitazioni ispezionate). Gli inconvenienti più frequentemente riscontrati nelle abitazioni sono strutturali (es. sicurezza degli impianti) e gestionali (ad es. mancata ventilazione dei locali); nel 75% dei casi le abitazioni ispezionate presentavano inconvenienti multipli.
- In Emilia-Romagna si stima che, circa una persona su cinque, sia coinvolta in un incidente domestico, anche lieve. I più esposti sono bambini, anziani, donne e persone a basso livello socio-economico.

La mobilità

- La domanda di mobilità è in crescita nella popolazione ed è stata assorbita quasi interamente da mezzi individuali, con bassa quota di mercato per i mezzi dei trasporto pubblici.
- Nella provincia di Forlì-Cesena il numero autovetture ogni mille abitanti è pari a 619 (contro 596 valore medio nazionale).
- Per quanto riguarda il trasporto pubblico, nel 2006 sono più di 5 milioni i viaggi effettuati dai passeggeri delle linee urbane di Cesena, con un incremento dell'8% rispetto al 2005 e del 18% rispetto al 2004. Sono quasi 15.000 i passeggeri al giorno a bordo degli autobus in circolazione a Cesena.

Incidenti stradali

- Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di mortalità evitabile nei giovani tra i 15 e i 35 anni, con alti costi sociali ed economici.
- Nel 2006 nella provincia di Forlì-Cesena si sono registrati 2.236 incidenti stradali, dato in aumento dopo la diminuzione degli ultimi 4 anni (come nel resto della Regione); il 2% degli incidenti ha avuto conseguenze mortali.
- L'andamento dei ricoveri da incidente stradale appare in marcata diminuzione, dato verosimilmente correlato al rafforzamento della normativa di controllo e agli interventi attuati a livello locale negli ultimi anni.
- I ricoveri sono più frequenti nelle classi di età 14-24 anni e oltre i 70; nella classe d'età 18-24 anni i ricoveri avvengono maggiormente nei giorni di sabato e domenica.
- Nel periodo 2004-2006 si sono verificati in media 29 decessi all'anno da incidente stradale. La mortalità mostra una tendenza alla diminuzione dal 1995 fino al 2001 e si è stabilizzata negli ultimi trienni.
- Un'analisi effettuata prima e dopo l'introduzione della legge sull'obbligo del casco (marzo 2000), ha permesso di rilevare una diminuzione significativa (60%) del rischio di morire per trauma cranico

nei motociclisti residenti in Romagna; dopo l'introduzione della legge sulla patente a punti (luglio 2003) si è registrata anche una significativa diminuzione del rischio di morire per tutte le categorie di utenti della strada (20%) e per i soli automobilisti (70%).

Gli infortuni sul lavoro

- L'Emilia-Romagna si colloca, anche per il triennio 2002-2004, al 3° posto in Italia per frequenza di infortuni nel loro complesso (4.2 casi ogni 100 addetti) e per quelli che si risolvono con inabilità temporanea (4 casi ogni 100).
- La provincia di Forlì-Cesena detiene il primato dell'indice infortunistico a livello regionale (5.4 ogni 100 addetti), anche se il trend complessivo ed i casi mortali appaiono in calo: 4 infortuni mortali nel 2004 nell'intera provincia rispetto ai 14 dell'anno precedente.
- L'incidenza infortunistica nel comprensorio cesenate è sovrapponibile al valore medio provinciale;
- Nel Comprensorio cesenate i comparti a più alto indice infortunistico sono: il comparto legno (6.6%), il comparto metalmeccanico (7.6%), il comparto costruzioni (7.2%), da sempre settore critico per numero complessivo di infortuni e soprattutto per la gravità delle conseguenze.
- Sono più a rischio di infortunio i lavoratori stranieri e quelli con rapporto di lavoro precario per lo più stagionale, per i quali è più difficile garantire un'adeguata formazione.
- Il settore agro-alimentare nel periodo 2000-2005 mostra un aumento degli infortuni fino al 2002, seguito da un calo nell'ultimo triennio considerato.
- Gli infortuni sul lavoro che avvengono sulla strada hanno un peso crescente nel quadro complessivo degli infortuni sul lavoro. Nel biennio 2004-2005 si sono registrati complessivamente circa 1.200 infortuni stradali sul lavoro, di cui quasi l'80% "in itinere" (percorso casa-lavoro).

1. Il contesto locale

1.1 Le condizioni socio-economiche

1.1.1 Carta d'identità del territorio¹

Quindici Comuni tra gli Appennini e il mare

Il Comprensorio Cesenate si sviluppa su 15 comuni dislocati su un territorio di 1.116 kmq; sotto il profilo amministrativo comprende due Zone sociali/Distretti sanitari (Cesena-Savio e Rubicone) e due Enti locali sovracomunali: l'Unione dei Comuni del Rubicone (Gatteo, San Mauro P. e Savignano sul R.) e la Comunità Montana dell'Appennino Cesenate (Borghi, Roncofreddo, Sogliano, Verghereto, Bagno di R., Mercato S. e Sarsina). E' inoltre presente l'Associazione intercomunale (Cesena, Montiano, Longiano e Gambettola) che si occupa di gestione del personale, servizi sociali, sviluppo economico e assistenza legale.

Sotto il profilo morfologico e socio-economico il territorio appare complessivamente piuttosto eterogeneo.



La popolazione complessiva è di circa 197.000 abitanti: il Comune di Cesena da solo rappresenta con i suoi 94.000 cittadini quasi il 50% dei residenti. Cesenatico supera i 23.000 abitanti, Savignano sul R. i 16.000, San Mauro P. i 10.000, mentre i rimanenti Comuni restano al di sotto di questa quota.

Nel 2005 i Comuni di Gatteo, San Mauro P. e Savignano sul R. hanno dato vita all'Unione dei Comuni del Rubicone (con una popolazione di circa 34.000 abitanti) per la gestione unitaria di specifici servizi quali ad esempio la polizia municipale, la pubblica istruzione e i servizi sociali.

La superficie complessiva è suddivisa in maniera equilibrata fra le 3 aree altimetriche (pianura, collina, montagna), mentre la popolazione residente si concentra per l'86% nei Comuni di pianura. La densità demografica varia in maniera significativa sul territorio (dai 17 abitanti per kmq di Verghereto a 1.279 per kmq di Gambettola) in relazione all'altimetria, alle opportunità di sviluppo e alla distanza dai centri principali ed incide in maniera rilevante nell'organizzazione dei servizi.

¹ La fonte principale dei dati demografici è rappresentata dagli Uffici Statistici dei Comuni cesenati.

Comprensorio Cesenate
Popolazione residente (2007)

Comune	Residenti	%	Superficie (kmq)	Abitanti/Kmq
Cesena	94.078	47.8	249	377
Cesenatico	23.780	12.1	45	527
Gambettola	9.977	5.1	8	1.279
Gatteo	7.787	3.9	14	548
Longiano	6.381	3.2	24	270
San Mauro P.	10.508	5.3	17	607
Savignano sul R.	16.447	8.4	23	709
Pianura	168.958	85.6	380	442
Borghi	2.348	1.2	30	78
Mercato S.	6.569	3.3	100	66
Montiano	1.641	0.8	9	176
Roncofreddo	3.113	1.6	52	60
Sarsina	3.658	1.9	101	36
Sogliano al R.	3.043	1.5	93	33
Collina	20.372	10.4	385	53
Bagno di Romagna	6.076	3.1	233	26
Verghereto	1.964	1.0	118	17
Montagna	8.040	4.1	351	23
Distretto Cesena-Savio	113.986	57.7	810	141
Distretto Rubicone	83.384	42.3	306	272
Comprensorio Cesenate	197.370	100.0	1.116	176

Fonte: regione Emilia-Romagna

1.1.2 La popolazione continua a crescere. Soprattutto in collina.

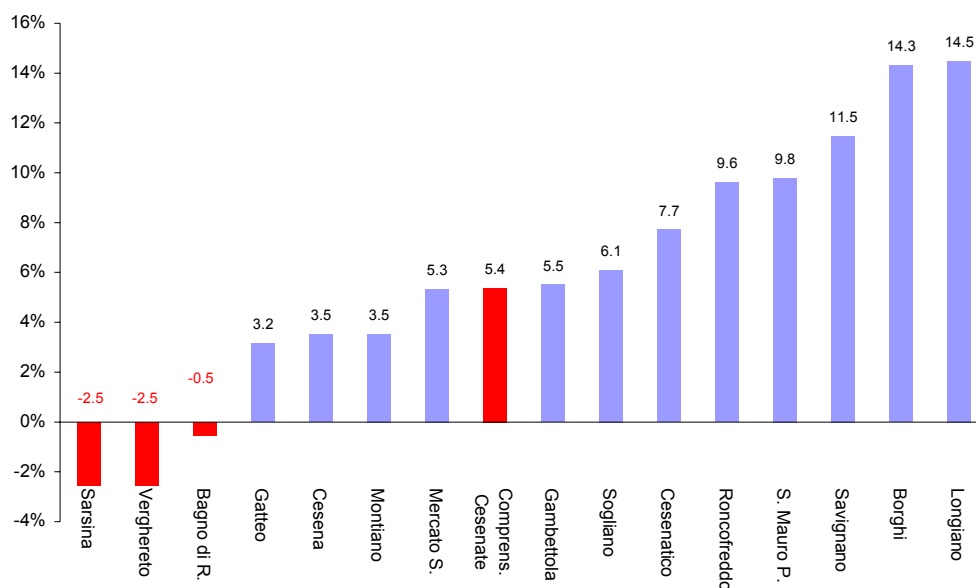
Le crescite più consistenti nel polo del Rubicone e sui primi rilievi

La forza d'attrazione esercitata dagli anni '70 dall'area urbana e costiera e dal polo della Via Emilia non è ancora cessata, come mostra l'andamento demografico degli ultimi vent'anni.

Nel periodo 2001-2006 si conferma la crescita della popolazione nella zona del Rubicone (Savignano sul R. +11%, S. Mauro P. +10%, Gatteo +3%) e si registra un aumento di popolazione anche nella prima fascia collinare adiacente alla pianura (Longiano +14%, Borghi +14%, Roncofreddo +10, Mercato S. +5%).

Continua invece la flessione delle aree altimetricamente più alte (Verghereto -2.5%, Sarsina -2.5%, Bagno di R. -0.5%); il comune di Sogliano al R., in flessione fino al 2003, mostra ora un significativo incremento della popolazione (6%).

Variazione percentuale della popolazione residente per Comune
Comprensorio Cesenate (2001-2006)



Fonte: regione Emilia-Romagna

1.1.3 Come stiamo cambiando

Una terra con più anziani, più stranieri, famiglie più piccole, figli che arrivano sempre più tardi...

Le linee di sviluppo sopra delineate si accompagnano ad importanti cambiamenti nella struttura demografica della popolazione, in tendenza con il contesto regionale, nazionale ed europeo. I principali processi in atto sono rappresentati dall'invecchiamento della popolazione, il costante aumento di cittadini di origine straniera e la leggera ripresa della natalità. Questi fenomeni coinvolgono l'intero territorio, sia pure con entità diversa nelle varie aree:

- l'invecchiamento della popolazione è più sensibile nel Distretto di Cesena–Savio ed in particolare nei Comuni montani di Verghereto, Bagno di R. e Sarsina
- la popolazione straniera rappresenta il 6,4 % della popolazione residente con le percentuali più alte nei comuni di Savignano sul R. e di San Mauro P. (rispettivamente 10% e 9%). La percentuale di popolazione straniera è cresciuta in tutti i Comuni (nel 2005 la media era pari al 5.3%) e l'incremento maggiore si è registrato a Savignano sul R., Gatteo e Sogliano al R. Il Distretto Rubicone si contraddistingue pertanto per una maggiore presenza di popolazione straniera in aumento negli anni

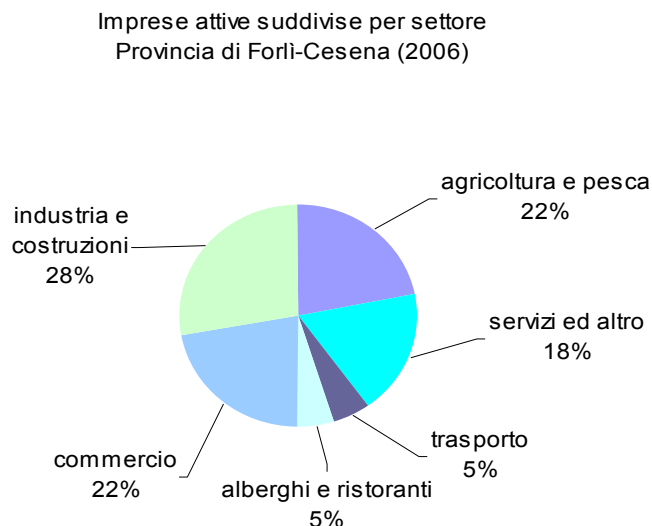
Nel periodo 2003-2006 il numero di famiglie è in aumento (da 37.365 a 46.672 nel Distretto Cesena-Savio, da 27.733 a 32.380 nel Distretto Rubicone), pur continuando la contrazione del numero medio di componenti delle famiglie (da 2.5 a 2.4 per il Distretto di Cesena; da 2.8 a 2.6 per il Distretto Rubicone) e l'aumento delle famiglie con un unico componente, tra cui numerosi anziani soli (da 10.201 a 11.305 nel Comune di Cesena).

Risultano in leggera controtendenza, negli ultimi anni, i dati relativi alle nascite ed ai matrimoni con un lieve incremento del tasso di natalità rispetto agli anni precedenti (da 8.5 a 8.8 per il Distretto di Cesena; da 9.8 a 10.5 per il Distretto del Rubicone) e del numero di matrimoni (da 305 nel 2004 a 336 nel 2006 per il solo Comune di Cesena). Altre tendenze evidenziabili sono lo spostamento in avanti dell'età del matrimonio e della nascita del primo figlio con un incremento delle nascite da madri con età oltre i 35 anni (dal 28% del 1999 al 35% del 2005 nel Comune di Cesena).

1.1.4 Piccolo è bello?²

Una realtà di piccole e medie imprese che fan crescere il territorio. Ma ci sono anche fattori di debolezza.

Sul territorio provinciale sono attive circa 41.000 imprese: 1 ogni 9 abitanti (media nazionale 1 ogni 11 abitanti). La struttura economica cesenate è fondata sul sistema delle piccole-medie imprese; il 57% è costituito da ditte individuali, un terzo da imprese artigiane; il 93% delle aziende ha meno di 10 addetti con una dimensione media di 3.9 addetti (media europea = 6). I settori maggiormente sviluppati sono quelli di "industria e costruzioni" (28%), seguiti da "agricoltura e pesca" (22%) e commercio" (22%).

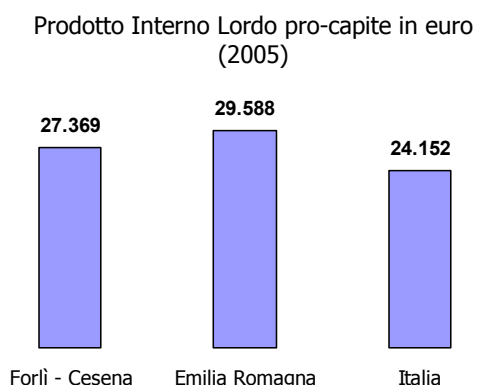


Nel 2005 il Prodotto interno lordo (PIL) della provincia di Forlì-Cesena è risultato pari a 27.369 euro pro-capite: una cifra superiore al livello nazionale (24.152 euro), ma ancora inferiore a quella regionale (29.588 euro); rispetto al 2003 il PIL provinciale è aumentato del 2.6%, rispetto al 2.8% regionale e al 4.2% nazionale

Alcuni fenomeni economici appaiono rilevanti nel contesto locale:

- in provincia la struttura imprenditoriale appare "un po' più anziana" di quella nazionale: la classe degli imprenditori under-30 ammonta in provincia al 5.5% rispetto al 6.7% nazionale, quella di 30-49 anni al 49% contro il 51% e quella sopra i 50 anni al 46% contro il 42% nazionale. Il settore economico con una presenza maggiore di ultra-cinquantenni è quello dell'agricoltura (67%), fetta rilevante del mondo imprenditoriale locale

- da evidenziare anche il ruolo dell'imprenditoria femminile nel contesto locale: la percentuale di imprese a conduzione femminile in provincia è il 21%, in linea con quella



² La fonte principale dei dati economici è la Camera di Commercio della Provincia di Forlì-Cesena.

regionale (20%), ma inferiore al livello nazionale (24%)

- il costante aumento dell'imprenditoria extracomunitaria: nel 2006 i cittadini stranieri titolari di imprese attive nella provincia erano 3.143 (4.7% del totale delle imprese), con una prevalenza del comparto edile e del commercio

1.1.5 Un lavoro per (quasi) tutti

Continuano le difficoltà nel trovar lavoro e di precariato per giovani e donne, ma aumentano anche i disoccupati "grandi". L'occupazione c'è, ma è poco qualificata.

Il Comprensorio Cesenate è un territorio privilegiato dal punto di vista dell'offerta e domanda di lavoro: come per il passato, i dati confermano valori complessivamente migliori rispetto a quelli nazionali, con un elevato tasso di occupazione ed un basso tasso di disoccupazione (anche se in aumento negli ultimi anni).

- nel 2006 il tasso di occupazione³ provinciale è risultato del 66.9% in linea con quello regionale (67%) e superiore al nazionale (58.4%) e rimane tra i più elevati delle province italiane
- nel 2006 il tasso di disoccupazione⁴ provinciale complessivo si è attestato intorno al 5.5%: un valore superiore a quello regionale (3.3%), ma inferiore a quello nazionale (6.7%). Il confronto con gli anni 2004 e 2005 mostra un aumento del tasso di disoccupazione provinciale verosimilmente legato alla fase negativa che ha coinvolto in questi anni i settori importanti dell'economia locale, in particolare quello agricolo. Rimane ampia la differenza dei tassi di disoccupazione per genere (3.8% negli uomini rispetto al 7.9% nelle donne), in entrambi i casi più alti della media regionale (rispettivamente 2.4% e 4.4%)

	Tassi di occupazione (15-64 anni)			Tassi di disoccupazione (15-64 anni)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Forlì-Cesena	66.9%	66.2%	66.9%	3.8%	4%	5.5%
Emilia-Romagna	68.4%	68.4%	67.0%	3.5%	3.7%	3.3%
Italia	57.3%	57.4%	58.4%	8.1%	7.6%	6.7%

Fonte: Camera di commercio Forlì-Cesena

Altre tendenze da rilevare:

- la percentuale maggiore delle assunzioni (circa 50%) è relativa alla fascia di età degli adulti (30-49 anni), a seguire quella dei giovani e infine quella degli ultra cinquantenni
- il numero dei disoccupati è in crescita nelle fasce di età elevate: 30-49 anni (+6%), con forte incidenza della componente femminile, e sopra i 50 anni (+12%) con difficoltà di reinserimento lavorativo e conseguenti problematiche sociali
- per quanto riguarda il lavoro femminile si conferma una tendenza ad una minore occupabilità delle donne rispetto agli uomini in provincia: il tasso di occupazione è inferiore a quello della media regionale (55% vs 62%), diversamente dall'occupazione maschile che supera la media regionale (78% vs 77%)
- le donne vivono il fenomeno della "doppia presenza" in ambito professionale e familiare: le classi di età con i tassi di occupazione femminili più elevati (30-40 anni) sono anche quelle maggiormente

³ Tasso di occupazione = n° occupati/popolazione 15-64 anni.

⁴ Tasso di disoccupazione = persone in cerca di occupazione/forza lavoro (occupati e persone in cerca di occupazione)

prolifere. Si pone pertanto il problema di conciliare il lavoro professionale e domestico e la necessità di adeguata organizzazione del sistema dei servizi per l'infanzia

- nel flusso delle assunzioni per il 2006 si denota positivamente una tendenza alla "stabilizzazione" del posto di lavoro, con trasformazione dei contratti a termine in contratti a tempo indeterminato. I contratti a tempo determinato infatti, pur rappresentando ancora il 75% del totale delle assunzioni sono diminuiti (85% nel 2005), mentre le assunzioni a tempo indeterminato (25% del totale delle assunzioni) hanno visto una crescita (15% nel 2005)
- la presenza così diffusa del lavoro a tempo determinato è in gran parte motivata dall'elevata incidenza occupazionale di settori fortemente legati alla stagionalità (agricoltura e turismo)
- i contratti part-time sono più frequenti nelle donne (73% vs 26%). Questi contratti flessibili, utili per conciliare il lavoro e la famiglia, tuttavia, si ripercuotono su reddito e sicurezza familiare
- gli stranieri residenti nel nostro territorio sono in maggioranza adulti con un permesso di soggiorno per motivi di lavoro: nel 2005 il 66% dei permessi rilasciati è stato per lavoro. Sul totale dei disoccupati gli stranieri sono il 18%, con una incidenza maggiore nell'ambito territoriale del Centro per l'Impiego di Savignano (21%)
- nel 2006 il numero di lavoratori iscritti alle liste di mobilità, in quanto licenziati per la riduzione di personale o per la cessazione dell'attività aziendale, è in aumento costante (+ 4%)

1.1.6 Il benessere diseguale

S'assottiglia il potere di acquisto delle famiglie, diminuiscono i consumi non necessari, si fanno i conti con la "povertà relativa e assoluta"

La Provincia di Forlì-Cesena è una provincia ricca: il reddito medio lordo pro-capite familiare si attesta su 20.311 euro, in linea con la media regionale (20.007 euro) e ben superiore a quella nazionale (16.080 euro). Tra le diverse Province emiliano-romagnole, Forlì-Cesena evidenzia una posizione d'eccellenza, preceduta solo da Modena e Bologna con un indice di ricchezza e spesa ben equilibrati; nella graduatoria nazionale 2004 del reddito disponibile per abitante risulta essere al 6° posto tra le Province italiane.

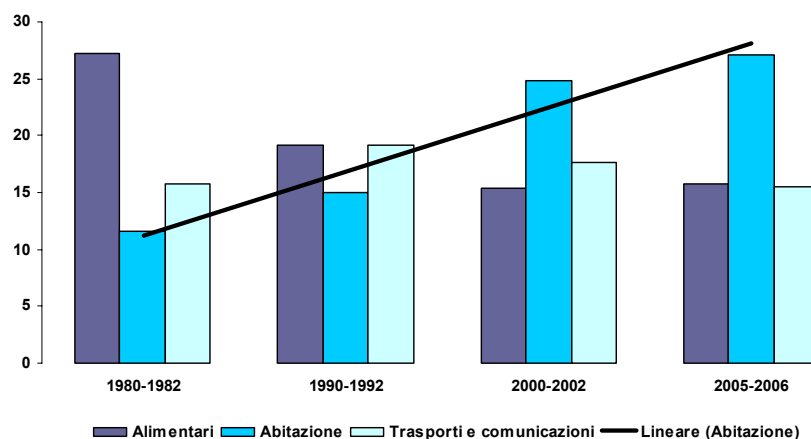
Reddito lordo disponibile pro-capite delle famiglie per provincia in Euro
Emilia-Romagna (2003-2004)

	2003	2004
Piacenza	18.789	19.121
Parma	18.995	19.094
Reggio Emilia	19.025	19.377
Modena	20.078	20.618
Bologna	20.097	20.820
Ferrara	18.472	18.890
Ravenna	19.220	19.857
Forlì-Cesena	19.839	20.311
Rimini	19.671	20.289
Emilia-Romagna	19.508	20.007
Italia	15.636	16.080

Fonte: Unioncamere-Istituto Tagliacarne

Nel 2006 la spesa regionale più alta rimane quella relativa alla abitazione (affitti, mutui) in forte aumento rispetto al biennio 2000-2002; costanti si mantengono le spese relative alle altre voci, tranne una leggera diminuzione in spesa per servizi e spese sanitarie. Circa l'85% delle famiglie cesenati risiede nella casa di proprietà: 32.635 famiglie sono proprietarie della casa in cui risiedono e 5.759 vivono in alloggi in locazione⁵.

Composizione percentuale dei 3 principali beni di consumo delle famiglie Emilia Romagna (1980-2006)



Composizione percentuale della spesa media per famiglia Emilia Romagna (1980-2006)

	1980-1982	1990-1992	2000-2002	2005-2006
Alimentari	27.2	19.2	15.4	15.8
Tabacchi	1.5	1	0.8	0.7
Abbigliamento	11.2	8	6.6	5.5
Abitazione	11.6	15	24.8	27.1
Combustibili	4.3	5.3	5	5.5
Arredamento	8.1	6.9	6.6	5.9
Servizi e spese sanitarie	1.5	2.6	4.3	4
Trasporti e comunicazioni	15.7	19.1	17.6	15.5
Istruzione e tempo libero	6.1	7	6.1	7.6
Altro	12.7	15.9	12.8	12.7

Fonte: "I consumi delle famiglie 2006" Istat

Nel 2006 i dati regionali sulla povertà si attestano sul 4% rispetto al 2.5% del 2005: pur presentando la nostra regione il primato della minor incidenza di povertà relativa⁶, le famiglie in questa condizione sono passate da 41.933 circa a 60.383 (+44%). I livelli più alti di povertà in genere sono quelli delle famiglie con cinque o più componenti specie se con minori e/o anziani a carico.

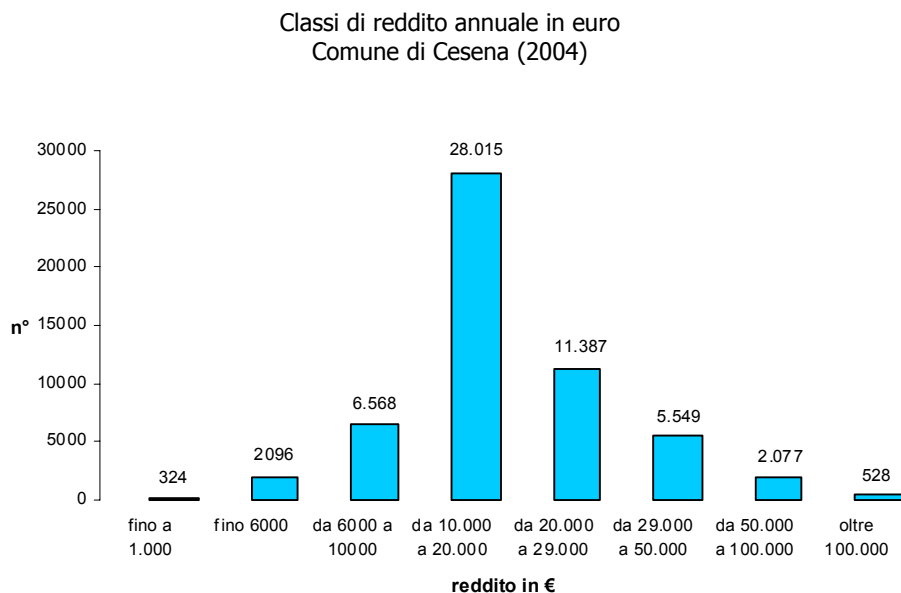
Nel 2004 nel Comune di Cesena la maggioranza dei redditi dichiarati si concentra nella fascia intermedia (10.000-20.000 euro); piuttosto numerosa è anche la fascia 6.000-10.000 euro, appena al di sopra della soglia di povertà.

⁵ Dati riferiti al Comune di Cesena. (Censimento 2001)

⁶ "povertà relativa": famiglie che presentano spese per consumi al di sotto di una soglia convenzionale, stabilita in base alla spesa media mensile pro capite per consumi.

Nella ricerca "Fenomeni di povertà e di Esclusione sociale nella Provincia di Forlì-Cesena"⁷ emergono due categorie principali coinvolte in grave povertà ed esclusione sociale:

- persone con problemi fisici e psichici
- clandestini e persone senza fissa dimora



In conclusione il contesto socio-economico appare complessivamente stabile e positivo; sono tuttavia presenti alcuni fattori di debolezza e di rischio rispetto alla complessiva tenuta del sistema tra i quali si sottolineano:

- il ritardo di innovazione rispetto alle economie più evolute (il 94% delle esportazioni forlivesi riguardano beni a basso contenuto tecnologico), con conseguente necessità di rilanciare investimenti e progetti integrati per la ricerca
- i limiti connaturati al modello di sviluppo basato sulla piccola-media impresa e sul familismo imprenditoriale con conseguente bassa presenza di imprenditoria giovanile
- la flessibilità del mondo del lavoro con un elevato utilizzo di contratti a tempo determinato o di forme di accesso al lavoro considerate atipiche
- l'aumento della disoccupazione nelle fasce di età elevate con difficoltà di reinserimento lavorativo
- la maggiore difficoltà per le donne di entrare nel mondo del lavoro e, una volta inserite, di conciliare lavoro e famiglia
- l'erosione del potere di acquisto delle famiglie

1.2 Il capitale sociale del territorio

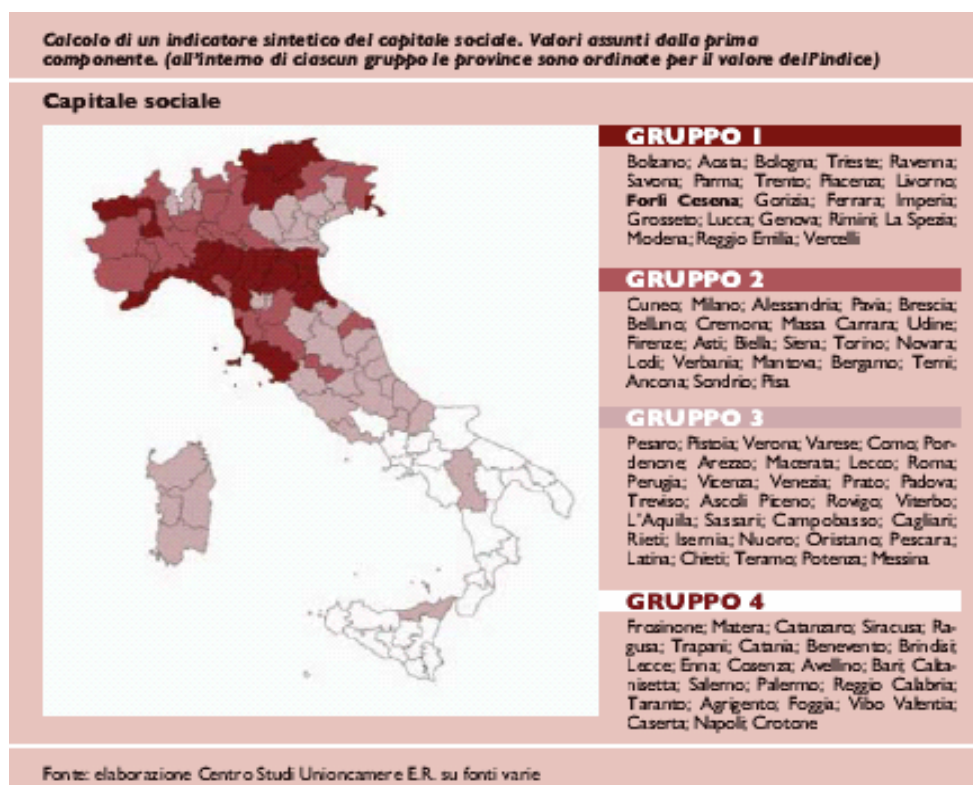
Una risorsa fatta di legami, reti di aiuto, solidarietà

Il capitale sociale è un concetto sociologico oggetto di dibattito dagli anni '90 ad oggi. Secondo il sociologo Putnam per capitale sociale si intendono le caratteristiche della vita sociale (reti, norme e fiducia), che mettono i partecipanti nelle condizioni di agire più efficacemente nel perseguimento di obiettivi condivisi.

⁷ *Fenomeni di Povertà ed Esclusione Sociale nella Provincia di Forlì –Cesena* in "Analisi sulle dinamiche economiche – produttive e sull'andamento del mercato del lavoro locale" II Approfondimento. Osservatorio sul mercato del lavoro della Provincia di Forlì-Cesena. (2005)

Studiare il capitale sociale di un territorio significa pertanto cercare di capire quali risorse spontanee, più o meno organizzate, concorrono a mantenere coeso il tessuto di una società: legami tra le persone, relazioni di amicizia, solidarietà, associazionismo, rappresentanze sindacali, ecc..

Pur risultando difficile poter quantificare in modo univoco e dettagliato il capitale sociale di un territorio, alcune recenti ricerche hanno fornito una valutazione approssimativa per provincia, considerando oltre 50 indicatori, tra i quali cultura, sicurezza, cooperazione, non profit, relazioni, associazionismo, numero di donatori di sangue, percentuale di votanti alle elezioni⁸. La provincia di Forlì-Cesena è risultata essere 3^a in regione per capitale sociale e 11^a a livello nazionale.



1.2.1 La carica dei 75.000

Il valore dell'associazionismo sul territorio

L'associazionismo è un elemento importante del capitale sociale nel Comprensorio Cesenate con un numero molto alto di associazioni operanti in diversi ambiti (culturale, sportivo, ricreativo).

- dai dati riportati dalla banca dati provinciale, integrati con alcuni dei singoli Comuni⁹, risultano attive nell'intero territorio di riferimento più di 700 associazioni (pari ad 1 associazione ogni 272 residenti)
- sotto il profilo sociale si segnala la prevalenza di associazioni impegnate in ambito culturale e sportivo (60%), ma anche una buona presenza di realtà non profit, occupate nell'assistenza sociale, educativa e sanitaria (20%)
- sotto l'aspetto delle risorse umane a livello provinciale risultano più di 75.000 volontari¹⁰ iscritti alle associazioni

⁸ "Rapporto sull'economia della provincia di Forlì-Cesena 2006". Centro studi Unioncamere E.R.

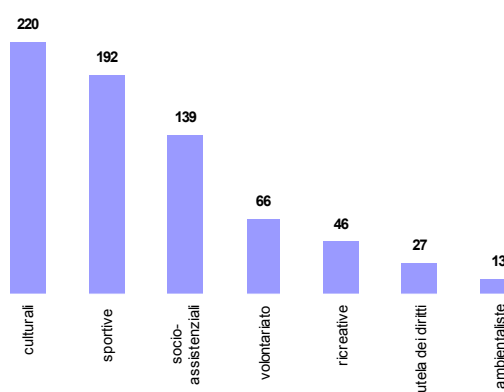
⁹ Non tutti i Comuni hanno risposto alla domanda di integrazione dei dati provinciali.

¹⁰ Si precisa che il dato è dato dalla somma dei volontari di ogni associazione senza considerare che in alcuni casi le stesse persone possono far parte di più organizzazioni.

Tutti i Comuni del Comprensorio manifestano particolare attenzione all'associazionismo, promuovendone le attività e in molti casi affidando loro la gestione di alcuni servizi diretti alla collettività (strutture sportive e culturali, assistenza sociale e/o educativa, trasporti sociali, cura del verde ecc.).

Riguardo alle caratteristiche delle associazioni nel territorio provinciale è stata condotta una recente ricerca dall'Università di Bologna, dalla quale sono emersi alcuni aspetti:

N° associazioni di volontariato per tipologia
Comprensorio Cesenate (2003)



Il lavoro di rete.

- la maggioranza delle associazioni sostiene il lavoro di rete, ma la maggior parte (83%) è in rete solo con istituzioni del territorio (servizi sociali dei comunali e AUSL); sono poche le associazioni impegnate in progetti cooperativi con altre associazioni o realtà del privato sociale
- circa la metà delle associazioni, oltre all'erogazione di servizi investe in formazione della collettività su temi quali primo soccorso, relazione di aiuto, approccio ai malati...

I volontari

- i volontari sono per lo più "giovani" anziani nella fascia 60-69 anni (25%), seguiti dai giovani adulti di 30-39 anni (19%), in genere donne (63%); quasi la metà è in possesso di un diploma medio-superiore
- le motivazioni principali di adesione al volontariato sono la fede religiosa (15%), solidarietà con lo svantaggiato (15%) e disponibilità di tempo libero (13%)
- i volontari hanno dichiarato che l'azione di volontariato ha migliorato la qualità della loro vita su più fronti: in particolare capitale relazionale (il numero di persone con cui si hanno relazioni, amici, persone di fiducia) e "civicness" (interesse nei problemi della società e senso di responsabilità nei confronti degli altri)

Un dato interessante emerso dalla ricerca su cui riflettere consiste nel fatto che la maggioranza delle associazioni sembra essere rivolta principalmente all'erogazione di servizi, mentre rimane marginale l'importanza attribuita allo sviluppo delle relazioni sociali tra le persone coinvolte (volontari, utenti, familiari, comunità nel suo insieme). Per questi motivi, secondo gli autori non è poi così scontato il contributo virtuoso del volontariato al capitale sociale del territorio¹¹.

BIBLIOGRAFIA

- Camera di Commercio della Provincia di Forlì-Cesena <http://www.fo.camcom.it/>
- Unioncamere-Istituto Tagliacarne <http://www.tagliacarne.it/sito/>
- *I consumi delle famiglie* Istat (2006)
- *Fenomeni di Povertà ed Esclusione Sociale nella Provincia di Forlì –Cesena* in *Analisi sulle dinamiche economiche – produttive e sull'andamento del mercato del lavoro locale* II°Approfondimento. Osservatorio sul mercato del lavoro della Provincia di Forlì-Cesena. (2005)
- *Rapporto sull'economia della provincia di Forlì-Cesena 2006*. Centro studi Unioncamere E.R.
- *Volontariato, appartenenza associativa, capitale sociale: un legame non scontato nella realtà romagnola* Golinelli M, Scidà G. in *Terzo settore e valorizzazione del capitale sociale in Italia: luoghi e attori*, Donati P.e Colozzi I. (2006)

¹¹ Per maggiori approfondimenti si legga: vedi Golinelli M, Scidà G. *Volontariato, appartenenza associativa, capitale sociale: un legame non scontato nella realtà romagnola* in "Terzo settore e valorizzazione del capitale sociale in Italia: luoghi e attori", Pierpaolo Donati e Ivo Colozzi (2006)

2. I Bisogni e le risorse della Comunità

2.1 La famiglia e i bambini

Si definisce famiglia "un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune" (Istat). Oggi si parla molto di crisi e di "destrutturazione" della famiglia tradizionale per indicare la transizione verso nuove tipologie di unioni familiari.

Tra le tendenze che muovono questa transizione si evidenziano a livello locale e nazionale:

- la riduzione del numero di matrimoni
- matrimoni e nascita del primo figlio posticipati ad età più avanzate
- l'aumento della permanenza dei figli nella famiglia d'origine
- aumento delle separazioni e dei divorzi
- riduzione del numero di componenti per nucleo familiare

	Distretto di Cesena-Savio			Distretto del Rubicone		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Residenti	113.367	113.789	113.986	78.796	81.904	83.384
Famiglie	45.791	46.277	46.672	29.817	31.573	32.380
Nati ogni 1.000 abitanti	8.9	8.8	8.8	11.1	9.5	10.5

2.1.1. Meno fiori d'arancio e sempre più tardi

Il numero di matrimoni è in progressiva diminuzione dal 1972 su tutto il territorio nazionale (Istat), tendenza confermata anche a livello locale, pur con una modesta inversione nell'ultimo anno in entrambi i distretti. Nel 2006 il tasso di nuzialità¹ era in entrambi i Distretti pari al 3.4‰ contro una media nazionale di 4.3‰.

A livello nazionale diminuiscono i matrimoni con rito religioso (68% nel 2005 vs l'80% nel 1995), aumentano quelli contratti in età più avanzata e quelli successivi al primo (12% nel 2005 vs 8% nel 1995); cresce la quota di coppie che scelgono la separazione dei beni al momento del matrimonio (56% nel 2005 vs al 41% nel 1995).

Sono in crescita i matrimoni con almeno un coniuge straniero (12% del totale), in genere la moglie, ed i bambini nati con uno (12%) o entrambi (9%) i genitori stranieri.

N. matrimoni per Distretto
Comprensorio Cesenate (2003-2006)

	2003	2004	2005	2006
Distretto Cesena-Savio	476	384	381	391
Distretto Rubicone	432	322	398	430

¹ Tasso di nuzialità: numero di matrimoni celebrati nell'anno/ numero medio della popolazione residente *1.000

La dimensione familiare è divenuta la naturale espressione di una immigrazione più radicata e stabile, testimoniata anche dall'incremento dei permessi di soggiorno per ricongiungimento familiare (30% della quota totale).

2.1.2 Famiglie a pezzi...

Separazioni e i divorzi sono in aumento con un separazioni nel 2004 di 283 ogni 100.000 coniugati; l'età media alla separazione è 43 anni negli uomini e 41 nelle donne.

Nel 2004 i minori coinvolti nelle separazioni in Italia sono stati 64.242; i dati raccolti dal Servizio Materno-Infantile evidenziano la crescita di bambini che non vivono con entrambi i genitori anche nel territorio locale.

Bambini che non vivono con entrambi i genitori
Comprensorio Cesenate (2006)

	numero	%
Al 10°-11° mese	27	1.4%
Al 24° mese	33	2.6%
Al 36° mese	41	3.2%
Al 5°-6° anno	85	5.3%
Al 12° anno	103	9.3%

2.1.3 ...e polverizzate

Nel Comprensorio Cesenate sono presenti 79.052 famiglie, dato in progressivo aumento (77.843 nel 2004). Le famiglie sono sempre più piccole per l'invecchiamento della popolazione (anziani che vivono soli) e la crescita dell'instabilità matrimoniale; la composizione media dei nuclei familiari è passata dai 2.6 componenti del 2001 ai 2.5 del 2006. In accordo con le tendenze nazionali aumentano le coppie senza figli e le famiglie unipersonali (a Cesena sono 9.247, composte soprattutto da donne anziane).

2.1.4 Un nuovo baby boom?

L'andamento della natalità nel Comprensorio Cesenate ha mostrato un calo rilevante fino alla metà degli anni '90, periodo in cui ha toccato il minimo storico (7 nati ogni 1.000 abitanti nel Distretto Cesena-Savio, 7.9 in quello Rubicone). Successivamente si è registrata una ripresa, dovuta principalmente all'immigrazione di famiglie extracomunitarie.

Complessivamente nel 2006 sono nati 1.877 bambini; il tasso di natalità attualmente è pari a 8.8 nel Distretto Cesena-Savio e 10.5 nel Distretto Rubicone, dove è maggiore l'aumento di immigrazione straniera.

Le nascite da madri nella fascia 35-45 anni sono in aumento, mentre decrescono le gravidanze sotto i 30 anni.

2.1.5 Più anziani nelle case

L'invecchiamento della popolazione comporta un aumento dei nuclei familiari composti da uno o più individui in età avanzata, con conseguenti bisogni socio-assistenziali. Nel Comune di Cesena le famiglie con almeno un componente sopra i 65 anni sono 14.447, pari al 37% del totale (36% a livello nazionale).

2.1.6 Mamme lavoratrici, specialiste in miracoli

Su tutto il territorio nazionale aumentano le donne che diventano madri dopo i 30 anni, in piena età lavorativa. Si pone pertanto il problema di conciliare lavoro e famiglia, compito non ancora sufficientemente agevolato dai servizi già attivati nel territorio. Nonostante l'implementazione dei servizi di supporto alle famiglie con minori e anziani, il maggior carico assistenziale rimane ancora prevalentemente a carico della donna².

Nel 2006 a Cesena il 30% dei bambini di 0-3 anni ha frequentato i servizi per la prima infanzia (24% regionale e 9% nazionale).

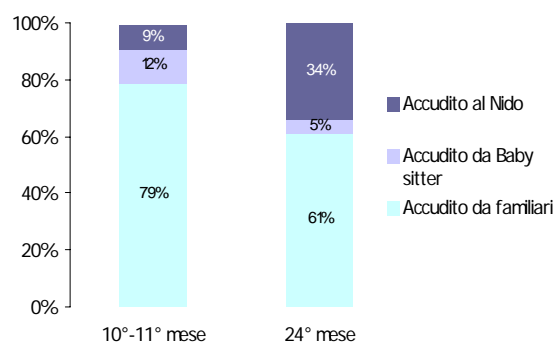
² Ricerca "Genere, genti, generazioni" a cura di Zurla P.e Martelli A. (2007).

Dai dati raccolti durante il *Bilancio di Salute* dei minori si evidenzia che il 48% delle madri ha ripreso l'attività lavorativa entro il 10-11° mese di vita del bambino; la percentuale sale al 66% e al 71% rispettivamente al 24° e 36° mese.

Durante il lavoro della madre il figlio è accudito:

- dai familiari (79% a 10-11 mesi; 61% a 24 mesi)
- nell'asilo Nido (9% a 10-11 mesi, 34% a 24 mesi)
- da baby-sitter (12% a 10-11 mesi; 5% a 24 mesi)

Accudimento dei bambini di madri lavoratrici
Coorti di nascita 2005-2006
Comprensorio Cesenate



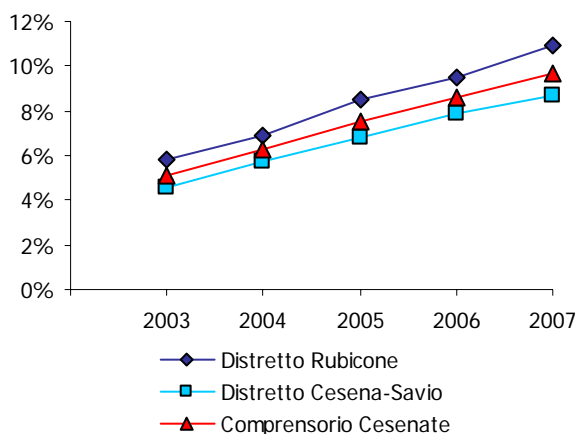
2.1.7 La popolazione sotto i 18 anni

Aspetti socio-demografici

La popolazione pediatrica (0-17 anni) nel Comprensorio Cesenate risulta composta da 31.067 bambini e ragazzi, pari a circa al 16% della popolazione complessiva (2007); questa proporzione è cresciuta negli ultimi anni, in particolare per la presenza dei figli di immigrati.

Nel Distretto Rubicone è presente una quota di popolazione pediatrica maggiore rispetto al Distretto Cesena-Savio (11% vs 9%); il Comune "più giovane" è San Mauro Pascoli (19% della popolazione con meno di 18 anni). Negli ultimi anni i minori stranieri sono passati dal 5% al 10% della popolazione residente della stessa classe di età.

Trend percentuale di minori stranieri sulla popolazione residente di pari età per Distretto
Comprensorio Cesenate (2003-2007)



2.1.8 Una scuola multicolore

La presenza degli alunni stranieri, in progressivo aumento negli ultimi anni, è una caratteristica ormai strutturale del sistema scolastico³: nel nostro Paese gli alunni stranieri sono circa 500.000 (5.6% della popolazione scolastica complessiva).

Anche nella Provincia di Forlì-Cesena la quota scolastica di alunni stranieri è in costante aumento (9% della popolazione scolastica complessiva⁴ nell'anno scolastico 2006-2007).

³ Ministero della Pubblica Istruzione "Alunni con cittadinanza non italiana" (2006-2007)

⁴ Osservatorio provinciale sull'immigrazione "Report provinciale sul fenomeno migratorio nella provincia di Forlì-Cesena: tra dimensione quantitativa e dinamiche di interazione sul territorio" (2007)

Alunni iscritti alle scuole del Comprensorio Cesenate
(Anno scolastico 2006/2007)

Scuola	Distretto Cesena-Savio		Distretto Rubicone		Comprensorio Cesenate	
	alunni iscritti	alunni stranieri iscritti	alunni iscritti	alunni stranieri iscritti	alunni iscritti	alunni stranieri iscritti
Scuola infanzia	2.656	191 (7%)	1.838	231 (13%)	4.494	422 (9%)
Scuola primaria	4.596	395 (9%)	3.680	481 (13%)	8.276	876 (11%)
Scuola secondaria 1° grado	2.866	243 (8%)	1.218	111 (9%)	4.084	354 (9%)
Scuola secondaria 2° grado	7.009	407 (6%)	1.494	71 (5%)	8.503	478 (6%)
Totale scuole	17.127	1.236 (7%)	8.230	894 (11%)	25.357	2.130(8%)

La presenza di alunni di diverse nazionalità pone a Istituzione scolastica e insegnanti sfide nuove a cui trovare risposte adeguate ed alcune criticità importanti quali:

- aumento della complessità didattica ed organizzativa della scuola dell'obbligo e necessità di intervento specializzato da parte dei docenti
- fenomeno di disorientamento parziale dato dal continuo inserimento di nuovi alunni nelle classi anche ad anno scolastico iniziato; questo richiede una costante ridefinizione nell'organizzazione didattica ed influisce sul lavoro quotidiano degli insegnanti
- necessità di consolidare il rapporto tra scuola e famiglie straniere.

2.1.9 Piccoli e sani

Lo stato di salute della popolazione in età pediatrica e giovanile è definibile complessivamente come molto buono.

Le più severe **malattie infettive dell'infanzia** sono ormai scomparse o in netto calo grazie all'elevata copertura vaccinale: nel 2006 non si è avuto alcun focolaio epidemico per le malattie sottoposte a programma vaccinale. Il 96% dei bambini nati nel 2005 presenta, a 12 mesi, una copertura di almeno 2 dosi per le vaccinazioni obbligatorie (antipoliomielite, antidifterica, antitetanica) in linea con il dato regionale (97% nel 2004); anche per le vaccinazioni raccomandate (antimorbillosa, antiparotite e antirosolia) si registra un ottimo livello di copertura (sopra al 92%). Aumentano le famiglie che praticano l'obiezione alle vaccinazioni, pur rimanendo un fenomeno molto circoscritto.

L'**allattamento al seno** avviene nei primi tre mesi per il 69% dei neonati e per il 52% fino al sesto mese, dato positivo e stabile negli ultimi anni, in linea con il dato nazionale Istat⁵ (50%).

Lo **screening delle carie e malocclusioni dentarie** è eseguito sui ragazzi in 4° elementare: nel 2006 gli indicatori di salute odontoiatrica sono complessivamente migliorati rispetto al 2005, tranne la cura dei denti permanenti cariati effettuata solo nel 26% dei casi (29% nel distretto Cesena-Savio e 24% nel Distretto Rubicone). Le carie molto estese non trattate sono scese in 10 anni dal 27% al 4%.

Per quanto riguarda le principali patologie croniche a carico dei minori, la più diffusa è la celiachia (133 casi nel 2006) con quota più alta nelle femmine (89 vs 44) e nel Distretto Rubicone (70 vs 63).

⁵ "Gravidanza, parto, allattamento al seno" Statistiche in breve Istat 2004-2005

Patologie croniche tra i minori
Comprensorio Cesenate (2006)

Patologie croniche	N° di casi	N° di nuovi casi
Celiachia	133	10
Paralisi cerebrali infantili (PCI)	56	7
Malattie onco-ematologiche	39	5
Diabete tipo I	29	6
Sindrome di Down	27	1
Fibrosi cistica	14	0

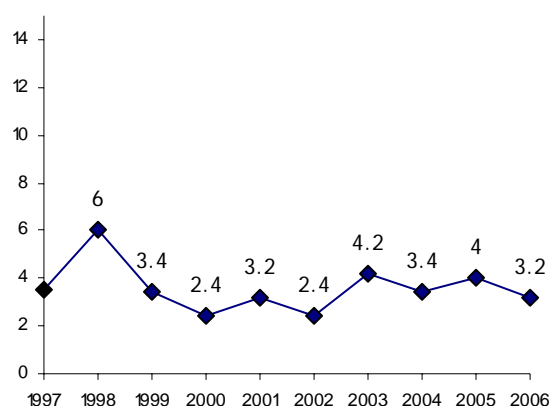
Fonte: Registro di Patologia-Pediatria di Comunità

Nel 2006 la **mortalità infantile**⁶, indicatore del livello igienico-sanitario di una popolazione, è risultata pari al 3.2‰ (3.4‰ in Emilia-Romagna e 4‰ in Italia). Il dato è rimasto pressoché costante negli ultimi dieci anni ed è essenzialmente correlato alla mortalità neonatale precoce⁷.

Nel biennio 2005-2006 14 bambini sono deceduti nel primo anno di vita, di questi 3 erano figli di genitori stranieri.

Nel 2006 il tasso di mortalità giovanile (1-17 anni) è stato dello 0.2‰ (6 decessi, di cui 3 da incidente stradale).

Tassi di Mortalità Infantile per 1.000 nati vivi
Comprensorio Cesenate (1997-2006)



2.1.10 Stili di vita e salute dei minori

Sovrappeso ed obesità rappresentano condizioni diffuse nella popolazione infantile del Comprensorio Cesenate: a 6 anni il 15% dei bambini è in sovrappeso ed il 9% obeso; a 9 anni si sale rispettivamente al 19% e all'11%⁸. I bambini con genitori sovrappeso/obesi o con basso livello di istruzione sono maggiormente a rischio di eccesso ponderale.

L'eccesso ponderale è inoltre strettamente correlato alla poca **attività fisica** praticata: tra i bambini sedentari la prevalenza di sovrappeso/obesità è maggiore del 50% rispetto ai bambini vivaci; i bambini con eccesso ponderale guardano più televisione rispetto ai normopeso (3 ore al giorno vs 2 ore).

Nell'Azienda Sanitaria di Cesena è attivo un gruppo multidisciplinare per la prevenzione dell'obesità infantile; nel 2007 il gruppo di lavoro si è orientato ad individuare le strategie di sostegno alle famiglie con bambini a rischio di obesità e a fornire terapie adeguate ai bambini con obesità medio-grave.

L'**esposizione al fumo passivo** in gravidanza e nei primi anni di vita rappresenta un altro fattore di rischio per la salute dei bambini (basso peso alla nascita, infezioni respiratorie acute, asma bronchiale, sintomi respiratori cronici, affezioni dell'orecchio medio). Per indagare l'entità del fenomeno nel territorio cesenate,

⁶ Tasso di mortalità infantile: n° annuale di bambini morti in età inferiore a 1 anno/ n° di nati vivi nello stesso anno.

⁷ Mortalità neonatale precoce: morti avvenute entro la prima settimana di vita

⁸ Fonte: Ricerca sulla Sorveglianza nutrizionale AUSL Cesena (2004-2006)

nel corso del 2007 è stata realizzata un'indagine in un campione di famiglie con bambini di 12 mesi di età, attraverso un questionario somministrato ai genitori; dai dati raccolti è emerso che:

- il 16% delle madri ed il 30% dei padri sono fumatori ed 1 bambino su 10 ha entrambi i genitori fumatori; l'abitudine al fumo nelle madri è più diffusa nella classe di età 25-29 anni (35% di fumatrici).
- il 23% circa dei bambini trascorre almeno un'ora alla settimana con persone fumatrici (esclusi i genitori) e il 37% di questi bambini è in contatto con più di un fumatore
- la maggior parte dei genitori dichiara che nelle proprie abitazioni "non è permesso fumare in nessun ambiente", mentre il 9% che è "permesso in alcune stanze" (cucina, bagno...)

Nell'Azienda Sanitaria di Cesena è attivo dal 2003 il progetto "Cuccioli senza Fumo", rivolto alle donne in gravidanza, ai genitori e ai familiari di bambini in età pediatrica. Il progetto è finalizzato a sensibilizzare le famiglie sull'importanza di ridurre l'esposizione dei bambini al fumo passivo creando ambienti domestici "liberi dal fumo". L'intervento prevede un breve counselling motivazionale accompagnato dalla consegna di materiale informativo da parte degli operatori sanitari in alcuni "momenti chiave" dell'assistenza alla donna gravida ed al bambino (prima visita ostetrico-ginecologica presso il consultorio, corsi di preparazione al parto, prima visita neonatale e prima vaccinazione). Nel 2006 prima della gravidanza il 14% delle madri e il 34% dei padri era fumatore; tra le madri fumatrici il 41% ha sospeso il fumo in gravidanza ed il 43% lo ha ridotto. Complessivamente l'8% delle donne rimane fumatrice in gravidanza (rispetto al 10% del 2003).

2.1.11 ...ma per i piccoli stranieri c'è qualche problema in più

I minori figli di stranieri sono circa 3.000, pari al 10% del totale dei minori residenti (2006). Rispetto ai figli di italiani presentano a livello locale, come regionale e nazionale, indicatori di salute meno buoni nelle prime fasi della vita con maggior rischio di nascite premature, basso peso alla nascita e patologie perinatali. Questa situazione appare in parte correlata alla presenza di barriere culturali e linguistiche che rendono più difficile l'accesso ai Servizi di prevenzione, diagnosi e cura.

Nel Comprensorio Cesenate in particolare emerge che i figli di stranieri presentano un'incidenza di ricoveri per alcune patologie (asma, otiti, gastroenteriti) superiore a quella riscontrata nei figli di italiani; le cause principali di ricovero sono riconducibili a patologie legate ad ambienti insalubri (umidi e con cattivo sistema di riscaldamento), squilibri nutrizionali associati ad un difficoltoso accesso ai servizi sanitari di base (vedi capitolo sulla popolazione immigrata).

2.1.12 Malesseri dei minori, non malesseri minori

Alcuni dati sul ricorso ai Servizi di neuropsichiatria e sociali dell'Azienda Sanitaria di Cesena

I dati di accesso ai servizi dell'Azienda Sanitaria che si occupano di minori con disagio psichico e sociale (Servizio di Neuropsichiatria infantile e Unità Operativa infanzia, età evolutiva e famiglia del Dipartimento Sociale) sono espressione di disagio sociale non facilmente rilevabile da altre fonti.

Nel 2006 i minori seguiti dal Dipartimento Sociale dell'Azienda Sanitaria di Cesena sono stati 2.042 (6% della popolazione di riferimento). L'accesso ai servizi sociali è determinato da:

- disagio del minore all'interno della propria famiglia
- incapacità dei genitori di assicurare cure adeguate a seguito della presenza di varie criticità (abuso di sostanze, disturbi psichiatrici, conflitti tra coniugi, disadattamento sociale, assenza di reti parentali di sostegno).

Minori in carico al Dipartimento Sociale
Comprensorio Cesenate (2004-2006)

	2004	2005	2006	Differenza % 2004-2006
N° Minori seguiti	1.844	2.006	2.042	+11%
- di cui nuovi casi	343	299	279	-19%
N° Minori immigrati seguiti	537	735	687	+28%
- di cui nuovi casi	131	125	126	-4%
% Minori immigrati sul totale	29%	37%	34%	+16%

In generale, continua ad essere considerevole il numero dei minori figli di immigrati in carico; il maggior numero di prestazioni rivolte a questa fascia di minori si riferisce a contributi economici e sostegno educativo, indicatori di difficoltà di inserimento ed adattamento al nuovo contesto di vita.

Nel 2006 i minori affidati al Servizio Sociale per una situazione familiare ad alto rischio sono stati complessivamente 281 (di cui il 14% stranieri; dato allineato con la quota di minori stranieri residenti pari al 10%).

Minori affidati al servizio sociale per incompatibilità genitoriale
Comprensorio Cesenate (2003 e 2006)

Cause	2003	2006	Differenza % 2003-2006
Per inadeguatezza genitoriale	71	120	+69%
Per tossicodipendenza o alcolismo dei genitori	57	64	+12%
Per separazione dei genitori	55	60	+9%
Per malattia psichiatrica dei genitori	21	26	+24%
Per abuso o maltrattamento	11	11	0%
Numero complessivo	215	281	+30%

Il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia, Riabilitazione dell'Età Evolutiva (NPEE) del Dipartimento di Salute Mentale ha assistito nel 2006 1.840 minori (di cui 656 nuovi utenti) con un aumento del 7% rispetto all'anno precedente. I principali disturbi diagnosticati nei minori seguiti dal Servizio riguardano i disturbi del linguaggio e i disturbi di apprendimento (47% del totale).

BIBLIOGRAFIA

- *Alunni con cittadinanza non italiana* Ministero della Pubblica Istruzione (2006-2007)
- *Report provinciale sul fenomeno migratorio nella provincia di Forlì-Cesena: tra dimensione quantitativa e dinamiche di interazione sul territorio* Osservatorio provinciale sull'immigrazione (2007)
- *Gravidanza, parto, allattamento al seno* Statistiche in breve Istat (2004-2005)
- *Ricerca sulla Sorveglianza nutrizionale AUSL Cesena* (2004-2006)
- *Tutela e promozione della salute materno-infantile. Relazione annuale AUSL Cesena* Farneti, M et al. (2006)

2.2 Giovani e adolescenti

Nel Comprensorio Cesenate i giovani nella fascia 15-24 anni sono circa 17.500 (9% della popolazione totale). Il peso relativo di questa fascia di popolazione è notevolmente diminuito negli ultimi anni per l'aumento percentualmente rilevante di altre fette di popolazione (anziani ed adulti immigrati).

Distribuzione percentuale di giovani (15-24 anni) sulla popolazione nei Comuni del Comprensorio Cesenate (confronto 2003-2006)

	15-19 anni	20-24 anni	% sulla pop. (2003)	% sulla pop. (2006)
Cesena	3.731	4.095	9.1	8.3
Montiano	77	63	9.1	8.5
Mercato S.	298	375	11.8	10.2
Sarsina	181	193	10.7	10.2
Bagno di R.	303	312	10.9	10.1
Verghereto	81	107	10.4	9.6
Distretto Cesena Savio	4.671	5.145	9.4	8.6
Cesenatico	1.012	1.049	9.1	8.7
Gambettola	462	526	10.8	9.9
Gatteo	352	438	11.6	10.1
Longiano	276	261	9.3	8.4
San Mauro P.	493	510	10.5	9.5
Roncofreddo	156	144	10	9.6
Savignano al R.	722	810	10	9.3
Borghi	110	111	11.4	9.4
Sogliano al R.	144	167	10.2	10.2
Distretto Rubicone	3.727	4.016	11.0	9.3
TOTALE	8.398	9.161	10.7	8.9

2.2.1 Facoltà d'Istruzione

Sempre più iscritti ai licei, mentre a Cesena è decollata la realtà universitaria

Nei giovani continua a migliorare il livello formativo: nella realtà locale si assiste al cosiddetto *processo di licealizzazione*, con un progressivo aumento degli studenti iscritti ai Licei ed un calo percentuale di quelli iscritti ad istituti tecnici e professionali.

La presenza di diverse facoltà universitarie ha contribuito inoltre ad aumentare la presenza nel territorio di giovani provenienti da diverse zone d'Italia.

Nel 2005 l'Università con sede a Cesena ha contato 5.029 studenti iscritti (+17% rispetto al 1999); gli studenti stranieri rappresentano il 3% (1.7% nel 1999). Le Facoltà con maggior numero di iscritti sono Psicologia ed Ingegneria.

L'aumento della popolazione universitaria ha indotto la città ad attrezzarsi in termini di strutture, servizi e offerta culturale. I movimenti studenteschi, sempre più organizzati sul territorio, contribuiscono ad accrescere l'offerta culturale della città con l'organizzazione di eventi e manifestazioni rivolti all'intera cittadinanza (ad esempio la "notte bianca universitaria").

2.2.2 Un po' di lavoro durante gli studi

Diffusa fra i più giovani la tendenza ad avere esperienze lavorative negli anni della scuola

Il tasso di disoccupazione giovanile provinciale ha subito in un decennio uno spiccato calo, scendendo nel 2006 al 7.9% nella popolazione 15-24 anni (media regionale 9%) e al 7.2% nella fascia 25-29 anni (media regionale 6.8%).

Nel 2006 gli avviamenti al lavoro dei giovani sotto i 29 anni hanno rappresentato il 36% del totale presso il centro per l'impiego di Cesena ed il 40% presso quello di Savignano sul R., con prevalenza di lavori a tempo determinato.

Nel Comprensorio Cesenate è diffusa inoltre la tendenza ad avere esperienze di lavoro già durante gli studi (*"socializzazione anticipata al lavoro"*): da uno studio provinciale emerge che il 60% dei giovani intervistati riferisce di aver avuto un'esperienza lavorativa durante la frequenza scolastica; nella zona costiera molti giovani sono impegnati in lavori estivi.

2.2.3 Ragione e sentimenti

Valori, convinzioni, visione degli adolescenti

La più recente ricerca sociologica condotta a livello nazionale sulla condizione giovanile (IARD 2006) evidenziava come tra i giovani fossero considerati importanti alcuni valori (famiglia, amicizia, amore, sicurezza economica), espressione di "prossimità". Nel nostro territorio provinciale i giovani, pur confermando il primato della dimensione relazionale ristretta di tipo familiare-amicale (1° posto), considerano importante anche la dimensione comunitaria ed il riconoscimento dei diritti e doveri di cittadinanza: al 2° posto infatti si colloca il connubio "libertà e democrazia", in particolare nella fascia 25-29 anni.

Il lavoro viene collocato al 9° posto a livello provinciale rispetto al 5° dell'indagine nazionale: probabilmente l'appartenenza ad un contesto economico locale relativamente ricco non porta a vivere il lavoro in termini problematici.

2.2.4 Associati e contenti

Alta la partecipazione dei ragazzi alla vita sociale del territorio

La partecipazione alla vita sociale è considerata un fattore protettivo per la salute a tutte le età. Nel Comprensorio Cesenate i giovani mostrano un forte radicamento al contesto economico-sociale; un ragazzo su due valuta la vita quotidiana nel proprio Comune migliore rispetto al resto del nord Italia, mentre solo il 3% esprime un giudizio negativo in merito.

L'adesione all'associazionismo è alta, in particolare nella fascia 15-19 anni. L'avvicinamento alle associazioni è legato a motivi socializzanti più che culturali: da una recente ricerca svolta in provincia¹ risulta che i giovani partecipano maggiormente ad associazioni di carattere sportivo, parrocchiale, culturale, di volontariato ed a gruppi musicali; poco frequentate invece associazioni sindacali, partiti politici ed organizzazioni umanitarie internazionali. L'ambito di partecipazione è fortemente influenzato dall'età: gli adolescenti aderiscono maggiormente a

Partecipazione ad associazioni e/o gruppi organizzati Provincia di Forlì-Cesena Anno 2006	
Associazioni sportive (di tifosi o praticanti)	42%
Gruppi parrocchiali, movimenti religiosi	20%
Gruppi, associazioni di volontariato	17%
Gruppi musicali	15%
Organizzazioni studentesche	14%
Associazioni culturali	11%
Scout	8%
Centri sociali	8%
Organizzazioni ambientaliste	7%
Partiti e movimenti politici	5%
Organizzazioni per la difesa dei diritti dell'uomo	5%
Organizzazioni internazionali di soccorso umanitario	5%
Sindacati, associazioni di categoria	4%
Altro	1%

¹ "Della salute dei giovani. Una ricerca nella provincia di Forlì-Cesena". A cura di Cipolla C., Ugolini P. (2006)

società sportive e gruppi parrocchiali, i giovani sopra ai 21 anni preferiscono le associazioni culturali e di volontariato.

2.2.5 Fighetti, rockettari & Co.

I modelli di gruppo diffusi fra i ragazzi

Il gruppo dei coetanei riveste un ruolo fondamentale nell'adolescenza e rappresenta un laboratorio sociale nel quale il ragazzo sperimenta nuove modalità di relazione, spazi di autonomia dalla famiglia e prova attitudini e modelli di comportamento. All'interno del mondo culturale giovanile sono individuabili alcuni "modelli di gruppo" nei quali un ragazzo si può identificare con specifiche caratteristiche (atteggiamento dominante, stili di vita, scelte musicali, abbigliamento).

Una ricerca provinciale del 2006¹ ha descritto i modelli di gruppo più diffusi tra i giovani; il 19% dei ragazzi intervistati riteneva di appartenere al gruppo dei "fighetti", con look ricercato (abiti firmati, abbronzatura, attenzione all'estetica) ed atteggiamento distaccato verso le problematiche esistenziali e sociali. Il 12% e l'11% si sono riconosciuti rispettivamente nei "rockettari" e nei "no global": i primi, legati alla musica rock, hanno un abbigliamento composto da scarpe basse, jeans, t-shirt o felpa e sono organizzati in gruppi informali legati alla musica o in circoli e centri sociali. I "no global" si contraddistinguono per il contenuto delle loro idee contro globalizzazione e guerra e per l'organizzazione di incontri e manifestazioni inerenti queste tematiche.

Si assiste inoltre a stili di consumo trasversali ai diversi gruppi, tanto da affermare che non esistono differenziazioni nette ma solo sfumature. L'utilizzo di mezzi tecnologici (internet, chat, blog)², alcuni generi musicali (Rock) e stili di vita (consumo di alcolici) sono alcuni esempi di questi stili di vita comuni.

2.2.6 Il mondo guardato dai ragazzini

Come i più giovani percepiscono la realtà circostante

La percezione dei giovani del mondo circostante è stata indagata a livello locale attraverso una ricerca svolta nelle scuole superiori: i ragazzi appaiono aperti al confronto con l'esterno, con una percezione piuttosto concreta del mondo che li circonda. Sono abbastanza soddisfatti della realtà in cui vivono, anche se sono consapevoli di convivere con problematiche sociali rilevanti (es. razzismo e povertà).

Il 91% dei ragazzi ritiene che il razzismo sia presente tra i coetanei e nella società. Il pregiudizio e l'intolleranza nei confronti delle persone immigrate sono prevalentemente frutto dell'influenza dei mezzi di comunicazione più che del contatto diretto con persone straniere. Per la maggioranza dei ragazzi (70%) la povertà è un problema presente e da affrontare con aiuti alle persone in difficoltà, indipendentemente dalla nazionalità.

Nella maggior parte delle classi intervistate i ragazzi hanno scelto di trattare tematiche concrete e vicine alla loro realtà (razzismo, droga), confermando una reale esigenza di confronto con gli adulti, riscontrata anche dagli operatori che lavorano a contatto con i giovani. Le ragazze risultano essere più informate, leggono di più ed appaiono meno portate al pregiudizio e ad atteggiamenti discriminatori.

Per quanto riguarda il tema delle dipendenze, la ricerca conferma la "prossimità" dei ragazzi con il mondo delle sostanze stupefacenti: la maggioranza degli intervistati conosce direttamente o indirettamente qualcuno che fa uso di droghe, senza tuttavia possedere una precisa conoscenza dei loro effetti. La stessa considerazione è valida per quanto riguarda l'alcol e la cannabis non ritenuti pericolosi.

² Con il termine inglese *chat*, traducibile in "chiacchierata", si definiscono diversi servizi telefonici o via internet caratterizzati dalla possibilità di comunicare in tempo reale anche con persone sconosciute, in forma anonima. Il *Blog* invece è una sorta di diario personale in formato elettronico pubblicato in internet.

La politica e la partecipazione al voto sono percepiti dalla maggior parte dei ragazzi come inutili; a questo disinteresse si collega anche una scarsa conoscenza degli organi istituzionali locali e dei diritti e doveri di cittadinanza.

I ragazzi dichiarano infine di riuscire a realizzarsi ed esprimere interessi ed idee più facilmente quando sono soli o con gli amici, poco in famiglia ed ancora meno a scuola; sembrano tuttavia soddisfatti dell'ambiente in cui vivono e dei servizi culturali e sociali a loro diretti (il 48% li giudica "abbastanza soddisfacenti").

2.2.7 Le istituzioni ed il mondo giovanile

Gli Informagiovani

Gli Informagiovani dei Comuni del Comprensorio Cesenate forniscono dati interessanti sull'accesso dei giovani; nel 2006 a Cesena sono passati 14.538 giovani e 34.084 utenti hanno utilizzato il corrispondente sito Internet. Nel Distretto Rubicone gli Informagiovani presenti hanno registrato nell'ultimo triennio una costante crescita fino ai 14.770 accessi del 2006.

Gli utenti degli Informagiovani sono per lo più giovani diplomati/laureati che, terminato il percorso di studi, si rivolgono al servizio per la richiesta di informazioni relative alle opportunità di lavoro; a questo si affiancano la richiesta di informazioni relative a corsi/scuole presenti nel territorio ed all'ambito culturale/tempo libero.

I centri di aggregazione giovanili

I Centri di Aggregazione Giovanile sono luoghi in cui i ragazzi possono ritrovarsi spontaneamente, costruire relazioni significative ed usufruire di alcuni semplici servizi utili a stimolare l'aggregazione (spazio lettura, spazio giochi, spazio musica, internet...). La presenza di animatori stimola e favorisce la condivisione di esperienze positive e la crescita comune. Nel Comune di Cesena è consolidata l'attività di due Centri, "Garage" e "Bulirò", mentre nel Distretto Rubicone è attivo il centro "La Tana" di San Mauro P..

Un'altra attività significativa a cui i giovani partecipano con alta affluenza è "Il cerchio magico", attività di tutoraggio svolta da giovani volontari e rivolta a bambini e ragazzi delle scuole secondarie di I° grado; i volontari sono circa 216 in tutto il Comprensorio (144 Distretto Cesena-Savio, 72 Distretto Rubicone) e seguono 248 ragazzi (167 Distretti Cesena-Savio, 81 Rubicone).

Per quanto riguarda le opportunità di espressione attraverso diverse forme artistiche quali il teatro, le arti visive, la musica e la danza, offerte dal territorio ai ragazzi, si possono citare la Scuola in teatro, l'Arena spettacolo, la Scuola Città in musica, Villa Silvia Rock Camp ed il concorso per giovani videomakers.

L'animazione di strada

L'animazione di strada è una modalità per coinvolgere e rendere protagonisti i giovani, rinforzando i fattori protettivi e le risorse presenti nei gruppi di aggregazione; negli anni si sono realizzati numerosi interventi di animazione di strada con il coinvolgimento dei giovani del territorio.

Nel 2006 hanno partecipato a queste attività circa 600 giovani per il Distretto Cesena-Savio; nel Distretto Rubicone il Comune di Cesenatico dal 2000 attiva un progetto di animazione "Le stagioni dell'aggregazione" che coinvolge in maniera partecipata circa 150 ragazzi con la realizzazione di eventi musicali in teatro o in piazze pubbliche. Il pubblico richiamato da queste iniziative, composto prevalentemente da giovani ed adolescenti, è stato di circa 2.000 spettatori all'anno.

2.2.8 Il rischio giovane

Le azioni di sostegno contro il disagio adolescenziale, i disturbi alimentari, il consumo di sostanze stupefacenti

L'Ambulatorio di Medicina dell'Adolescente, attivo dal 2001 e rivolto ad utenti di 13-21 anni, svolge un sostegno ai problemi sanitari dei pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare e si integra con i servizi già attivi di psicologia clinica, assistenza sociale e ginecologia.

Nel 2006 gli utenti in carico sono stati 101 (di cui 65 nuovi utenti), distribuiti equamente nei due sessi. Il 44% delle visite effettuate sono dedicate ai disturbi del comportamento alimentare a cui si aggiungono le richieste di conferma di benessere (controlli di salute o consulenze sulla normalità) e necessità di aiuto più specifico nell'area del disagio psico-sociale e della patologia psichica. Nel 2006 i pazienti seguiti per disturbi alimentari, dall'apposito team multidisciplinare, sono stati 32.

Disturbi del comportamento Alimentare Comprensorio Cesenate (2006)	
Tipologia di disturbo del comportamento alimentare	N.
Disturbo del comportamento alimentare atipico	11
Anoressia di tipo restrittivo	13
Anoressia di tipo bulimico	1
Bulimia nervosa	7
Sindrome da alimentazione incontrollata	0
Totale	32

Per quanto riguarda il sostegno e la prevenzione delle condizioni di disagio negli adolescenti, è attivo un programma educativo per le classi terze delle scuole medie inferiori (Progetto SELF HELP), con l'obiettivo di sostenere i ragazzi nella loro ricerca dello "stare bene" e di accogliere eventuali situazioni di disagio o domande di aiuto precedentemente non espresse. Nel programma si sono condotti approfondimenti di ricerca su "La confidenza e la solitudine dell'adolescente" nel 2006 e "L'immagine di sé nell'adolescente" nel 2007. Il 71% dei ragazzi identifica come "confidenti privilegiati" gli amici, il 26% i genitori ed il 9% i fratelli; il 5% riferisce di non avere persone con cui poter dialogare. Gli adolescenti scelgono di stare soli quando sono arrabbiati (23%), tristi (16%) o per riflettere (14%); il 4% dichiara di non tollerare momenti di solitudine.

Gli adolescenti ed i giovani adulti sono una popolazione target particolarmente a rischio per il consumo e l'abuso di sostanze stupefacenti. I dati regionali³ mostrano che la sostanza più usata dai giovani è la cannabis (25% degli intervistati), seguita dalla cocaina (4%); per quanto riguarda l'uso di queste due sostanze sono emersi i seguenti fattori di rischio:

- l'aver perso almeno 3 giorni di scuola, perché non motivati ad andarci
- aver avuto rapporti sessuali non protetti
- aver fatto uso di psicofarmaci con prescrizione medica
- l'essere stati coinvolti in risse
- l'aver partecipato spesso a giochi in cui si perdono soldi

Tra i fattori protettivi invece:

- non aver abusato di alcol negli ultimi 30 giorni
- non essere fumatore
- non avere fratelli che abusano di sostanze legali e/o illegali
- l'aver avuto una performance scolastica medio-alta nell'ultimo quadrimestre
- percepire attenzione da parte dei genitori

³ Fonte: studio ESPAD-Italia 2005 sul consumo di droghe legali e illegali tra gli studenti dai 15 ai 19 anni nell'anno precedente allo studio

La percezione del rischio associato all'utilizzo di sostanze risulta più elevata per quanto riguarda l'eroina (86%), mentre è minore la prevalenza di giovani che percepiscono come rischioso il consumo di cocaina (74%), stimolanti (71%), allucinogeni (67%) cannabis (61%).

Da una ricerca longitudinale (1999/2003/2006) realizzata dal Servizio dipendenze patologiche (Ser.T) dell'Azienda Sanitaria di Cesena nei contesti notturni del divertimento giovanile¹, è emerso come anche a livello locale i giovani e gli adolescenti tendono a sottovalutare la tossicità delle sostanze stupefacenti e ad assumerle con sempre maggior frequenza.

Anche i giovani assolutamente contrari all'assunzione di droga sperimentano un'estrema vicinanza alle sostanze e un contatto diretto con coetanei assuntori, con una conoscenza delle pratiche di consumo e vicende legate al mondo degli stupefacenti. Le sostanze sono pertanto diventate oggetti culturali specifici del mondo giovanile. La "contiguità" alle sostanze stupefacenti è inoltre maggiore nei giovani con una media/alta disponibilità di denaro.

"Contiguità" alle sostanze stupefacenti
Provincia di Forlì-Cesena (2006)

	N° assoluto giovani	VICINANZA (Qualche volta e Spesso)	LONTANANZA (Mai o una volta)
Parlare con qualche persona che abbia fatto uso di droghe	1.103	70%	30%
Conoscere persone che fanno uso di droghe	1.102	73%	27%
Vedere qualcuno che stava usando droga	1.096	58%	41%
Vedere o prendere in mano qualche tipo di droga	1.098	44%	56%
Sentirsi offrire qualche tipo di droga	1.100	52%	44%
Sentire il desiderio di provare una droga	1.097	27%	73%
Avere un amico che fa uso di droga	1.098	53%	47%

Il Centro di Consultazione e Terapia del Ser.T. dell'Azienda Sanitaria di Cesena è un servizio rivolto specificatamente ad adolescenti e giovani adulti (15-26 anni) con problematiche psicologiche e comportamentali di uso e dipendenza da sostanze stupefacenti; il Centro è situato presso il Consultorio Giovani, in tre sedi distrettuali. I pazienti in trattamento sono stati 69 nel 2005 e 86 nel 2006, con prevalenza di uomini (65% nel 2006). Il 45% degli utenti appartiene alla fascia adolescenziale 15-19 anni, seguita dai giovani adulti di 20-24 anni (37%).

Le problematiche sono state relative all'uso di eroina (36%), cannabis (34%), cocaina (20%), ecstasy/anfetamine (4%), unitamente ai problemi di policonsumo con associazione di ketamina, alcol e allucinogeni.

BIBLIOGRAFIA

- *Genere, genti generazioni* Zurla P., Martelli A. Risultati della ricerca presentati in occasione dell'evento Cesena città che cammina (21.29 sett. 2007)
- *Radicamento e disincanto. Un'indagine sui giovani della provincia di Forlì-Cesena.* di De Luigi N., Martelli A., Zurla P. (2004)
- *Della salute dei giovani. Una ricerca nella provincia di Forlì-Cesena.* A cura di Cipolla C., Ugolini P.(2006)
- *I 5 Cerchi.* Ricerca-azione su studenti di istituti superiori del comprensorio cesenate. ARCI e CARITAS (2005-2007)
- *Rapporto giovani* Sesta indagine dell'Istituto IARD sulla condizione giovanile in Italia a cura di Buzzi C., Cavalli A., De Lillo A. (2006)
- *Tossicodipendenze: dalle evidenze scientifiche, alla pratica clinica, alle decisioni politiche.* Ugolini, P. Sestante. Dicembre 2006
- Studio ESPAD-Italia 2005 sul consumo di droghe legali e illegali tra gli studenti dai 15 ai 19 anni nell'anno precedente allo studio

2.3. Gli anziani

2.3.1 Grandi vecchi in famiglie sempre più piccole

Lo sviluppo socio-demografico della popolazione anziana

Le trasformazioni demografiche che hanno interessato negli ultimi decenni l'Italia si riflettono anche nel nostro territorio con un incremento sia del numero assoluto di anziani sia della loro proporzione sul totale della popolazione. L'invecchiamento della popolazione si è realizzato progressivamente con alcune caratteristiche:

- una crescente femminilizzazione della popolazione anziana (più dei 2/3 degli anziani sono donne)
- un progressivo aumento dei "grandi vecchi" (ultraottantenni)
- modifiche nella struttura familiare (aumento delle persone anziane che vivono sole, soprattutto donne ultraottantenni)

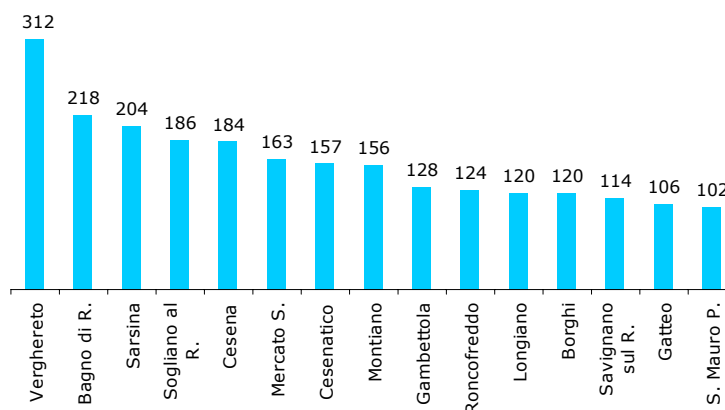
Questi aspetti qualitativi delle tendenze demografiche rendono difficile la tenuta della "circularità della famiglia", con la sua capacità di fornire sussidiarietà e attività di cura dei suoi componenti più deboli.

Nel Comprensorio Cesenate è anziana una persona su cinque (21%); i Comuni del Distretto di Cesena-Savio presentano mediamente una proporzione di anziani maggiore a quelli del Distretto Rubicone (23% vs 18%). Nella provincia di Forlì-Cesena la speranza di vita all'età di 65 anni è di 22 anni per le donne e 18 anni per gli uomini, con una tendenza all'aumento nei prossimi anni (dati Regione Emilia-Romagna).

Distribuzione residenti con più di 65 anni
Comprensorio Cesenate (2004-2006)

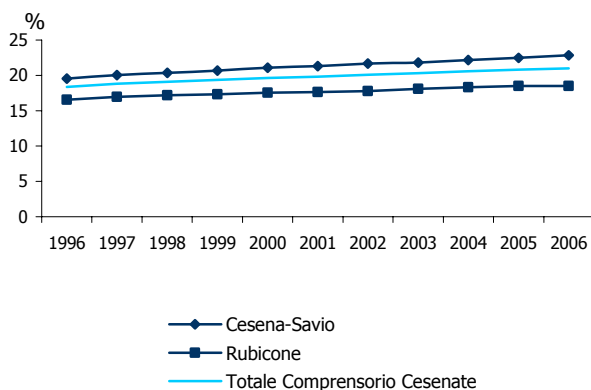
Comune	2004		2005		2006	
	n.	%	n.	%	n.	%
Cesena	20.593	22	21.001	22	21.382	23
Montiano	340	22	350	21	352	21
Mercato S.	1.261	20	1.289	20	1.338	20
Sarsina	899	24	904	24	911	25
Bagno di R.	1.444	24	1.443	24	1.440	24
Verghereto	593	29	589	29	581	30
Distretto Cesena-Savio	25.130	22	25.576	22	26.004	23
Cesenatico	4.627	20	4.793	20	4.883	21
Savignano sul R.	2.833	18	2.883	18	2.927	18
Gambettola	1.738	18	1.769	18	1.807	18
Longiano	1.068	18	1.126	18	1.140	18
Gatteo	1.211	17	1.244	17	1.260	16
San Mauro P.	1.626	16	1.681	16	1.733	16
Roncofreddo	549	18	556	18	559	18
Sogliano al R.	702	23	681	23	699	23
Borghi	396	18	405	18	408	17
Distretto Rubicone	14.750	18	15.138	18	15.416	18
Comprensorio Cesenate	39.880	21	40.714	21	41.420	21

Indice di vecchiaia¹ per Comune Comprensorio Cesenate (2007)

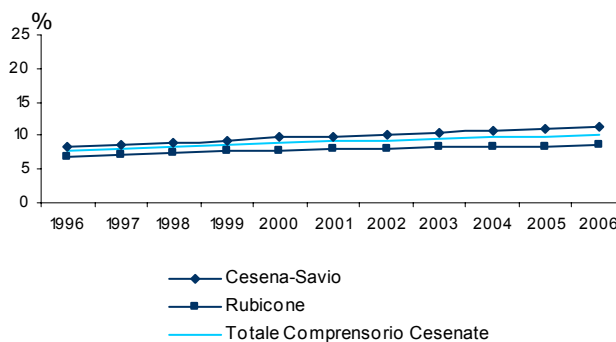


Nei prossimi anni il numero di anziani crescerà ulteriormente: le previsioni indicano per il 2010 una proporzione di anziani pari al 22% della popolazione. Con l'aumento della speranza di vita assumono sempre maggiore importanza gli anni di vita liberi da disabilità, cioè anni vissuti senza problemi di salute invalidanti: la condizione di "non-autosufficienza" infatti è la determinante principale nell'influenzare la qualità della vita dell'anziano e la domanda socio-assistenziale.

Percentuale di persone di 65 e più sul totale dei residenti
Comprensorio Cesenate (1999-2006)



Percentuale di persone di 75 e più sul totale dei residenti
Comprensorio Cesenate (1999-2006)



2.3.2 Anziani protagonisti

Anziani in salute, autonomi e in relazione con gli altri: è quanto emerge dalla ricerca "Le relazioni personali nella vita degli anziani", condotta dalla Fondazione Censis nel 2006. L'83% degli anziani intervistati è in grado di svolgere le proprie attività in completa autonomia, il 12% necessita di aiuto solo in alcuni casi ed il 5% non è autosufficiente, in maniera parziale (3%) o totale (2%). Per quanto riguarda le relazioni interpersonali, il 43% degli intervistati riferisce di avere molti amici (più di 6), il 33% di averne abbastanza (da 4 a 6) e il 16% di averne pochi (da 1 a 3); solo l'8% dichiara di non averne affatto.

¹ Indice di vecchiaia = popolazione di età ≥ 65 anni / popolazione di età 0-14 anni

2.3.3 Gli anziani ed il tempo libero

Più intraprendenti rispetto ai loro coetanei di trent'anni fa, gli anziani di oggi sembrano più aperti alle novità e meno disponibili a subire passivamente "la vecchiaia".

Alla consueta disponibilità ad offrire tempo ai familiari più giovani (ad esempio nella custodia dei nipoti o nei lavori domestici), alla nuova sensibilità a svolgere opera di volontariato, gli anziani hanno ora aggiunto la consapevolezza del diritto a vivere il proprio tempo libero a diversi livelli. Le attività praticate in casa sono essenzialmente leggere quotidiani o libri (92%), guardare la televisione (90%), ascoltare la radio (83%)². Le attività giornaliere esterne sono fare la spesa, passeggiare ed incontrarsi con gli amici. Negli ultimi anni gli anziani appaiono sempre più propensi a partecipare momenti socializzanti: centri sociali o di aggregazione spontanea nei quartieri, vacanze e gite, feste, corsi di formazione (è attiva ormai da molto tempo l'Università della terza età, affiancata da ulteriori corsi promossi da altre associazioni), attività socialmente utili ecc...

Nel Comprensorio Cesenate è presente una ricca rete di associazioni composte da anziani e rivolte ad anziani, che esprimono una buona vivacità nella promozione e organizzazione di varie iniziative in collaborazione con i Comuni (ad esempio vacanze che spaziano dalla settimana in montagna, al fine settimana nelle città d'arte, da periodi di soggiorni termali a periodi estivi in cui viene garantito il trasporto verso le località balneari della nostra costa).

Molto attivi sono inoltre i centri sociali, punti di ritrovo aperti in genere nelle ore pomeridiane per trascorrere qualche ora in compagnia impegnati in attività spontanee o organizzate. I centri sociali sono gestiti da diverse associazioni per anziani; nel Distretto di Cesena-Savio sono attivi 9 centri sociali e 11 in quello del Rubicone.

2.3.4 Gli anziani, una ricchezza sociale

Il ruolo degli anziani rappresenta un vero e proprio bacino di ricchezza sociale prodotta in modo informale a beneficio delle famiglie e dell'intera comunità.

Dall'indagine Censis-Salute² emerge che i "nonni" danno un contributo importante alle proprie famiglie, risultando in certi casi indispensabili all'organizzazione familiare; si occupano soprattutto dei nipoti (36% degli intervistati), segue poi la disponibilità a svolgere piccoli lavoretti di casa o di disbrigo di pratiche burocratiche (17%) e per il 9% contribuiscono con soldi al bilancio familiare.

Il volontariato è da sempre molto presente tra le attività degli anziani; nella provincia di Forlì-Cesena i volontari più numerosi sono "giovani anziani" nella fascia d'età 60-69 anni (25%)³. L'attività di volontariato è particolarmente gratificante per gli anziani che la svolgono (oltre il 91% si dichiara soddisfatto²). Grazie alle attività socialmente utili, nuove figure sociali (quali ad esempio il nonno vigile, il nonno giardiniere) sono diventate punto di riferimento per quartieri e frazioni dei Comuni del Comprensorio Cesenate, svolgendo attività che hanno un effetto diretto sulla comunità. A questi "lavori" (mantenimento del verde pubblico, vigilanza all'esterno delle scuole e durante le sagre, accompagnamento nello scuola-bus, apertura e chiusura dei cimiteri, coltivazione degli orti, promozione della socializzazione) gli anziani attivi dedicano qualche ora alla settimana.

² "Il tempo della terza età" Indagine Censis-Salute La Repubblica (2007)

³ "Volontariato, appartenenza associativa, capitale sociale: un legame non scontato nella realtà romagnola" di M. Golinelli, G.Scidà in Terzo settore e valorizzazione del capitale sociale a cura di P.Donati e I.Colozzi (2006)

2.3.5 Rischio di isolamento, fragilità e variabili sociali e territoriali

Gli anziani considerano aspetti fondamentali del proprio benessere il rapporto con gli altri, la loro attenzione ed empatia e la capacità di rimanere dentro a circuiti relazionali. Tra gli aspetti che preoccupano gli anziani, al primo posto vi sono solitudine e depressione seguiti dalla condizione economica e dalla mancanza di servizi per i non autosufficienti. Il circuito solitudine-depressione condiziona negativamente anche le condizioni di salute: gli anziani intervistati dichiarano in grande maggioranza che il sentirsi impegnati e utili e con una vita piena di impegni e relazioni incide anche sul proprio stato di salute.

Aspetti che preoccupano di più gli anziani	
La solitudine	86%
La depressione	78%
I soldi che non bastano per la quotidianità	78%
La mancanza di strutture/servizi per i non autosufficienti	70%
Non poter aiutare i figli e nipoti	70%
L'indifferenza degli altri	68%
Il non riuscire a fare cose che un tempo riuscivano a fare	65%
La poca sicurezza	55%

Fonte: indagine Censis (2007)

Il rischio di isolamento della persona anziana, indicatore di fragilità, è ormai recepito come problematica importante anche dalle istituzioni e dalle nuove programmazioni specifiche di area. Nelle linee di indirizzo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza⁴ si afferma che " creare le condizioni per il superamento del senso di impotenza, della solitudine e dell'isolamento, costituisce lo strumento per sostenere il processo di empowerment⁵ dell'anziano, inteso come un processo che permette di impedire tra le altre cose la perdita di autonomia dell'anziano".

Per individuare la condizione di fragilità sociale si richiamano di seguito alcuni criteri generali indicati nella delibera di Giunta 1206/2007:

- mancanza o forte rarefazione delle reti familiari e sociali
- necessità di assistenza continuativa
- età molto avanzata (sopra gli 80 anni) associata a condizione di reale solitudine
- basso reddito
- condizione di caregiver⁶ anziano (soprattutto donne)
- persone in condizioni di isolamento in zone ad alto tasso di criminalità
- persone con limitata autonomia nella mobilità
- persone che vivono in zone isolate.

⁴ Delibera di Giunta 1206/2007

⁵ Empowerment: "Nel contesto della promozione della salute, l'acquisizione di maggior autorevolezza è un processo grazie al quale le persone conquistano un maggior controllo sulle decisioni e le iniziative che riguardano la propria salute."(OMS, 1998)

⁶ Caregiver: colui che si prende cura della persona

2.3.6 Come si sentono le persone anziane?

La percezione del proprio stato di salute e lo stile di vita

Nel Comprensorio Cesenate il 34% degli anziani giudica il proprio stato di salute "buono", il 50% "discreto" e il 16% "cattivo". La percezione del proprio stato di salute risulta meno favorevole rispetto alle altre classi di età.

La percentuale di anziani con limitazioni nelle proprie attività quotidiane a causa dello stato di salute è pari al 46%.

Si stima che circa un anziano su due (57%) sia in sovrappeso o obeso e circa uno su tre (32%) conduca uno stile di vita sedentario.

Quando con l'età aumentano gli acciacchi

Un anziano su due dichiara di soffrire di 3 o più patologie (50%): la presenza concomitante di più **malattie cronico-degenerative** rende l'anziano particolarmente "fragile" nel gestire la quotidianità e nella corretta assunzione dei farmaci⁷.

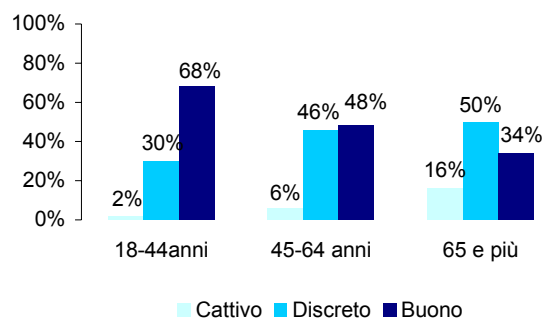
Anche le **cadute** sono spia di una condizione di fragilità e un evento temibile nell'anziano, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (disabilità e riduzione della funzionalità) e della qualità di vita, sia per le ripercussioni psicologiche ad essa associate in quanto la perdita di sicurezza e la paura di cadere possono accelerare il declino funzionale ed indurre depressione o isolamento sociale.

Le cadute coinvolgono ogni anno il 25-30% della popolazione anziana e possono essere provocate da fattori intrinseci (alterazioni legate all'età, disturbi che colpiscono le funzioni necessarie al mantenimento dell'equilibrio quali le funzioni vestibolare, propriocettiva e visiva, difficoltà cognitive, problemi muscolari e scheletrici) e da fattori estrinseci (presenza di ostacoli in casa, attività espletate).

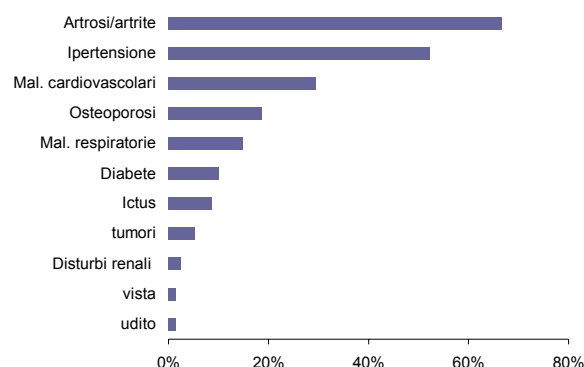
In particolare i dati di letteratura evidenziano che negli anziani, oltre all'età avanzata e al sesso femminile, la presenza dei seguenti fattori aumenta il rischio di cadere:

- storia di precedenti cadute
- polifarmacoterapie e assunzione di farmaci particolari
- alterazione della mobilità

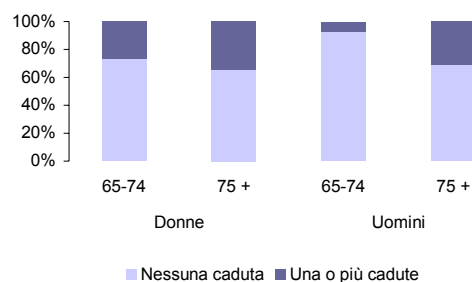
Stato di Salute Percepito per età
Comprensorio Cesenate (Studio Dionisio, 2003)



Prevalenza delle principali patologie per 100 anziani
Emilia Romagna (Studio Argento, 2002)



Cadute riferite nell'ultimo anno *fascia d'età
Emilia-Romagna (Studio argento, 2002)



⁷ Studio Argento. Indagine sulla salute nella terza età in Emilia-Romagna (2003)

- alterazione della vista
- patologie croniche
- rischi domestici
- isolamento sociale.

Le **disabilità percettive** (vista ed udito) condizionano la vita di relazione dell'anziano: il 10% degli anziani ha problemi di vista nonostante l'uso degli occhiali e il 9% ha problemi di udito.

Circa un anziano su quattro presenta **problemi alla masticazione** (23%), ma solo un terzo di questi si reca dal dentista.

Si stima che circa il 16% degli anziani abbia problemi di **non autosufficienza** nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione. La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: si può stimare che nel Comprensorio Cesenate siano non autosufficienti circa 850 persone nella fascia d'età di 65-74 anni e oltre 5.000 sopra i 75 anni⁷.

Circa il 25% degli anziani sopra i 75 anni soffre di **demenza**: si può stimare che nel Comprensorio Cesenate siano affette da demenza più di 7.000 persone sopra i 75 anni (circa 4.600 nel Distretto di Cesena-Savio e 2.700 nel distretto Rubicone). Il carico assistenziale di questa malattia è notevole: il percorso della malattia copre infatti un arco medio di dieci anni⁷.

Prevalenza stimata di anziani non autosufficienti o affetti da demenza
Comprensorio Cesenate (2007)

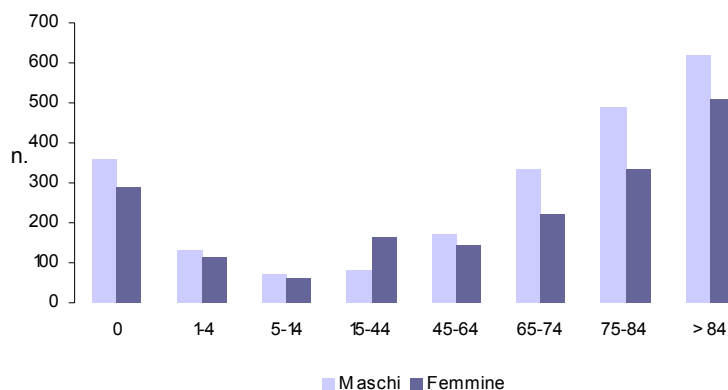
	65-74 anni		≥ 75 anni		totale
	uomini	donne	uomini	donne	
N° anziani residenti	10.219	11.372	7.701	12.127	41.419
- Distretto Cesena-Savio	6.254	7.007	4.921	7.822	26.004
- Distretto Rubicone	3.965	4.365	2.780	4.305	15.415
Prevalenza non autosufficienza stimata	5%	3%	17%	32%	
N° casi attesi anziani non autosufficienti	510	340	1.308	3.880	6.038
- Distretto Cesena-Savio	312	210	836	2.503	3.861
- Distretto Rubicone	198	130	472	1.377	2.177
Prevalenza demenza stimata	11%		25%		
N° casi attesi anziani con Demenza	1.123	1.250	1.925	3.031	7.329
- Distretto Cesena-Savio	687	770	1.230	1.955	4.642
- Distretto Rubicone	436	480	695	1.076	2.687

Il rapporto fra gli anziani e i Servizi Sanitari è contrassegnato da un elevato numero di prestazioni erogate e da crescenti bisogni. Gli anziani infatti, pur rappresentando solo circa il 21% della popolazione generale, hanno determinato nel 2006 circa la metà dei ricoveri in regime ordinario (42%), un terzo di quelli in day hospital (27%) e oltre la metà del consumo dei farmaci (59%).

Il **tasso di ricovero**⁸ aumenta marcatamente al crescere dell'età: nella fascia 65-74 anni è pari a 275 ricoveri per 1.000 residenti e sale a 401 nella fascia 75-84 anni e a 544 sopra gli 84 anni.

⁸ Tasso di ricovero: numero di ricoveri/ popolazione residente*1.000

Tasso di Ricovero per sesso e fasce di età per 1.000 residenti
Comprensorio Cesenate (2006)

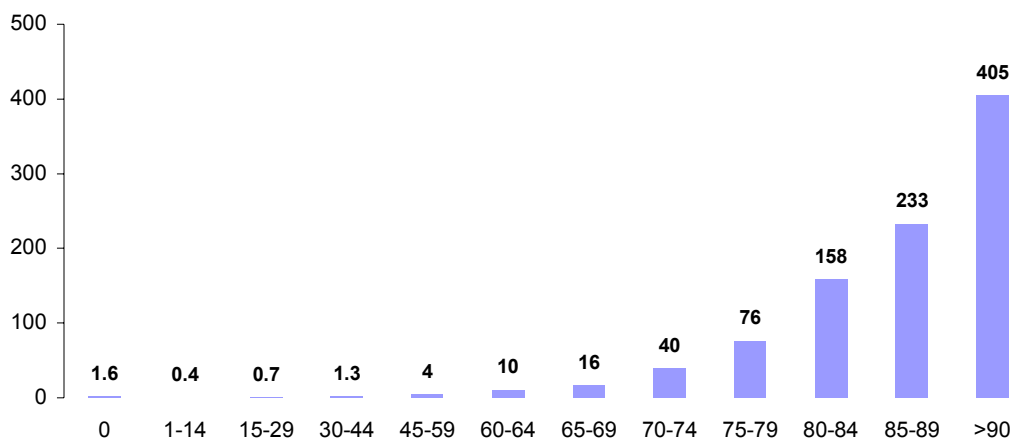


La durata della degenza media dei ricoveri in persone anziane è molto più alta rispetto a quella nelle persone sotto i 65 anni (11 giorni vs 5 giorni).

Nel 2006 l'**Assistenza domiciliare integrata** (ADI) ha seguito 3.443 pazienti, per il 90% dei casi anziani. Il tasso dei pazienti in ADI è pari a 20.6 per 1.000 residenti (Emilia-Romagna 21.2). Il tasso cresce progressivamente sopra ai 70 anni, fino ad essere 158 nelle persone di 80-84 anni e 233 in quelle di 85-89 anni. La durata media dell'ADI è risultata di 226 giorni⁹.

All'Assistenza Domiciliare di carattere sanitario si affianca sul territorio anche l'Assistenza Domiciliare Comunale per i bisogni di carattere sociale.

Tassi specifici per età di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
Comprensorio Cesenate (2006)



Il numero delle persone anziane che hanno effettuato la **vaccinazione antinfluenzale** raccomandata in questa fascia d'età è in crescita progressiva negli ultimi anni: nella campagna antinfluenzale 2006-2007 si è vaccinato il 73% delle persone sopra ai 65 anni, in linea con i dati regionali e vicino all'obiettivo raccomandato del 75%.

⁹ Rapporto Flusso informativo Repetto-SIADI anno 2006. Regione Emilia-Romagna

2.3.7 Alcuni approfondimenti:

I familiari di malati d'Alzheimer: carico assistenziale e qualità della vita

Un'indagine, organizzata dal Centro servizi per il volontariato della provincia di Forlì-Cesena (Berti P. 2001), condotta su un campione rappresentativo di anziani malati di Alzheimer conferma gli elementi di criticità conosciuti nell'assistenza a questi malati: il maggior carico assistenziale nel prendersi cura dell'anziano ricade sulla famiglia ed in particolare sulla donna (74%); i parenti più stretti sono chiamati a vigilare continuamente l'anziano e ad aiutarlo nelle attività quotidiane. La cronicità della malattia rende il quadro ancora più gravoso: 37% dei caregiver trascorre quotidianamente più di 12 ore nell'assistenza al familiare anziano.

Lo studio ha indagato anche la conoscenza dei Servizi presenti sul territorio da parte dei familiari di anziani con demenza di Alzheimer:

- il 42% dei familiari intervistati ha dichiarato di conoscere i servizi pubblici offerti: in particolare i Servizi più conosciuti sono le case per anziani e le opportunità offerte da Comuni e Ausl in relazione a contributi economici; spesso però i familiari lamentano un'eccessiva burocrazia e lentezza da parte delle Istituzioni
- il 90% ha riferito invece di non conoscere i servizi offerti da cooperative sociali o da privati
- solo il 6% dichiara di conoscere i servizi del volontariato
- solo il 14% ritiene che l'impegno delle Istituzioni sia proporzionato alla gravità della malattia
- il 42% ritiene di non aver avuto dal personale sanitario informazioni sufficienti sulla malattia

Gli Anziani non autosufficienti e i loro caregiver

Il tasso di disabilità cresce notevolmente nelle fasce di età sopra gli 80 anni (48%); le donne, mediamente più longeve degli uomini, hanno una maggiore probabilità di vivere gli ultimi anni della propria vita in condizioni di disabilità. Una ricerca dell'Osservatorio-Laboratorio Anziani (OLA) della Provincia di Forlì-Cesena¹⁰ ha indagato i bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie, concentrandosi in particolare su due gruppi di persone: anziani in lista d'attesa per le case protette e beneficiari di assegni di cura in fascia A (anziani in condizioni di non autosufficienza totale).

La maggior parte di questi anziani convive con il suo caregiver: emerge tuttavia una marcata differenza nei due gruppi considerati; tra coloro che beneficiano di assegni di cura non vi sono anziani che vivono da soli, mentre nel gruppo in attesa di ricovero in struttura un anziano su tre è solo.

I primi e fondamentali riferimenti per l'anziano sono naturalmente i familiari: l'accudimento della persona anziana nello svolgimento delle attività quotidiane è a carico principalmente dei familiari di 1° grado, mentre il ricorso al vicinato e il coinvolgimento delle reti amicali e dei volontari sono praticamente inesistenti. I familiari rappresentano il riferimento diretto dell'anziano anche per le commissioni "d'ufficio" (pagamento di bollette o il ritiro della pensione) e per la gestione di tutto ciò che riguarda la sua salute (prenotazione delle visite mediche, acquisto di medicine ecc.). Medici di famiglia e familiari sono i due riferimenti fondamentali in caso di soccorso per casi di urgenza.

Per i bisogni primari (lavarsi, vestirsi e mangiare) invece, oltre alla figura parentale, che pure rimane il riferimento diretto per un anziano su due, l'aiuto viene offerto anche dall'assistenza privata a pagamento (23% degli anziani) e in misura minore dalla rete dei servizi pubblici (in particolare per il servizio pasti a domicilio).

Nel 92% dei casi gli anziani interpellati hanno un caregiver, nella metà dei casi rappresentato da un figlio. Nel caso di persona anziana coniugata, è in genere il coniuge ad assumere il ruolo di prestatore di cure. In tre quarti dei casi l'anziano convive con familiari (76%) e il caregiver non è solo nello svolgere il lavoro di cura: in

¹⁰ "Le famiglie con anziani non autosufficienti nella provincia di Forlì-Cesena". Osservatorio Laboratorio Anziani (2004)

un caso su cinque tale compito viene condiviso con altre persone conviventi, in genere altri familiari (nuora, nipoti, ecc. nell'8% dei casi) o badanti (17%).

I risultati mostrano come, accanto al parente di 1° grado, si sia stabilmente affermata una nuova figura nell'assistenza ed una nuova strategia di fronteggiamento del bisogno, rappresentata dall'assistenza privata a pagamento a ore o continuativa. In più del 70% dei casi l'assistente domiciliare viene individuata attraverso canali informali; si tratta prevalentemente (90% dei casi) di donne provenienti dall'est Europeo con un'età media di 40 anni e un livello di scolarizzazione alto.

La presenza o meno di una badante incide sul lavoro di cura del familiare caregiver, ma non lo sostituisce: nella maggior parte dei casi l'impegno della badante si affianca infatti alla cura di un familiare. Il caregiver opera per un numero estremamente rilevante di ore giornaliere: mediamente 8, ma spesso il numero è superiore fino ad arrivare alle 24 ore.

Dall'indagine emerge inoltre che pochi anziani non autosufficienti trascorrono del tempo fuori casa: solo 37 casi su 167 (22%) esce abitualmente. L'attività più ricorrente è per "andare a fare una passeggiata"; solo un anziano va al bar (tradizionale luogo di ritrovo locale), pochi frequentano centri diurni o associazioni. Alla domanda relativa alle motivazioni per cui l'anziano non esce di casa, le risposte più frequenti sono state:

- non è in grado di uscire (76%)
- preferisce stare in casa (17%)
- gradini da fare o altre barriere sono un ostacolo (6%)
- Chi esce di più di casa è più autosufficiente o ha uno status sociale più elevato: a parità di condizioni di salute esce il 35% dei più benestanti contro il 27% dei meno abbienti

BIBLIOGRAFIA

- Statistica Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica>
- *Le relazioni personali nella vita degli anziani* Indagine Censis-Salute La Repubblica. (2006)
- *Il tempo della Terza Età* Indagine Censis-Salute La Repubblica. Roma (2007).
- *Volontariato, appartenenza associativa, capitale sociale: un legame non scontato nella realtà romagnola* di Golinelli M., Scidà G. in Terzo settore e valorizzazione del capitale sociale a cura di Donati P. e Colozzi I. (2006)
- *Dioniso. Studio sugli stili di vita e la percezione della salute. Ausl Cesena* (2004)
- *Studio Argento. Indagine sulla salute nella terza età. Ausl Cesena* (2003).
- *III rapporto flusso informativo Repetto-SIADI anno 2003*. Regione Emilia Romagna. (2005)
- *La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna*. Agenzia sanitaria regionale. Dossier 106-2005
- *Le famiglie con anziani non autosufficienti nella provincia di Forlì-Cesena*. Osservatorio-Laboratorio Anziani (2004)
- *A casa propria o in casa di riposo? La domanda di residenzialità degli anziani nella Provincia di Forlì-Cesena*. Osservatorio-Laboratorio Anziani. (2007)
- *I familiari di malati d'Alzheimer* rapporto di ricerca di Berti P.(2001) Società Editrice il Ponte Vecchio

2.4 Le persone disabili

2.4.1. Un arcipelago di realtà diverse

Le molte facce della disabilità

La presenza di disabilità¹ può condizionare in modo rilevante la qualità della vita, limitando in misura più o meno grave l'autonomia della persona. La disabilità può condurre all'handicap quando le persone disabili soffrono impedimenti per la presenza di barriere psicologiche, socio-culturali, architettoniche, limitazioni nell'inserimento lavorativo o mancanza di adeguati sostegni per i bisogni assistenziali.

Nel 2005 in Italia si stimavano oltre 2 milioni e 600 mila le persone con disabilità (di cui almeno il 77% sono anziani)². Nella popolazione generale il tasso di disabilità è pari al 4.8% (5.7% nel 1994); negli anziani il tasso sale al 19% (22% nel 1994). In Emilia-Romagna si stima una quota di persone disabili pari a 3.8% nella popolazione di 6 anni o più.

La famiglia generalmente si prende carico del disabile o ne è il punto di riferimento fondamentale: il 10% delle famiglie italiane è composto da almeno una persona con disabilità; di queste il 42% è rappresentato da nuclei familiari in cui il disabile vive solo o con altre persone disabili.

La disabilità nelle funzioni (cioè la riduzione di autonomia nell'espletare le principali attività di cura della propria persona) coinvolge il 2.3 % delle persone.

Tra le diverse tipologie di disabilità quella più grave è rappresentata dal "confinamento" (costrizione a letto, su una sedia a rotelle o in casa) con livelli di autonomia del movimento pressoché nulli (1.6%).

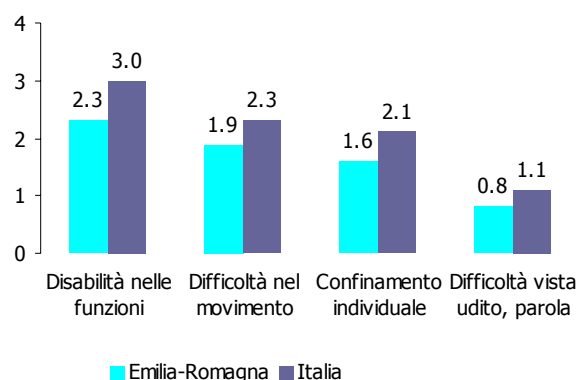
Nel Comprensorio Cesenate è presente da circa dieci anni un sistema di classificazione informatizzato che raccoglie le persone <65 anni con un'invalidità riconosciuta e comprende:

- minori certificati dal Servizio materno-infantile o segnalati ai servizi territoriali
- adulti con un'invalidità superiore al 74%
- gli adulti con riconoscimento invalidità INAIL superiore all'80%

Le informazioni raccolte permettono di delineare la dimensione e le caratteristiche del fenomeno a livello locale, anche se i due segmenti di popolazione considerati (disabili e invalidi) non sono completamente sovrapponibili (ad es. non tutte le persone disabili presentano domanda per il riconoscimento di invalidità).

Alla fine del 2004 il numero totale degli invalidi sotto i 65 anni nel Comprensorio Cesenate era pari a 3.356 persone (2% della popolazione di pari età); i minori rappresentano il 17% dei disabili.

Numero di persone con disabilità di età > a 6 anni (tassi standardizzati per 100 persone) per tipo di disabilità (2005)



Fonte dati: Istat

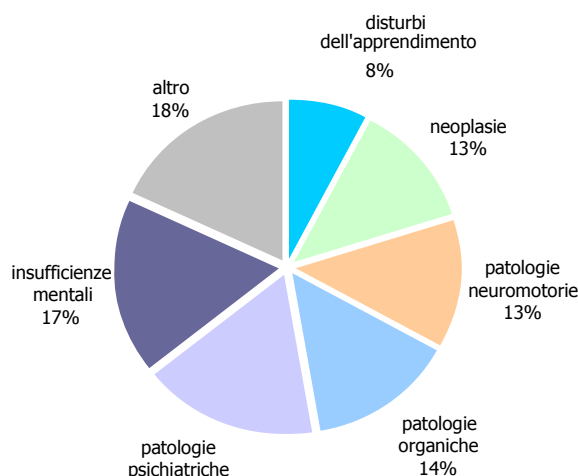
¹ Secondo la definizione (OMS 1980) adottata dall'ISTAT una persona è definita "disabile" se presenta gravi difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione (vista, udito, parola).

² "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai Servizi sanitari" Istat 2005

Tra le patologie più rilevanti numericamente si osservano le insufficienze mentali (17%) che comprendono le persone con ritardo mentale, ritardo dello sviluppo psicomotorio e/o del linguaggio e demenze.

Tra i minori le cause di invalidità più rilevanti sono i "disturbi dell'apprendimento" (185 casi) e le "insufficienze mentali" (116 casi), mentre tra gli adulti emergono le "patologie psichiatriche" (490 casi), le "insufficienze mentali" (480 casi), le "neoplasie" e le "patologie organiche" (più di 800 casi).

Disturbi più frequenti tra le persone disabili con età < a 65 anni (%).
Comrensorio Cesenate (2004)



Tipologie di disabilità per classi di età.
Persone disabili di età inferiore a 65 anni
Comrensorio Cesenate (2004)

	n. < 18 ANNI		18-65 ANNI		Totale <65 ANNI	
	n.	%	n.	%	n.	%
insufficienze mentali	116	20%	480	17%	596	17%
patologie psichiatriche	76	13%	490	17%	566	17%
patologie organiche	55	9%	417	15%	472	14%
patologie neuromotorie	42	7%	388	14%	430	13%
neoplasie	26	4%	400	14%	426	13%
disturbi dell'apprendimento	185	31%	72	3%	257	8%
patologie sensoriali	32	5%	188	7%	220	7%
sindrome di Down	21	4%	89	3%	110	3%
sindrome epilettica	18	3%	97	3%	115	3%
altro	20	3%	144	5%	164	5%
Totale	591	18%	2765	82%	3356	100%

2.4.2 Verso una progettazione partecipata

Il coinvolgimento dei familiari e delle realtà associative per tracciare percorsi di intervento più efficaci

La qualità di vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie sono profondamente influenzate dalla capacità dell'ambiente fisico e sociale di promuovere lo sviluppo delle funzionalità residue dell'individuo.

Numerose normative nazionali e regionali, attuate dagli Enti pubblici locali sono finalizzate a sostenere economicamente e socialmente i disabili e le loro le famiglie e a migliorare l'accessibilità degli spazi fisici e di socializzazione. La collaborazione con le associazioni del territorio è una delle modalità prioritarie per realizzare risposte efficaci ai bisogni delle persone disabili e delle loro famiglie, in particolare sul versante del supporto alla domiciliarità e del tempo libero.

Per quanto riguarda il sostegno alla domiciliarità, sono attivi nel Comprensorio Cesenate diversi servizi professionali o realizzati in collaborazione al volontariato locale. L'assistenza domiciliare svolge un ruolo essenziale nel sostenere il lavoro di cura delle famiglie, favorendo l'autonomia del disabile e la sua permanenza in casa.

L'Azienda Sanitaria di Cesena, anche in collaborazione con i Comuni, realizza progetti personalizzati, finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave. I Centri Diurni (socio-educativi riabilitativi o socio-occupazionali) rappresentano un'ulteriore risposta di tipo semiresidenziale, finalizzata da un lato a garantire la permanenza della persona al domicilio, dall'altro a mantenere e sviluppare autonomia e capacità espressive, comunicative, relazionali e a favorire l'integrazione sociale.

Le esigenze di una persona disabile non richiedono solamente un'assistenza di tipo sociale o sanitario, ma necessitano anche di un adeguamento degli spazi abitativi alle mutate necessità funzionali. In Emilia-Romagna sono stati istituiti centri di I° e II° livello per l'adattamento dell'ambiente domestico; i centri di primo livello (Centri per l'adattamento dell'ambiente domestico-CAAD), sono provinciali (nella provincia di Forlì-Cesena sono due, uno per ogni comprensorio) e sono istituiti dai Comuni in collaborazione con l'Azienda Sanitaria (DGR n. 2248/03)³. I Centri si rivolgono ai singoli cittadini ed alle loro famiglie, agli operatori dei servizi sanitari e sociali, alle associazioni di volontariato e di categoria, ma anche ai tecnici della Pubblica Amministrazione, agli Ordini professionali o ai tecnici privati allo scopo di fornire informazione e consulenza tecnica (con sopralluoghi) per adattare l'ambiente domestico ai bisogni delle persone anziane e disabili.

Sono inoltre previste diverse agevolazioni per l'adattamento degli immobili e dei mezzi di trasporto alle diverse esigenze delle persone disabili, per l'acquisto di ausili e l'utilizzo di servizi sociali e sanitari. Le risorse economiche disponibili per il sostegno della disabilità sono precisate in una guida regionale del 2007⁴.

2.4.3 L'importanza di essere con gli altri

L'integrazione sociale dei disabili

Perché possa realizzarsi la piena integrazione e promozione dell'autonomia della persona disabile è necessario garantire l'accessibilità della persona a comuni luoghi di socializzazione e ai servizi di pubblica utilità. Progettare edifici, strade, quartieri senza barriere architettoniche è fondamentale per ottenere una città più vivibile e sicura non solo per i disabili, ma anche per l'intera popolazione. Importanti sono pure le iniziative di sensibilizzazione della cittadinanza per evitare l'utilizzo improprio degli spazi dedicati a persone disabili. L'ambiente scolastico e sportivo/ricreativo per i minori e quello lavorativo e ricreativo/culturale per gli adulti sono ambiti importanti per facilitare l'integrazione sociale delle persone disabili.

Nel Comprensorio Cesenate si offrono diverse occasioni di integrazione e socializzazione alle persone disabili.

Per quanto riguarda l'ambito scolastico, importante momento per il mantenimento delle autonomie e la socializzazione, nel 2006 numerosi bambini disabili hanno ricevuto un supporto socio-educativo presso la scuola ed alcuni di essi hanno svolto anche attività educative-ricreative in centri pomeridiani.

La Legge 68/99 offre prospettive d'inserimento dei disabili nel privato economico e sociale. Nel Comprensorio Cesenate è soprattutto il settore del non profit - con le cooperative sociali di tipo b - quello in cui è possibile incontrare le condizioni di lavoro più adatte alle diverse esigenze della persona con handicap.

³ D.G.R. 2248/03 "Criteri organizzativi per la costituzione di centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili".

⁴ Regione Emilia-Romagna "Guida alle agevolazioni e contributi per le persone con disabilità" aprile 2007.
www.emiliaromagnasociale.it

Proprio per valorizzare le prospettive offerte da questa Legge nel nostro territorio si stanno tentando collaborazioni innovative tra Centri per l'impiego, Servizi pubblici, Enti locali, Azienda Sanitaria, Cooperative sociali e Associazioni sindacali di rappresentanza.

In particolare nel corso del 2007 è stato istituito un Gruppo di Coordinamento Territoriale tra Comuni, Ausl e Provincia per favorire la messa in rete dei servizi che si occupano di inserimento lavorativo al fine di operare congiuntamente per la promozione dell'inserimento lavorativo delle persone disabili.

Il territorio garantisce, attraverso le cooperative sociali presenti, la possibilità di impiego/formazione per le persone disabili che richiedono contesti ambientali e lavorativi/formativi particolarmente protetti. Nei casi più complessi, nei quali non sono possibili né la scolarizzazione né l'inserimento lavorativo, è possibile accedere a servizi socio-riabilitativi dedicati.

In merito alle occasioni ricreative le associazioni di volontariato in collaborazione con gli Enti Locali, svolgono un importantissimo ruolo propositivo, organizzativo e operativo, cercando sempre di coinvolgere il territorio nel suo complesso.

Per quanto riguarda i mezzi di trasporto, diverse iniziative di razionalizzazione/ottimizzazione ed innovazione dei servizi di trasporto con accompagnamento personalizzato per persone disabili sono state attivate nel territorio, in particolare da parte del Comune di Cesena e dalle Associazioni di volontariato. Questi progetti sono finalizzati in modo specifico a facilitare la mobilità delle persone disabili che non possono accedere alla rete dei servizi pubblici in quanto necessitano di accompagnamento personalizzato a causa di difficoltà di movimento dovute a stati patologici momentanei e/o cronici.

BIBLIOGRAFIA

- *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai Servizi sanitari* Istat (2005)
- *Criteri organizzativi per la costituzione di centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili* D.G.R. 2248/03
- Regione Emilia-Romagna *Guida alle agevolazioni e contributi per le persone con disabilità* (2007) www.emiliaromagnasociale.it

2.5 L'immigrazione

2.5.1 Famiglie di tutti i colori

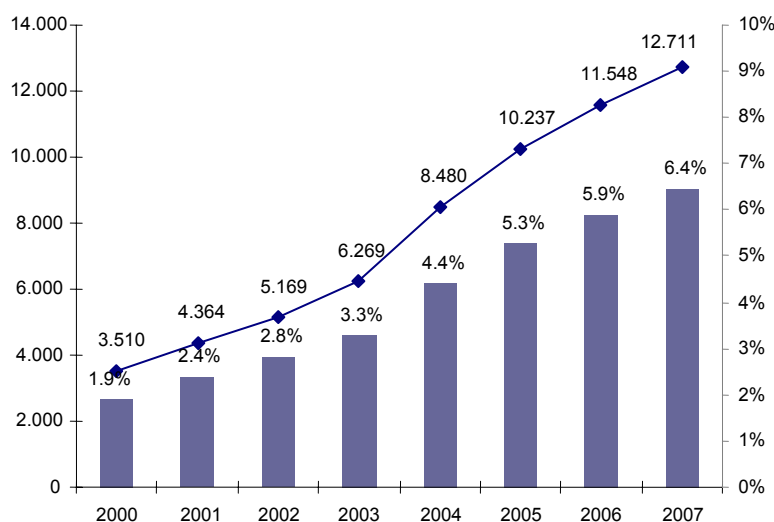
Alcuni dati demografici per inquadrare la presenza di cittadini extracomunitari nel Comprensorio Cesenate

Il processo migratorio è ormai diventato una realtà strutturata nell'assetto del Paese: alla fine del 2006 la presenza regolare straniera in Italia risultava pari a 3.7 milioni di persone (6.2% della popolazione totale italiana)¹, con un aumento percentuale del 22% rispetto all'anno precedente. La presenza è differenziata sul territorio nazionale: il numero di immigrati è molto consistente al Nord (circa 2.2 milioni, più del 60% del totale), più ridotto al Centro (circa 1 milione, 26%) e ancor più al Sud (circa mezzo milione, 14%).

Questo processo di strutturizzazione della componente migratoria si riscontra anche nel territorio della provincia di Forlì-Cesena e nel Comprensorio Cesenate.

Nel 2007² nel Comprensorio Cesenate risultavano residenti 12.711 stranieri (6.4% della popolazione totale), percentuale in crescita costante dal 2000.

Popolazione straniera residente nel Comprensorio Cesenate
Numeri assoluti e percentuali (2000-2007)



La distribuzione sul territorio locale non è omogenea: la percentuale di stranieri sul totale dei residenti è pari a 7.6% nel distretto Rubicone e 5.6% in quello di Cesena-Savio.

Popolazione straniera residente
Comprensorio Cesenate (2007)

Area	stranieri	% stranieri sulla popolazione totale
Distretto Cesena-Savio	6.351	5.6%
Distretto Rubicone	6.360	7.6%
Comprensorio Cesenate	12.711	6.4%

¹ Dossier statistico 2007, Caritas

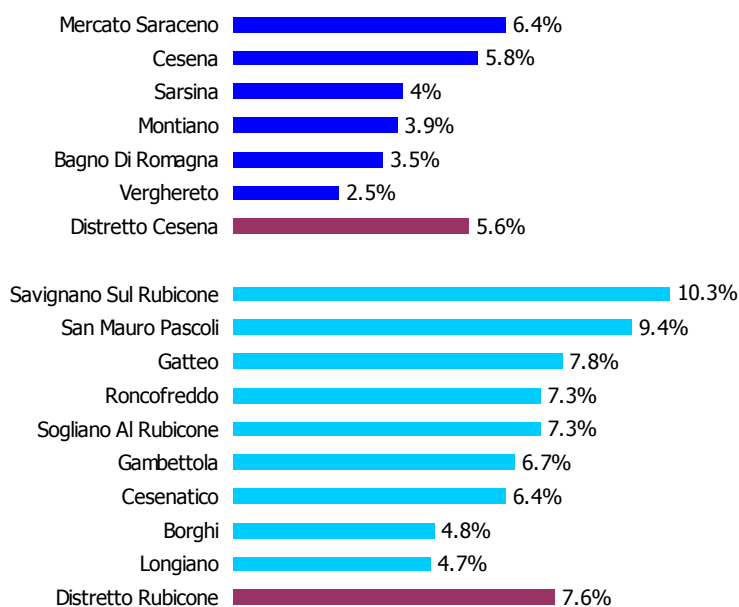
² Fonte dati: Regione Emilia Romagna

Gli stranieri residenti sono una popolazione più giovane rispetto a quella locale; prevalgono gli uomini, ma le donne sono costantemente in aumento (52% uomini vs 48% donne), come pure i minori (24% della popolazione immigrata).

Il Comprensorio Cesenate è caratterizzato da un'immigrazione multietnica con più di 100 nazionalità presenti. La nazionalità più rappresentata rimane quella Albanese (2.738 unità), seguita da quella Marocchina (2.003 unità) e con numeri molto inferiori la nazionalità Bulgara (962), Rumena (804) e Cinese (772). Da segnalare è la particolare distribuzione geografica degli stranieri Cinesi, presenti prevalentemente nel Distretto Rubicone-Costa (86% del totale).

Nel Comprensorio Cesenate la popolazione straniera è presente in maniera disomogenea: i Comuni dell'Unione del Rubicone mostrano le percentuali più alte (10.3% per Savignano sul R., 9.4% per S. Mauro P. e 7.8% per Gatteo).

Percentuale di stranieri residenti per Comune
Comprensorio Cesenate (2007)



2.5.2 Il dialogo fra le culture per una cultura del dialogo

La famiglia transnazionale e le seconde generazioni come chiave di volta per un'integrazione possibile

La ricerca di lavoro rappresenta la motivazione principale del fenomeno migratorio, ma vi sono elementi importanti legati alle famiglie "trans-nazionali" e alle cosiddette "seconde generazioni".

Il dato sui permessi di soggiorno rilasciati dalla questura di Forlì-Cesena nell'anno 2006 conferma le motivazioni principali di richiesta di permesso: il lavoro (poco meno di 2 casi su 3) e la famiglia (oltre un caso su 3)³.

Con la diffusione delle famiglie immigrate si registra anche l'aumento di minori stranieri (pari al 10% dei minori residenti), per i quali le esigenze proprie dell'età evolutiva si associano alla complessità psico-sociale del vivere in contesti socio-culturali profondamente differenti tra loro (famiglia d'origine e ambiente sociale circostante). La presenza di questa nuova fascia di età sulla scena della migrazione pone ai Servizi e agli

³ Report provinciale sul fenomeno migratorio nella Provincia di Forlì-Cesena (2007)

operatori la necessità di una conoscenza approfondita e di una riflessione sul tema per ricercare le strategie e gli interventi più efficaci. L'ambito scolastico in particolare può rappresentare un luogo privilegiato per favorire l'integrazione interculturale e il dialogo reciproco.

Minori stranieri (% sul totale di stranieri residenti)
Comprensorio Cesenate (2005-2007)

	2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%
Distretto Cesena-Savio	1.113	21%	1.304	22%	1450	23%
Distretto Rubicone-Costa	1.144	23%	1.319	23%	1563	25%
Comprensorio Cesenate	2.257	22%	2.623	23%	3013	24%

2.5.3 Il lavoro, un nodo cruciale

I migranti cercano nell'occupazione la risposta ai bisogni primari. Ma poi molti mostrano una tendenza all'imprenditorialità

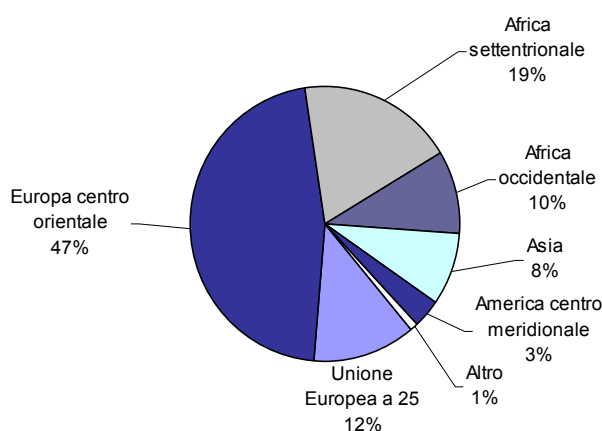
Nella costruzione del percorso di immigrazione il lavoro rappresenta un nodo cruciale e determinante e assume connotati e significati diversi nei vari momenti del processo di integrazione.

In una prima fase l'immigrato presenta bisogni prioritari e urgenti da soddisfare: permesso di soggiorno, lavoro e casa; una combinazione di condizioni intrecciate tra loro che condizionano scelte e spostamenti di ogni immigrato di "prima generazione". Il lavoro, oltre che funzionale per la sussistenza, è necessario per la concessione dei documenti per il soggiorno; si accetta ogni tipo di lavoro, attraverso i canali più diversi (servizi pubblici, annunci sui giornali, passaparola tra amici e parenti), spostandosi talvolta con tutta la famiglia. L'immigrato svolge spesso professioni caratterizzate da quello che viene chiamato il lavoro delle "5 P": pesanti, precari, pericolosi, poco pagati, penalizzati socialmente. In un secondo tempo, superata la fase di emergenza, l'immigrato comincia ad individuare con maggior chiarezza le risorse giuste da utilizzare e tende verso l'imprenditorialità, come alternativa concreta al lavoro precario.

Nel 2006 i dati del Centro per l'impiego provinciale mostrano un valore assoluto di cittadini stranieri avviati al lavoro pari a 12.367 unità, così suddivise nei 3 centri territoriali: 42% Forlì, 45% Cesena e 13% Savignano sul R.. I nuovi avviati risultano essere in maggioranza uomini (52%). La fascia d'età più numerosa è quella tra i 30-49 anni, seguita da quella tra i 25-29 anni; il 2% dei nuovi avviati è minorenne, l'8% ha un'età superiore ai 50 anni.

Le due macroaree geografiche di provenienza dei cittadini stranieri avviati al lavoro più rilevanti sono l'Europa centro-orientale e l'Africa settentrionale.

% di avviati al lavoro dipendente per macroaree geografiche di provenienza. Centri per l'impiego Forlì, Cesena e Savignano (2006)

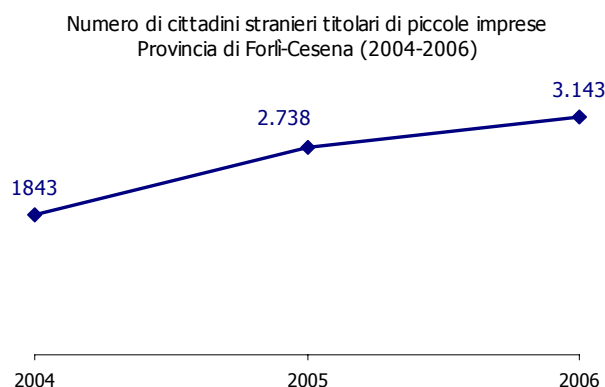


Rispetto al genere si evidenzia un certo equilibrio fra i lavoratori provenienti dalla Cina, una prevalenza di lavoratori uomini provenienti dai Paesi del Nord Africa e dall'Albania e una prevalenza di lavoratrici donne provenienti dai paesi dell'Est Europa (Romania, Polonia e Ucraina). Quest'ultimo dato è certamente da ricondurre al fenomeno del lavoro di assistenza, non visibile dall'osservatorio dell'avviamento al lavoro proprio per l'informalità che spesso lo caratterizza.

Nel triennio 2004-2006 si rileva un notevole incremento di imprese ad opera di stranieri: da 1.843 a 3.143 (+70%)⁴.

Tra i cittadini stranieri titolari di imprese, 1.757 sono quelli registrati nel Comprensorio Cesenate (pari al 56% delle imprese a titolarità straniera provinciali), dei quali 738 iscritti a Cesena, 269 a Cesenatico, 213 a Savignano sul R. e 117 a Gatteo.

Per quanto riguarda il dato relativo alla disoccupazione tra i cittadini immigrati stranieri⁵ la percentuale di disoccupati sulla popolazione straniera residente, è del 15% nel 2006 contro il 13% nel 2005.



2.5.4 Per una co-abitazione reale: la Casa

Ipotesi e strategie per affrontare il problema abitativo degli immigrati

La necessità di un'abitazione idonea e adeguata rappresenta un bisogno prioritario per ogni uomo; nel caso di un cittadino immigrato rappresenta inoltre un importante passo nel processo di convivenza positiva ed integrazione sociale.

Tutte le principali Amministrazioni Comunali si sono impegnate nello sviluppare sistemi di reperimento e di gestione di soluzioni abitative temporanee con caratteristiche innovative, con la consapevolezza di non poter ritenere il sistema tradizionale dell'Edilizia Residenziale Pubblica (Case popolari) la soluzione praticabile per fornire risposte idonee al sempre maggiore fabbisogno di alloggi richiesti da nuclei familiari stranieri. Le dinamiche attuali (costante crescita di stranieri, alto costo degli affitti e tempi lunghi di costruzione) rendono difficile l'individuazione di soluzioni adeguate.

La necessità di pensare a strategie integrate e flessibili in considerazione dei diversi bisogni di alloggio (es. alloggio temporaneo per un lavoratore stagionale o sistemazione definitiva per una famiglia) rende necessario il coinvolgimento sia gli Enti locali sia le stesse comunità di cittadini stranieri, focalizzando l'attenzione sugli ambiti sui quali già da anni si lavora:

- facilitazione nell'accesso al mercato della locazione
- promozione di edificazioni economiche integrata con edilizia residenziale in aree di nuova costruzione
- predisposizione di alloggi sociali per i casi di emergenza e prima accoglienza
- predisposizione di "alloggi collettivi" con la partecipazione del mondo imprenditoriale per le specifiche esigenze dei lavoratori singoli

⁴ Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura di Forlì-Cesena

⁵ Dati Centro per l'impiego

2.5.5 Dai servizi per la comunità straniera ai servizi di comunità

La presenza sempre più consistente di famiglie straniere comporta nuovi bisogni rivolti alla rete di servizi per la famiglia (contributi economici, inserimenti nelle scuole, servizio dell'edilizia popolare ecc); la presenza in crescita di donne fa nascere il bisogno di prevedere spazi dedicati per sostenerle nell'inserimento sociale con la necessità di un'attenzione particolare agli aspetti culturali e religiosi da parte degli operatori sanitari, specie nei consultori. L'orientamento organizzativo attuale è predisporre percorsi di accesso e servizi per stranieri non isolati, ma convergenti con quelli della popolazione complessiva.

2.5.6 Migranti sani... ma fragili

Arrivano in condizioni abbastanza buone, ma le cattive condizioni in cui spesso sono costretti a vivere facilitano l'insorgenza di alcune patologie

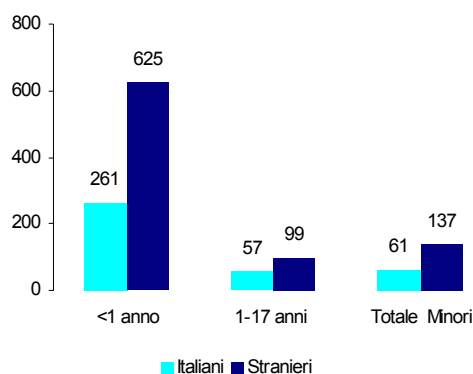
Gli immigrati partono in genere dal proprio Paese in buono stato di salute, ma le difficoltà incontrate nel corso del viaggio e nelle prime fasi di insediamento nel Paese di arrivo, possono compromettere le loro condizioni. Abitazioni insalubri e sovraffollate, condizioni di lavoro precario, alimentazione inadeguata, disagio psico-sociale e difficoltà di accesso ai servizi sono le principali condizioni determinanti effetti negativi sulla salute degli immigrati.

I Ricoveri Ospedalieri

Nel 2005 i ricoveri⁶ di stranieri residenti nel Comprensorio Cesenate sono stati complessivamente 1.631 (6% di tutti i ricoveri). Rispetto agli italiani, il quadro dei ricoveri negli stranieri è caratterizzato dal prevalere di ospedalizzazioni di persone giovani (fenomeno atteso considerando la struttura per età della popolazione immigrata). Negli uomini maggiorenni stranieri il tasso di ricovero⁷ non mostra differenze rilevanti rispetto al tasso degli italiani; nelle donne straniere nella fascia d'età 18-34 anni si registra un tasso di ricovero più che doppio rispetto alle italiane (314 vs 139 per 1.000), correlato al maggior numero di ricoveri legati alle problematiche della sfera riproduttiva (parto e interruzione volontaria di gravidanza).

L'analisi dei ricoveri nei minori (esclusi i ricoveri per nascita fisiologica) mostra un tasso di ricoveri nei figli di stranieri molto superiore a quello degli italiani (137 vs 61 per 1.000); quest'andamento si osserva sia sotto l'anno di vita (625 vs 261 per 1.000) sia nella fascia 1-17 anni (99 vs 57 per 1.000).

Tassi di ricovero nei minori per 1.000 residenti per cittadinanza.
Comprensorio Cesenate (2005)



⁶ Fonte dati: Schede di dimissione ospedaliera AUSL Cesena 2005

⁷ Tasso di ricovero: numero di ricoveri/ popolazione residente*1.000

Le patologie perinatali rappresentano le diagnosi di ricovero più frequenti nel primo anno di vita, seguite dalle patologie delle vie respiratorie superiori e dai disordini elettrolitici, metabolici, nutrizionali. Anche nella fascia 1-17 anni i minori figli di stranieri residenti presentano tassi di ricovero più elevati; le cause più frequenti di ricovero sono i disordini di liquidi ed elettroliti, asma e altre infezioni e malattie delle vie respiratorie superiori.

Minori residenti < 1 anno		
Tasso di Ricovero per patologia ⁸ (*1.000 residenti)		
Comprensorio Cesenate (2005)		
Patologia	Figli di stranieri	Figli di italiani
Condizioni patologiche perinatali	221	69
Patologie delle vie aeree superiori	154	76
Traumi	43	25
Disordini elettroliti, metabolismo, nutrizione	37	11

Minori residenti 1-17 anni		
Tasso di Ricovero per patologia (*1.000 residenti)		
Comprensorio Cesenate (2005)		
Patologia	Figli di stranieri	Figli di italiani
Disordini dei liquidi e degli elettroliti	9	3
Asma	8	2
Altre malattie delle vie aeree superiori	7	3
Altri disordini endocrini metabolici e nutrizionali	5	2
Bronchite acuta	5	2

Il quadro rilevato lascia supporre per i figli di stranieri una maggiore esposizione ad ambienti di vita insalubri, problemi di igiene degli alimenti, comportamenti nutrizionali non adeguati ed un difficoltoso utilizzo dei servizi sanitari di base.

Tra gli uomini immigrati nella classe di età 18-49 anni le diagnosi di ricovero più frequenti sono rappresentate da traumatismi e avvelenamenti (10 ricoveri per 1.000 vs 8 degli italiani) in particolare per fratture degli arti inferiori, superiori, intracraniche e in altre sedi. Una frequenza maggiore di queste patologie in questa classe di età potrebbe essere collegata a infortuni sul lavoro irregolare, denunciati come accidentali.

Le donne straniere nella fascia 18-49 anni sono ricoverate più spesso delle italiane, principalmente per condizioni correlate alla gravidanza e al parto (normale o complicato). In particolare nel 2005 il tasso di ospedalizzazione per gravidanza e/o parto delle donne immigrate, di questa fascia d'età è quasi 3 volte superiore a quello delle italiane (174 vs 60 ricoveri per 1.000), mentre quello per aborto volontario 9 volte superiore (29 vs 3).

Accessi al Pronto Soccorso

Nel 2005 gli accessi al Pronto Soccorso⁹ degli stranieri residenti sono stati 4.870 (9% del totale); hanno interessato principalmente le classi giovani (il 27% sono stati a carico di minori).

Fra i minori stranieri i tassi di accesso¹⁰ sono stati 539 per 1.000 contro i 349 dei minori italiani, in particolare risultano molto elevati i tassi d'accesso dei minori stranieri sotto l'anno di vita (1.375 accessi per 1.000 vs 1.228 degli italiani). I minori stranieri provenienti dall'Africa Magrebina e dall'Africa Nera sono quelli che accedono maggiormente al Pronto Soccorso (rispettivamente 690 e 545 su 1.000).

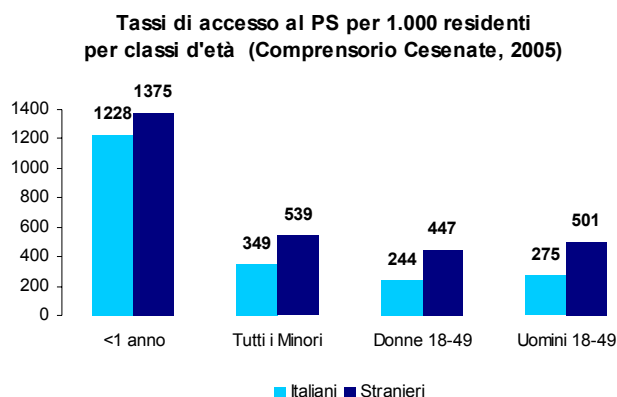
⁸ Tasso di Ricovero per patologia = numero ricoveri per la patologia ogni 1.000 residenti nella fascia d'età considerata

⁹ Fonte dati: Archivio informatizzato PS, AUSL Cesena, 2005

¹⁰ Tasso di accesso al Pronto Soccorso = numero di accessi al PS/ totale della popolazione residente per 1.000

I tassi risultano alti anche nella fascia 18-49 anni (493 per 1.000 vs. 259 degli italiani), in entrambi i sessi (501 negli uomini e 447 nelle donne rispetto a 275 e 244 negli italiani); i tassi più elevati per gli uomini si registrano in tunisini (1.242) e algerini (617), per le donne nelle nigeriane (988) e tunisine (701). Tassi di ricovero più bassi rispetto a quelli degli italiani si registrano invece nell'etnia cinese (108 negli uomini e 238 nelle donne).

Il maggiore utilizzo del Pronto Soccorso in tutte le fasce d'età può essere correlato sia al carico di malattia sia a problemi legati alla conoscenza e al corretto utilizzo dei percorsi di assistenza sanitaria di base.



La salute della donna straniera

Per quanto riguarda la salute riproduttiva e materno-infantile nel 2006 le donne straniere che hanno partorito sono state il 18% del totale (la percentuale di donne straniere residenti in età fertile è a pari al 10% del totale): sul totale delle madri straniere il 23% è di nazionalità Albanese e il 17% Marocchina.

Le partorienti straniere risultano più giovani rispetto alle italiane (età media di 28 vs 32) e hanno più frequentemente un titolo di studio basso (62% vs 26%).

Nel corso della gravidanza le donne con cittadinanza straniera si rivolgono per il 71% ai servizi pubblici (consultori o ambulatori ospedalieri), mentre le partorienti italiane si rivolgono molto più spesso ai servizi privati (81%).

Le analisi condotte su base regionale nel triennio 2003-2005 mostrano che l'accesso alle cure prenatali da parte delle madri straniere avviene con maggior ritardo e minor frequenza rispetto alle italiane con un conseguente maggior rischio di assistenza prenatale inadeguata, aumento dei parti pretermine e dei neonati di basso peso.

In particolare nel 2006 a livello del Comprensorio Cesenate le partorienti straniere hanno una percentuale maggiore di donne che effettuano meno di 4 controlli durante la gravidanza (9% vs 6%) e si sono recate alla prima visita oltre la dodicesima settimana (12% vs 7%); questi dati sono indicatori della presenza di ostacoli all'accesso con possibili rischi per la salute del nascituro.

Tra le gravide straniere si evidenzia una più alta frequenza di parti pretermine (9% vs 6%) e di nati con basso peso (9% vs 6%).

Nel 2005 le straniere residenti di 18-49 anni hanno presentato una maggiore frequenza ad aborto indotto; tra queste prevalgono le donne con cittadinanza bulgara (61 ogni 1.000 donne bulgare residenti, pari a 15 casi), quelle cinesi (48 ogni 1.000 residenti cinesi, pari a 9 casi) e quelle albanesi (36 ogni 1.000 residenti albanesi, pari a 18 casi).

Condizioni di disuguaglianza sull'accesso ai servizi si riscontrano anche dall'analisi dei dati del Centro Screening dell'Ausl di Cesena nel biennio 2005-2006: le donne straniere hanno presentato una minor adesione al programma di prevenzione del tumore del collo dell'utero (32% vs 50%). Questa disparità è probabilmente ancor maggiore se si considera che molte italiane non aderenti effettuano comunque il test privatamente, mentre le donne straniere si rivolgono prevalentemente alla struttura pubblica.

Adesione allo screening per il tumore della cervice uterina.
Comprensorio Cesenate (2005-2006)

	Aderenti allo screening	non aderenti	Totale chiamate
Italiane	15.960 (50%)	15.866 (50%)	31.826
Straniere totali	1.654 (34%)	3.202 (66%)	4.856
Straniere provenienti da:			
- Paesi a forte pressione migratoria	1.209 (32%)	2.564 (68%)	3.773
- Paesi a sviluppo avanzato	445 (41%)	638 (59%)	1.083
Totale	17.614 (48%)	19.068 (52%)	36.682

Immigrati e Malattie Infettive

Le malattie infettive sono poco diffuse tra gli stranieri, diversamente da quanto spesso ritenuto: nel 2005 solo il 7% delle malattie infettive notificate ha riguardato cittadini stranieri. Come per gli italiani la fascia di età maggiormente coinvolta è quella 0-17 anni, trattandosi prevalentemente di malattie esantematiche infantili.

Tra gli adulti vi sono alcune patologie infettive (limitate a pochi casi) che coinvolgono più frequentemente gli stranieri: in particolare, dei 14 casi di *scabbia* notificati nel 2005, il 53% ha riguardato cittadini stranieri verosimilmente correlati alle precarie condizioni di vita specialmente degli irregolari.

Nel triennio 2003-05 sono stati notificati 6 casi di *malaria*, tutti contratti all'estero, di cui 4 in stranieri.

Nel 2005 si è registrata una diminuzione nelle notifiche dei casi di *tubercolosi*: 13 casi, di cui 2 a carico di stranieri (15%).

Questa diminuzione di casi di tubercolosi sia nei cittadini italiani che stranieri si inserisce all'interno del trend epidemiologico alternante della malattia che mostra tipicamente periodi con andamento in crescita seguiti da altri in diminuzione.

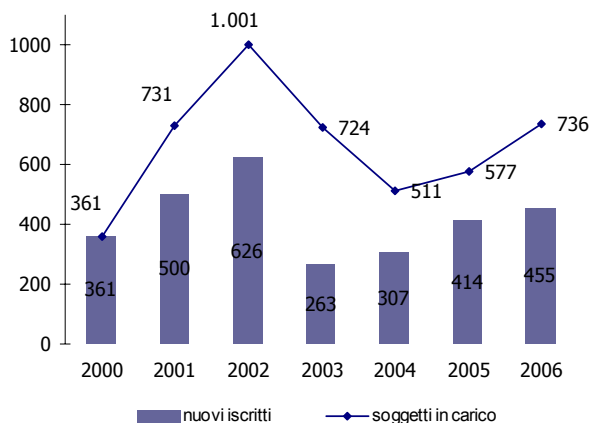
Assistenza Sanitaria agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

In Italia il diritto dello straniero all'accesso ai Servizi Sanitari è sancito dalla normativa nazionale. La persona con permesso di soggiorno può iscriversi al SSN in base alla legge n. 189/2002 che ha confermato per tale parte quanto già previsto dalla L. n. 40/98; le stesse leggi riconoscono anche agli immigrati irregolari, detti Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), la possibilità di ricevere interventi di tipo preventivo, urgente ed essenziale. La normativa abbatte le barriere all'accesso di tipo giuridico-legale ed economico, ma rimangono altri ostacoli al pieno godimento del diritto alla salute; esistono ad esempio barriere di tipo linguistico-culturali rilevanti, che intervento di mediatori culturali, il miglioramento dell'informazione, la formazione degli operatori dei Servizi sociosanitari possono ridurre significativamente. Interventi di semplificazione amministrativa e di maggiore flessibilità dei Servizi.

Possano invece contribuire a ridurre gli ostacoli di tipo burocratico amministrativo e organizzativi.

La presenza di stranieri STP è stimata essere pari al 10-18% degli stranieri regolarmente soggiornanti (Caritas). Nel 2006 le persone iscritte nell'anagrafe sanitaria degli stranieri temporaneamente presenti sono state 736¹¹, di queste 455 richiedevano la tessera STP per la prima volta. L'età media degli STP è di 35 anni nelle donne e 28 negli uomini; il 68% è nella fascia di età 20-40 anni e i minori costituiscono l'11%.

Iscritti anagrafe Stranieri Temporaneamente Presenti
Comprensorio Cesenate (2000-2006)



BIBLIOGRAFIA

- Dossier statistico Caritas (2007)
- Report provinciale sul fenomeno immigratorio nella Provincia di Forlì-Cesena (2007)
- Camera di Commercio della Provincia di Forlì-Cesena <http://www.fo.camcom.it/>
- Progetto "Salem" Assistenza sanitaria ai cittadini temporaneamente presenti (STP) Report attività anno 2006 EpicomNews n.11 (2007) Ausl Cesena

¹¹ Fonte dati: EpicomNews n.11 (2007)

3. Qualità della vita percepita e stili di vita

3.1 "Se mi sento bene, sto bene"

Lo stato di salute e la qualità di vita percepita nel Cesenate

Lo stato di salute percepito a livello individuale è correlato alla presenza delle più frequenti malattie croniche, ai loro fattori di rischio e alla mortalità complessiva.

Nello studio 'PASSI', un'indagine sui fattori di rischio comportamentali condotto nel 2005 su scala locale, regionale e nazionale, il 70% della popolazione di 18-69 anni del Comprensorio Cesenate definisce la propria salute in modo positivo (66% in Emilia-Romagna e 64% nelle Aziende Sanitarie italiane partecipanti).

A giudicare in modo più positivo il proprio stato di salute sono soprattutto i giovani (83% nella fascia di età 18-34 anni), gli uomini (80% rispetto al 61% delle donne), le persone senza patologie severe (78%) e quelle con alto livello di istruzione (73%).

Stato di buona salute percepito
Comprensorio Cesenate (Studio PASSI, 2005)

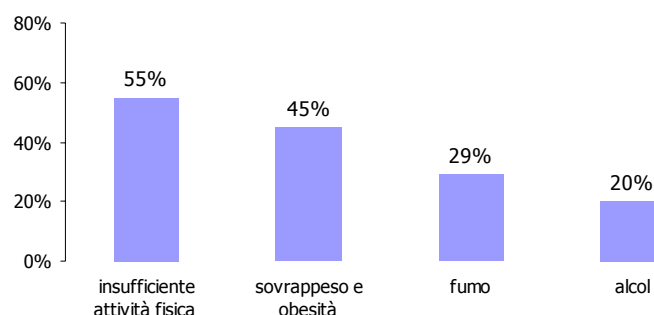
Età	18-34 aa	83%
	35-49 aa	78%
	50-69 aa	57%
Sesso	uomini	80%
	donne	61%
Patologie severe	presenti	41%
	assenti	78%
Istruzione	bassa	69%
	alta	73%
Totale		70%

3.2 Tre nemici da combattere

Fattori di rischio per la salute e comportamento

Sedentarietà, sovrappeso, abitudine al fumo, consumo eccessivo d'alcol sono tra i maggiori responsabili delle cause di malattia e morte più diffuse. L'adozione di un particolare stile di vita non è legata semplicemente ad una scelta individuale, frutto di conoscenze e valori, ma è condizionata anche da diversi fattori socio-economici e ambientali (reddito, relazioni sociali, leggi vigenti), con possibilità di disuguaglianze all'interno della popolazione.

Distribuzione percentuale dei principali fattori di rischio
nella popolazione (18-69 anni)
Comprensorio Cesenate (studio PASSI, 2005)



3.2.1 Diamoci una mossa

Un adulto su due non fa abbastanza attività fisica

L'esercizio fisico regolare svolge un ruolo protettivo rispetto a numerose e frequenti malattie (cardiopatie ischemiche, ipertensione, diabete, obesità e malattie osteo-articolari) ed ha una ricaduta positiva sull'umore e sui livelli di autostima individuali; l'attività raccomandata è di almeno 30 minuti di attività fisica moderata al giorno per 5 volte alla settimana. Nel Comprensorio Cesenate meno di una persona adulta su due (45%) pratica questa attività fisica

Popolazione sedentaria
Comprensorio Cesenate (Studio PASSI, 2005)

Età	18-34 aa	12%
	35-49 aa	9%
	50-69 aa	17%
Sesso	uomini	14%
	donne	13%
Istruzione	bassa	15%
	alta	11%
Totale		13%

raccomandata ed il 13% ha uno stile di vita del tutto sedentario; i dati sono in linea con quelli regionali e migliori rispetto alla media nazionale.

La popolazione più sedentaria è nella fascia 50-69 anni (17%), quella meno in quella 35-49 anni (9%); non emergono differenze significative nella sedentarietà per sesso e livello di istruzione.

Per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari, nel territorio cesenate il 44% degli intervistati riferisce che un medico ha raccomandato loro di praticare regolare attività fisica.

3.2.2 Per qualche chilo in più

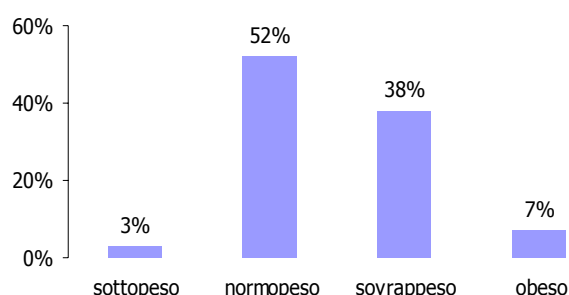
Il sovrappeso e l'obesità rappresentano importanti fattori di rischio per la salute; l'eccesso di peso comporta complicanze cardiovascolari e dell'apparato muscolo-scheletrico e favorisce l'insorgenza di ipertensione, diabete e alcuni tipi di neoplasie.

Nel Comprensorio Cesenate si stima che il 38% degli adulti sia in sovrappeso, il 7% obeso, il 52% normopeso e il 3% sottopeso. L'eccesso ponderale riguarda più gli uomini che le donne (56% vs 36%), aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione (51% vs 39%). I dati locali sono in linea con quelli regionali e nazionali.

Tra le persone in eccesso ponderale solo il 23% pratica attività fisica ed il 22% segue una dieta per perdere peso. Per quanto riguarda l'attenzione a questo fattore di rischio da parte degli operatori sanitari, il 51% delle persone in sovrappeso riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da queste figure.

Anche le condizioni dei bambini e dei ragazzi destano particolare preoccupazione, in quanto l'obesità infantile è un importante fattore di rischio per lo sviluppo dell'obesità da adulti: da un'indagine campionaria locale recentemente condotta nelle scuole dell'infanzia emerge che tra bambini di 6 anni il 15% è in sovrappeso ed il 9% obeso, tra quelli di 9 anni rispettivamente il 19% e 11%.

Caratteristiche ponderali della popolazione. Comprensorio Cesenate (Studio PASSI, 2005)



Popolazione con eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) Comprensorio Cesenate (Studio PASSI 2005)

Età		
	18-24 aa	23%
	25-34 aa	25%
	35-49 aa	44%
	50-69 aa	60%
Sesso		
	uomini	56%
	donne	36%
Istruzione		
	bassa	51%
	alta	39%
Totale		45%

3.2.3 "Bionde" pericolose

L'abitudine al fumo nel comprensorio cesenate

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose malattie cronicodegenerative e tumorali ed è il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce.

Nel Comprensorio Cesenate si stima la presenza di un 50% di non fumatori, un 29% di fumatori ed un 21% di ex-fumatori, valori sovrapponibili a quelli regionali, mentre a livello nazionale i valori sono rispettivamente 54% non fumatori, 26% fumatori, 20% ex-fumatori.

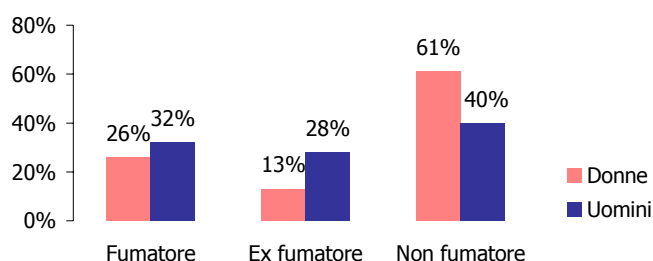
I tassi più alti di fumatori si hanno nella fascia 35-49 anni e negli uomini rispetto alle donne (32% vs 26%).

Il numero medio di sigarette fumate al giorno è pari a 12.

Nelle abitazioni private non si fuma nel 61% dei casi (nel 29% non è permesso; e nel 32% nessuno fuma in casa); nel restante 39% dei casi si fuma ovunque o in parte in linea con i dati regionali.

Negli ambienti di lavoro il divieto di fumare è rispettato nell'82% dei casi in linea con la media regionale.

Distribuzione abitudine al fumo per sesso.
Comprensorio Cesenate (Studio PASSI 2005)



Caratteristiche dei fumatori
Comprensorio Cesenate (Studio PASSI 2005)

Età	18-24 aa	23%
	25-34 aa	25%
	35-49 aa	41%
	50-69 aa	24%
Sesso	uomini	32%
	donne	26%
Istruzione	bassa	32%
	alta	25%
Totale		29%

3.2.4 Un bicchiere di troppo

Abuso di sostanze alcoliche: una persona su cinque è a rischio

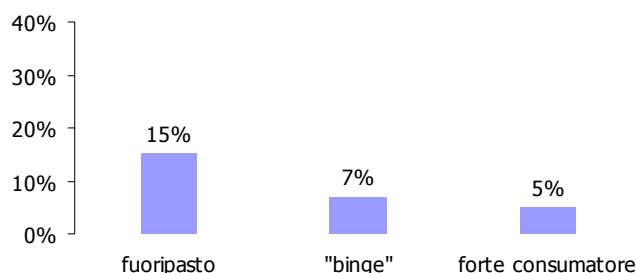
L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi.

Nel Comprensorio Cesenate si stima la presenza di un 34% di adulti astemi ed un 69% di consumatori di alcol; tra questi il 20% è considerabile come "consumatore a rischio" in quanto presenta almeno una di queste caratteristiche:

- beve fuori pasto (15%)
- riferisce il "binge drink", cioè il consumo almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione (7%)
- è forte consumatore (5%)

Queste modalità di assunzione di alcol, considerate a rischio, risultano più diffuse in maniera rilevante tra i giovani (specialmente nella fascia 18-24 anni) e negli uomini.

Consumo di alcol a rischio (%).
Comprensorio cesenate (Studio PASSI 2005)



Giovani generazioni sensibili al fascino dell'alcol

Si afferma un nuovo modello, con consumi eccessivi e fuori pasto nei fine settimana

I dati disponibili su consumi e modalità di assunzione delle bevande alcoliche nella popolazione in età adolescenziale suggeriscono il diffuso impiego dell'alcol come sostanza psicoattiva. I dati regionali all'interno dell'indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), realizzata in Italia nel 2005 dal Centro Nazionale delle Ricerche su un campione significativo di popolazione scolastica di 15-17 anni, rivela che il 20% ha abusato di alcol una o più volte negli ultimi 30 giorni.

L'aumento del consumo di birra e di superalcolici e la riduzione di quello del vino riscontrati, suggeriscono anche nel nostro Paese un modello di approccio alle bevande alcoliche più vicino allo stile anglosassone: il bere eccessivo durante il fine settimana, prevalentemente al di fuori dei pasti e nell'ambito di momenti di socializzazione è il nuovo modello di consumo nei giovani. Questa mutazione tende ad esaltare le caratteristiche farmacologiche dell'alcol come sostanza psicotropa e a neutralizzarne progressivamente le caratteristiche di sostanza alimentare.

All'interno di questo schema, le bevande alcoliche sono ricercate sempre di più come mezzo per ottenere una condizione di alterazione psichica (euforia) e per disinibire il comportamento sociale.

Tra le iniziative promosse nel Comprensorio Cesenate per contrastare l'abuso di alcol tra i giovani si ricorda il "Codice di autoregolamentazione per il bere senza rischi" approvato da 4 amministrazioni dell'Alto Savio (Bagno di R., Mercato S., Sarsina, Verghereto). Il Codice, predisposto in collaborazione con l'Azienda Sanitaria di Cesena, si rivolge ai promotori di feste, sagre ed eventi pubblici di interesse sociale e ai gestori dei locali autorizzati alla vendita e somministrazione di bevande alcoliche ed è finalizzato alle buone pratiche per il contenimento dei rischi connessi con l'abuso di alcool. Le 10 regole previste nel Codice richiamano le leggi vigenti che disciplinano vendita e somministrazione degli alcolici e prevedono un ulteriore impegno da parte di gestori e organizzatori finalizzato a favorire il "bere di qualità" e i comportamenti responsabili verso sé stessi e verso la collettività da parte dei consumatori di alcol.

3.2.5 Se i campanelli d'allarme sono tanti...

Compresenza di più fattori di rischio

La compresenza di più fattori nocivi in uno stessa persona aumenta considerevolmente il rischio per la salute. Dai risultati dello studio PASSI emerge che solo il 18% della popolazione di 18-69 anni non presenta alcun fattore di rischio tra quelli considerati (sedentarietà, sovrappeso-obesità, abitudine al fumo, consumo di alcol), il 38% presenta almeno un fattore di rischio, il 33% due fattori, il 10% tre e l'1% tutti i 4 fattori considerati. La compresenza di più fattori di rischio è più elevata negli uomini; la prevalenza di persone senza alcun fattore di rischio è maggiore tra coloro che hanno un titolo di studio alto (20% vs 13%).

Consumatori di alcol a rischio
Comprensorio Cesenate (Studio PASSI, 2005)

Età	18-24 aa	46%
	25-34 aa	30%
	35-49 aa	20%
	50-69 aa	11%
Sesso	uomini	32%
	donne	8%
Istruzione	bassa	12%
	alta	31%
Totale		20%

Percentuale e popolazione stimata per numero di fattori di rischio
Comprensorio Cesenate (2005)

	Valori %	Popolazione a rischio stimata
Nessun fattore di rischio	18%	23.833
1 fattore di rischio	38%	53.113
2 fattori di rischio	33%	45.622
3 fattori di rischio	10%	12.938
4 fattori di rischio	1%	681

3.3 Le droghe a portata di mano

Un fenomeno in preoccupante evoluzione

Il consumo di sostanze psicoattive ha assunto negli ultimi anni caratteristiche inedite, come comparsa di nuove droghe, luoghi, rituali e modalità di utilizzo. Il fenomeno è in grande evoluzione ed espansione, favorito anche da un atteggiamento culturale di fortissima sottovalutazione dei rischi per la salute correlati non solo alle "droghe", ma anche a tabacco, alcol, farmaci, alimentazione scorretta.

La possibilità di comprare droghe o di vedere qualcuno che ne fa uso è molto alta: anche le persone contrarie all'uso di droga si trovano a conoscere pratiche e vicende legate al mondo degli stupefacenti (dove e come si acquistano, quanto costano, modalità di utilizzo e effetti). Questo fa diventare le sostanze oggetti culturali con specifici significati nel mondo giovanile.

Per delineare il fenomeno dell'uso di sostanze nel territorio cesenate si farà riferimento ai dati provenienti da diverse fonti (Ser.T, Regione Emilia-Romagna, Ministero della Solidarietà Sociale, Ministero della Salute) con l'obiettivo di fornire un quadro più esaustivo possibile della situazione.

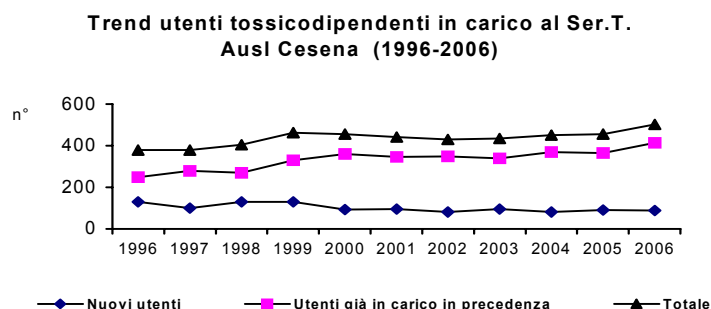
Lo studio nazionale IPSAD-Italia 2005 ha stimato la prevalenza di uso di sostanze nella fascia d'età 15-54 anni: 27% ha utilizzato almeno una volta la cannabis, 7% la cocaina, 3% le sostanze psicostimolanti (amfetamine, ecstasy) e 1% l'eroina. Sulla base dei valori ottenuti dallo studio nazionale si è ipotizzata una stima della prevalenza d'uso di sostanze nel Comprensorio Cesenate.

Stima del numero di consumatori, per frequenza di consumo, nella popolazione di 15-54 anni
Comprensorio Cesenate (studio IPSAD 2005)

	cannabis	eroina	cocaina	stimolanti	allucinogeni
Una tantum nella vita	28.731 (27%)	1.479 (1%)	7.394 (7%)	3.697 (3%)	3.486 (3%)
Uso recente negli ultimi 12 mesi	11.619 (11 %)	264 (0.2%)	1.901 (2%)	528 (0.5%)	528 (0.5%)
Uso corrente negli ultimi 30 giorni	6.549 (6%)	106 (0.1%)	951 (1%)	317 (0.3%)	190 (0.2%)
Uso quotidiano	1.267 (1%)	63 (0.06%)	74 (0.07%)	42 (0.04%)	21 (0.02%)

Rispetto ai tossicodipendenti stimati solo una minima parte arriva al Servizio Tossico-alcoldipendenze (Ser.T). Nel 2006 il Ser.T. di Cesena ha definito un programma terapeutico personalizzato per 502 soggetti, di cui 414 già in carico e 88 nuovi. Tra questi i residenti nei Comuni del Comprensorio Cesenate sono 282, pari a circa 3 persone su 1.000 abitanti nella fascia 14- 54 anni.

Negli ultimi anni il numero di accessi al servizio è in crescita, mentre il rapporto tra nuovi ingressi e totale utenti in carico nel 2006 ha registrato una lieve flessione.



Circa la metà dei tossicodipendenti in carico (52%) ha un'età compresa fra i 25 e i 39 anni ed il 23 % ha meno di 25 anni; sono prevalentemente uomini (82%), a conferma della differenziazione di genere che caratterizza il fenomeno della tossicodipendenza.

Gli utenti in carico sono per lo più nubili/celibi (75%), con un livello di scolarizzazione medio basso (6% licenza elementare, 68% licenza media inferiore); il 53% svolge un'attività lavorativa regolare mentre il 21% risulta disoccupato.

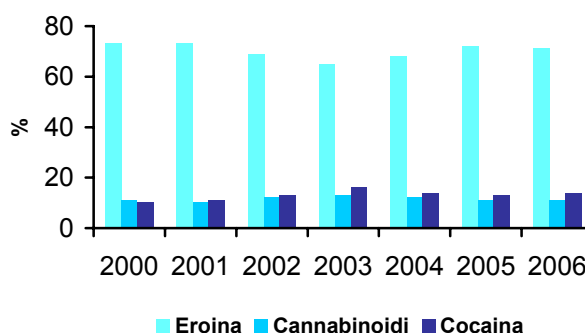
Tra le persone in carico al servizio l'eroina si conferma la principale sostanza di abuso primario (71% degli utenti); dal 2003 si è arrestato il trend decrescente e si delinea, fra i nuovi utenti giovanissimi, un ritorno dell'eroina; seguono cocaina (14%), in continuo trend ascendente, e cannabis (11%) stabile ai livelli dell'anno precedente. Il contesto è caratterizzato da una diversificazione delle sostanze e dall'affermarsi di nuovi stili di consumo, con fenomeni di poli-assunzione o ampia sperimentazione.

Variazioni di rilievo si riscontrano anche nelle modalità di assunzione: diminuisce la quota di soggetti che assume droghe per via iniettiva e l'alcol è sempre più associato all'uso di droghe.

Distribuzione per classi di età dei tossicodipendenti in carico al SerT di Cesena (2006)

Classi di età	Totale utenti	
	N.	%
15-19 aa	50	10%
20-29 aa	149	30%
30-39 aa	180	36%
≥ 40 aa	123	24%
Totale	502	100%

Principali sostanze d'abuso primario tra gli utenti tossicodipendenti del Ser.T. Ausl di Cesena.
Valori% per anno



BIBLIOGRAFIA

- PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Azienda Sanitaria di Cesena. Indagine 2005. <http://www.ausl-cesena.emr.it/Azienda/Sanit%C3%A0Pubblica/EpidemiologiaeComunicazione/Studiepidemiologici>
- PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Emilia Romagna. Indagine 2005. <http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf/ER.pdf>
- Indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) realizzata in Italia nel 2005 CNR
- Studio nazionale IPSAD-Italia 2005 CNR

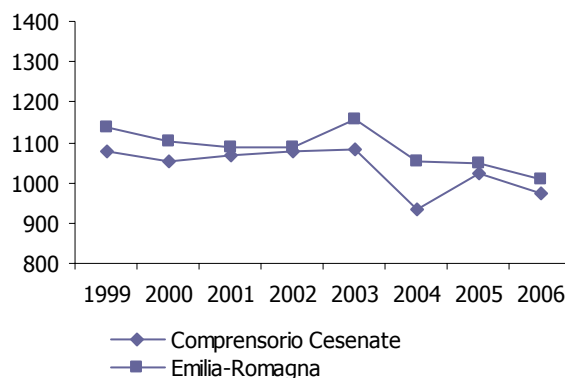
4. Le principali malattie e cause di morte

Conoscere quali sono le principali cause di morte e le malattie a maggior impatto sociale e sanitario in una popolazione può fornire utili indicazioni per l'identificazione dei bisogni di prevenzione, diagnosi e cura e per valutare la capacità complessiva di tutelare lo stato di salute da parte di una collettività.

Nel territorio del Comprensorio Cesenate nel 2006 si sono verificati 1.832 decessi (928 decessi ogni 100.000 abitanti) con tassi di mortalità¹ in linea con quelli regionali. Negli ultimi 3 anni si delinea una tendenza in diminuzione della mortalità, verosimilmente correlata al miglioramento delle condizioni di vita e della qualità degli interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia. Nell'estate del 2003 l'ondata di calore verificatasi in Italia ha provocato un eccesso di mortalità anche a livello locale, anticipando alcune decine di decessi nella popolazione anziana.

Le malattie del sistema cardio-circolatorio rimangono la principale causa di mortalità (40% del totale), seguite da tumori (33%) e malattie respiratorie (9%).

Tassi standardizzati di mortalità per 100.000 abitanti (1999-2006)



4.1 La "cartella clinica" del Cesenate

Le malattie principali nei 15 Comuni del Comprensorio

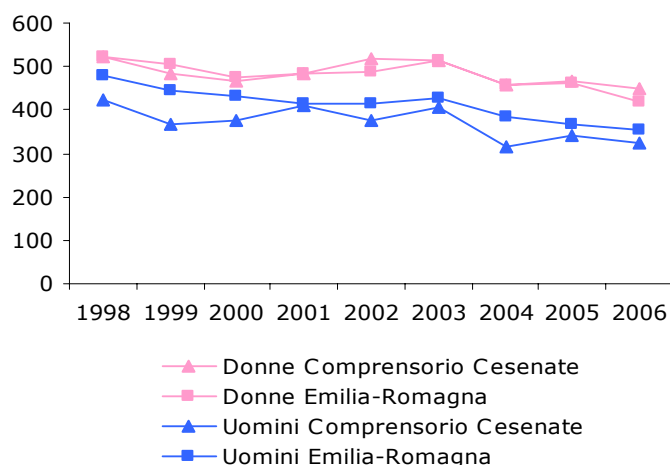
4.1.1 Malattie Cardio-vascolari

Le malattie del sistema cardio-vascolari con decorso cronico sono particolarmente diffuse nella popolazione, in particolare fra gli anziani: in Emilia-Romagna una persona su cinque (221 ogni 1.000 abitanti) ne risulta affetta (Istat).

L'ipertensione arteriosa, importante fattore di rischio per le altre malattie cardiovascolari, è molto frequente: il 21% della popolazione nella fascia 18-69 anni riferisce di avere la pressione alta (32% sopra i 50 anni) (PASSI, 2005).

Anche l'ipercolesterolemia, altro importante fattore di rischio cardiovascolare, è molto frequente: il 32% della popolazione nella fascia 18-69 anni riferisce di avere il colesterolo alto (49% sopra i 50 anni) (PASSI, 2005).

Tassi standardizzati di mortalità per malattie del sistema cardio-vascolare per 100.000 abitanti (1998-2006)



¹ Tasso di mortalità= numero di morti/ popolazione media* 100.000

Nel 2006 le malattie cardio-circolatorie hanno determinato 5.015 ricoveri (18% dei ricoveri complessivi) corrispondenti a 26 casi ogni 1.000 abitanti, in linea col dato regionale.

Nel 2006 il tasso di mortalità da malattie cardiovascolari è risultato pari a 369 morti ogni 100.000 abitanti (313 negli uomini e 416 nelle donne). Dai primi anni '80 le morti per questa causa sono in lenta, ma continua diminuzione con un andamento in linea con quello regionale.

Il 25% circa dei decessi è attribuibile ai disturbi circolatori dell'encefalo (come l'ictus), più frequenti nelle donne, ed il 20% all'infarto del miocardio, più frequente negli uomini.

4.1.2 Tumori

Il numero di nuovi casi di tumore è in aumento, principalmente per l'invecchiamento della popolazione; la mortalità, è invece in diminuzione sia per la diagnosi precoce legata agli screening sia per i progressi terapeutici ottenuti negli ultimi decenni.

Nel Comprensorio Cesenate si registrano 1.000 nuovi casi di tumore all'anno (55% negli uomini).

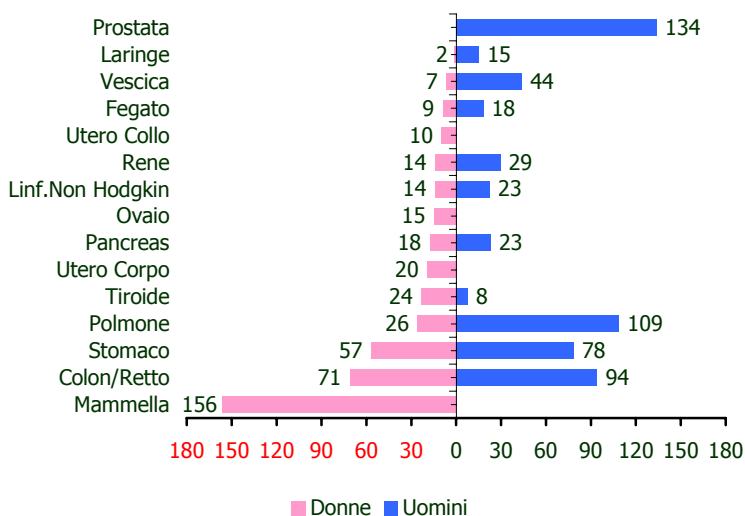
Le sedi maggiormente colpite (esclusi i tumori non melanomatosi della cute) sono: prostata, polmone, colon-retto e stomaco, negli uomini e mammella, stomaco e colon-retto nelle donne.

Trend di incidenza e mortalità dei principali tumori

Tumori	Uomini		Donne	
	Incidenza	Mortalità	Incidenza	Mortalità
Tutti (escluso la cute)	↑	↓	↑	↓
Prostata	↑	↓		
Stomaco	↓	↓	↓	↓
Colon	↑	↓	↑	↓
Retto	↑	↓	↓	↓
Polmone	↓	↓	↑	↑
Mammella			↑	↓
Cervice Uterina			↓	↓

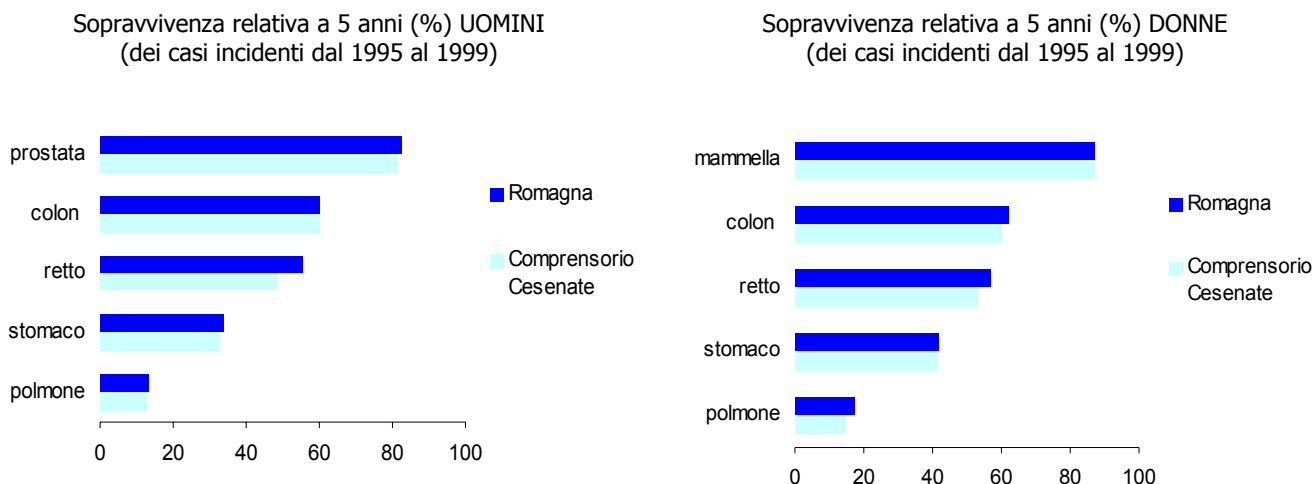
↑ in aumento ↓ in diminuzione

Tasso grezzo di nuovi casi di tumore per 100.000 abitanti
Comprensorio Cesenate (1998-2002)



Nel 2006 le neoplasie hanno causato 2.767 ricoveri (10% dei ricoveri complessivi), corrispondenti a 14 ogni 1.000 abitanti, in linea col dato regionale.

Nel territorio romagnolo come pure in quello regionale, la sopravvivenza è mediamente più elevata rispetto a quella italiana.



Il tumore della prostata

Nel periodo 1998-2002 l'incidenza del tumore della prostata è risultata pari 134 nuovi casi per 100.000 abitanti all'anno, in linea con il dato relativo al territorio romagnolo. L'incidenza ha mostrato una crescita notevole con un raddoppio dei tassi nel giro di 10 anni, verosimilmente correlata all'utilizzo di un test (dosaggio del PSA) che ne consente una migliore identificazione.

La mortalità mostra un lieve, ma costante trend verso la riduzione, con un tasso di mortalità pari a 22 per 100.000 uomini. La sopravvivenza a 5 anni è alta (82%).

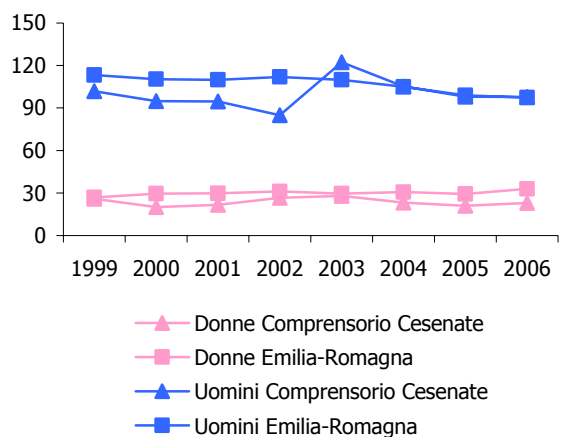
Il tumore del polmone

I nuovi casi di tumore al polmone mostrano una tendenza alla diminuzione a livello nazionale e regionale negli uomini, mentre le donne registrano un trend in aumento per il periodo 1998-2002; nel Comprensorio Cesenate il numero di nuovi casi all'anno è stato pari a 109 per 100.000 negli uomini e 26 nelle donne.

Anche la mortalità per questa patologia mostra un trend in diminuzione, in particolare per gli uomini; nel 2006 il tasso di mortalità da tumore del polmone è stato pari a 59 decessi per 100.000 abitanti (rispettivamente 97 negli uomini e 22 nelle donne).

Nel 90% dei casi questa neoplasia riconosce come causa il fumo di tabacco ed attualmente non è disponibile un esame di screening efficace; per questo rimane fondamentale programmare interventi di prevenzione primaria per la lotta al tabagismo.

Tassi standardizzati di mortalità per tumori del polmone per 100.000 abitanti. (1999-2006)



Il tumore del colon-retto

I nuovi casi di tumori del colon-retto mostrano una tendenza all'aumento su scala nazionale e locale in entrambi i sessi: nel Comprensorio Cesenate si sono registrati nel periodo 1998-2002 in media 94 nuovi casi per 100.000 abitanti per gli uomini e 71 per le donne all'anno.

La mortalità mostra una tendenza alla diminuzione; nel 2006 il tasso di mortalità è stato pari a 39 morti per 100.000 abitanti negli uomini e 36 nelle donne. La sopravvivenza a 5 anni è di circa il 57%.

Lo screening del tumore del colon-retto condotto tramite la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) può ridurre di circa il 20% il Rischio Relativo di morire per la neoplasia. Il programma per lo screening del tumore del colon-retto è stato attivato anche nel territorio locale dal 2005.

Il tumore dello stomaco

Questa neoplasia mostra una netta tendenza su scala mondiale alla diminuzione, verosimilmente correlata al miglioramento nell'alimentazione (maggior consumo di verdura e frutta fresche e migliore conservazione dei cibi). Nonostante il trend in diminuzione anche a livello locale, il tumore dello stomaco rimane più frequente in Romagna rispetto all'Italia. Nel Comprensorio Cesenate il numero di nuovi casi all'anno nel periodo 1998-2002 è di 78 per 100.000 abitanti negli uomini e di 57 nelle donne. La neoplasia colpisce in prevalenza persone anziane.

Il tasso di mortalità nel 2006 è risultato pari a 48 decessi per 100.000 abitanti per gli uomini e 25 per le donne. La sopravvivenza a 5 anni è bassa (36%).

Il tumore della mammella

Nelle donne il tumore alla mammella rappresenta il tumore più frequente e la prima causa di morte per tumore. Nel Comprensorio Cesenate nel periodo 1998-2002 si è avuto un numero di nuovi casi pari a 156 per 100.000 abitanti all'anno. La mortalità per questo tumore mostra un lieve aumento negli ultimi anni, anche se rimane più bassa rispetto al dato regionale; nel 2006 si è registrato un tasso pari a 40 decessi su 100.000 donne. La sopravvivenza a 5 anni per questa neoplasia è elevata (87%).

La partecipazione allo screening nella fascia 50-69 anni, con l'effettuazione di una mammografia ogni due anni, può ridurre del 35% la probabilità di morire per cancro della mammella. Il programma per lo screening è attivo nel Comprensorio Cesenate dal 1997.

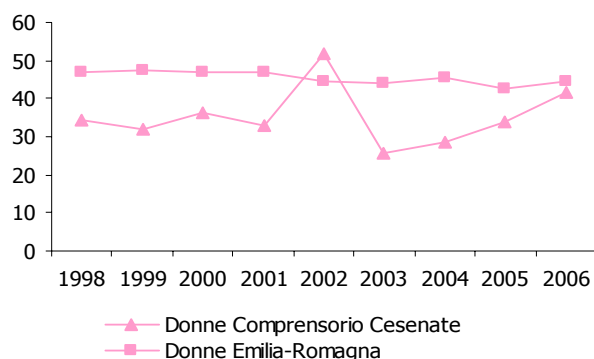
Il tumore del collo dell'utero

L'incidenza annuale di tumore del collo dell'utero nel periodo 1998-2002 è risultata pari a 10 casi ogni 100.000 donne.

La mortalità per questa neoplasia è di 11 casi su 100.000 donne. La sopravvivenza a 5 anni è pari al 66%.

Lo screening cervicale contribuisce a diminuire sia la mortalità sia l'incidenza della neoplasia invasiva e prevede l'effettuazione di un pap-test ogni 3 anni nelle donne di 25-64 anni. Il programma per lo screening del tumore del collo dell'utero è attivo nel Comprensorio Cesenate dal 1996.

Tassi standardizzati di mortalità generale per tumore della mammella per 100.000 donne (1998-2006)



4.1.3 Malattie dell'apparato respiratorio

Le malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (in particolare bronchite cronica ed enfisema) sono spesso legate al fumo di tabacco e colpiscono più frequentemente la popolazione anziana. In Emilia-Romagna ne soffre l'1% della popolazione: in particolare si stimano 45 malati ogni 1.000 abitanti per bronchite cronica, enfisema ed insufficienza respiratoria e 37 per l'asma bronchiale (Istat).

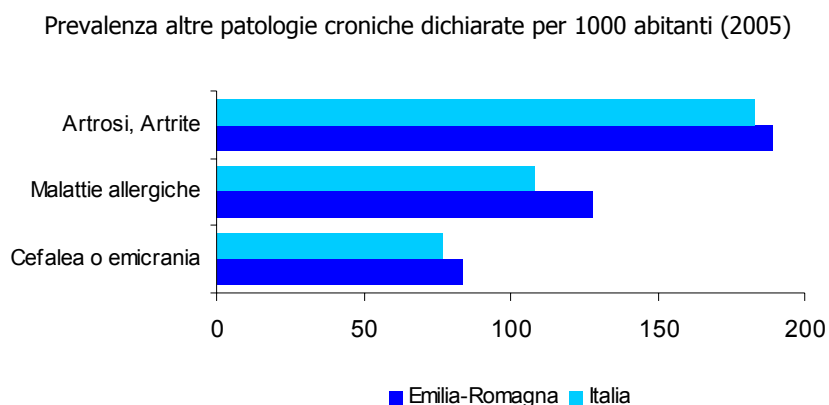
Nel Comprensorio Cesenate le malattie del sistema respiratorio rappresentano la 3° causa di morte (9% delle morti complessive); nel 2006 il tasso di mortalità è stato pari a 92 morti per 100.000 negli uomini e 74 nelle donne.

Lo Studio Italiano sui Disturbi Respiratori dell'Infanzia e l'Ambiente (SIDRIA) condotto dall'Agenzia Sanitaria dell'Emilia Romagna segnala un progressivo aumento della frequenza di patologie respiratorie di natura allergica (asma bronchiale in età pediatrica) e di disturbi respiratori correlabili all'inquinamento urbano.

4.1.4 Altre malattie croniche

Oltre alle patologie già esaminate, altre malattie croniche considerate meno gravi delle precedenti sono in grado di condizionare in maniera rilevante la qualità di vita delle persone, in particolare degli anziani.

In Emilia-Romagna le più diffuse tra queste sono l'artrosi e l'artrite (210 malati per 1.000 abitanti), le malattie allergiche (126) e la cefalea /emicrania (86) (Istat 2005); il 15% delle persone risulta affetto da 3 o più malattie croniche con condizioni di salute limitanti in linea coi dati italiani; questa percentuale sale al 43% sopra i 65 anni.



(fonte: istat)

All'aumentare dell'età corrisponde un progressivo incremento della diffusione di quasi tutte le patologie croniche, ad eccezione delle malattie allergiche prevalenti nei più giovani.

Nell'età anziana gli uomini sono più colpiti da malattie respiratorie (bronchite ed enfisema), mentre tra le donne è maggiore l'incidenza delle patologie osteoarticolari e dell'osteoporosi.

4.1.5 Malattie infettive

Queste patologie, un tempo principale causa di morte, oggi rappresentano meno dell'1% delle cause di morte, anche se alcune malattie continuano a rivestire un rilevante interesse.

Aids

L'Aids rappresenta il prototipo delle malattie infettive emergenti e comporta pesanti condizionamenti dello sviluppo socio-demografico in alcune aree del mondo e dei comportamenti sessuali.

Dalla metà degli anni '90 in Italia, come nei Paesi occidentali, la mortalità per AIDS è fortemente diminuita, grazie all'introduzione delle nuove terapie antivirali: questo aspetto, unito al convincimento che i comportamenti a rischio siano confinati ad alcune categorie, ha contribuito ad abbassare l'attenzione della popolazione con un conseguente aumento dell'importanza della trasmissione eterosessuale.

In Emilia Romagna l'Aids rappresenta la 4° causa di morte nella classe 25-44 anni in entrambi i sessi. Nel periodo 1984-2005 i malati di Aids residenti in Emilia-Romagna sono stati 5.436.

Dal 1984 al 2005 è progressivamente aumentata l'età mediana alla diagnosi: da 23 anni nel 41 per gli uomini e da 23 a 40 per le donne. Questo elemento può essere in correlazione sia con un'effettiva posticipazione del contagio sia con un prolungamento del periodo di sieropositività senza malattia.

Nel biennio 2004-2005 nel territorio Comprensorio Cesenate il tasso di incidenza di AIDS è stato pari a 3.3 per 100.000 abitanti (3.2 a livello regionale); la prevalenza della malattia è pari a 29 persone su 100.000; nel 2005 si sono registrati 4 decessi per Aids.

Tubercolosi

L'aumento dei casi di tubercolosi negli ultimi anni è stato influenzato da due nuovi fenomeni: la diffusione dell'infezione da HIV (condizione che rende il malato più vulnerabile a contrarre l'infezione tubercolare) e l'aumento dell'immigrazione da Paesi stranieri, in cui tale malattia è ancora endemica.

Anno	Comprensorio Cesenate		Emilia-Romagna	
	n. casi	Tasso incidenza *100.000 ab.	n. casi	Tasso incidenza *100.000 ab.
2000-2001	23	6.2	602	6.5
2002-2003	50	13.2	657	8.1
2004-2005	34	8.8	620	7.4

In Emilia-Romagna l'andamento della tubercolosi mostra circa 7 nuovi casi all'anno per 100.000 abitanti, in linea con la media nazionale e stabile negli ultimi anni.

Nel biennio 2004-2005 nel Comprensorio Cesenate si sono registrati complessivamente 34 nuovi casi (di cui 9 in cittadini di origine straniera), pari a un tasso di 8.8 per 100.000 abitanti.

La fascia d'età maggiormente interessata è quella sopra ai 65 anni, seguita da quella 15-44 anni.

Il 78% dei casi notificati è risultato a localizzazione polmonare (forma contagiosa), mentre il restante 22% è extrapolmonare (forma non contagiosa).

Nel 2005 non si sono registrati decessi per questa patologia.

La tubercolosi è in costante aumento tra i cittadini stranieri, pur presentando un numero limitato di casi. La causa di questo aumento pare legata alla facilità di esposizione all'infezione nei paesi di provenienza, ma soprattutto alle precarie condizioni di vita degli immigrati che facilitano la riattivazione di forme primarie silenti. Inoltre, le maggiori difficoltà nell'individuazione e nella gestione dei casi in pazienti stranieri rendono più complicati la terapia e il controllo della diffusione dell'infezione tra i conviventi e i contatti.

Altre malattie infettive

Nel periodo 2003-05 nel Comprensorio Cesenate le malattie infettive più frequentemente riscontrate sono state varicella (2.050 casi contro i 2.126 del triennio precedente) e scarlattina (378 casi contro 322).

I casi di epatite B segnalati sono stati 21 rispetto ai 31 del triennio precedente. Dall'introduzione nel 1991 della vaccinazione universale obbligatoria si osserva una riduzione dell'incidenza delle epatiti B a livello regionale e locale.

Tra le malattie a trasmissione sessuale è in aumento la sifilide, con 26 casi segnalati (2 nel triennio precedente), 18 dei quali diagnosticati allo stadio di sifilide primaria o secondaria, quindi contagiosi. La malattia è più frequente negli uomini (77% del totale delle notifiche)

Tra le malattie trasmesse da alimenti, le salmonellosi minori sono le più frequentemente responsabili di episodi epidemici. Nel triennio 2003-2005 sono stati segnalati 88 casi (21 in meno rispetto al triennio precedente). In generale negli ultimi 15 anni, se si eccettuano due picchi epidemici nel '97 e nel '99, l'incidenza di salmonellosi risulta essere più bassa nel territorio locale rispetto a quella regionale.

Nei bambini e ragazzi in età scolare è frequente riscontrare casi di pediculosi: nel triennio 2003/05 ne sono stati denunciati 190 casi.

Nel periodo 2003-2005 è stato notificato 1 solo caso di tetano, verificatosi nel 2003 in una donna di 83 anni che ha contratto l'infezione facendo attività di giardinaggio (3 i casi nel triennio precedente). Dall'ottobre 2002 nel Comprensorio Cesenate è stata avviata una campagna vaccinale contro il tetano con chiamata diretta di tutti i residenti di 65-75 anni: nel 2007 il tasso di adesione ha superato il 40%.

Negli ultimi cinque anni (2003-2007) sono stati notificati 25 casi di legionellosi (di cui 17 in turisti) ; in 11 casi si è trattato di focolai epidemici (ovvero 2 o più persone che hanno soggiornato nella stessa struttura alberghiera) che hanno coinvolto quattro alberghi della riviera . Per prevenire altri eventuali focolai è stato attivato nel 2004 un sistema di autocontrollo delle strutture ricettive costiere.

Nuove malattie infettive trasmesse da vettori: febbre da virus della Chikungunya

Nell'estate del 2007 si è registrato nel territorio regionale un focolaio epidemico di malattia causata dal virus Chikungunya, una forma virale a carattere benigno, trasmessa attraverso la puntura della **zanzara tigre**, che è in grado di trasmettere il virus da un soggetto malato a uno sano. La malattia è caratterizzata da febbre elevata, brividi, mal di testa, importanti dolori articolari e muscolari (che possono persistere per diversi mesi).

La malattia, tipica delle zone tropicali, si è manifestata anche nel nostro territorio in relazione all'importante infestazione da zanzara durante i mesi estivi e alla concomitante presenza di una persona che aveva contratto l'infezione durante un soggiorno all'estero.

Nel Comprensorio Cesenate si sono registrati 16 casi (7.5% del totale dei casi che si sono verificati in Romagna), localizzati principalmente nelle zone di S. Egidio, Villa Chiaviche e S. Martino in Fiume.

Per il controllo della malattia è previsto per il 2008 un programma ambientale di contenimento dell'infestazione da zanzara tigre (realizzato dai Comuni in collaborazione con l'Azienda Sanitaria) e un programma di sorveglianza sanitaria per l'individuazione precoce dei nuovi casi di malattia. Va sottolineato che la possibilità di sviluppo di una nuova epidemia, dipende anche dalla capacità di ciascun cittadino di evitare, nelle aree private, la formazione di raccolte di acqua stagnante in cui si può sviluppare la zanzara.

4.1.6 Malattie mentali

La malattia mentale comporta un alto carico in termini di sofferenza umana e costi economico-sociale. Nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, l'Organizzazione mondiale per la salute (OMS) prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

Il Libro Verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" stima che un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una patologia mentale. Le tipologie più frequenti di patologie mentali sono i disturbi legati a ansia e depressione con un costo socio-sanitario stimato notevole (3-4% del PIL). Nei Paesi europei si stima che oltre la metà delle persone colpite da malattie mentali (44-70%) non venga mai curata.

I disturbi mentali sono frequenti anche nel nostro Paese: il 7% della popolazione adulta ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi (5% di un disturbo d'ansia e il 4% di disturbi depressivi) (Istat).

I risultati dello studio Passi 2006 mostrano che:

- in Emilia-Romagna il 25% delle persone intervistate riferisce almeno un sintomo di depressione per almeno 2 settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi (il 14% almeno due sintomi)
- la depressione è più frequente nelle donne (circa tre volte più rispetto agli uomini)
- il 59% riferisce che la sintomatologia ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 35% molto difficile
- solo il 30% delle persone con sintomi depressivi si è rivolto ad un medico ed il 28% ha assunto farmaci su consiglio medico negli ultimi 12 mesi

Nel 2006 nell'Azienda Sanitaria di Cesena sono state trattate dal Centro di Salute Mentale 1.790 persone (pari a 108 su 10.000 residenti), di cui 454 risultano primi contatti inseriti nel 63% dei casi in un percorso terapeutico strutturato; nel 54% dei casi si tratta di donne.

Nel 2006 i ricoveri per disturbo psichiatrico in persone residenti sono stati 214 per 100.000 abitanti; questo dato mostra una costante tendenza all'incremento a partire dal 2001, in controtendenza rispetto al dato medio regionale, che registra invece una flessione costante. Il dato può evidenziare una domanda sempre crescente e/o una ridotta disponibilità di strutture e servizi alternativi al ricovero ospedaliero.

Nel 2007 i **trattamenti sanitari obbligatori** (TSO) sono stati complessivamente 17 ogni 100.000 abitanti (19 per 100.000 residenti nel Distretto Cesena-Savio e 14 per 100.000 nel Distretto Rubicone)

Tra i pazienti in carico nel Distretto di Cesena-Savio, le diagnosi più frequenti nelle donne sono rappresentate dai Disturbi nevrotici (27% ansia e depressioni nevrotiche), negli uomini invece si registra una predominanza di disturbi schizofrenici (32%)

Il **suicidio** rappresenta un fenomeno inquietante e clamoroso, più frequente all'aumentare del livello di benessere. Ogni giorno in Italia si tolgono la vita in media 12 persone, con un tasso di 8 morti ogni 100.000 abitanti l'anno (uno dei valori più bassi d'Europa). L'Emilia-Romagna presenta uno dei tassi di suicidio più elevati in Italia: 12 per 100.000 abitanti. Nel triennio 1998-2001 nel Comprensorio Cesenate i morti per suicidio sono stati 10 per 100.000 abitanti ogni anno. Il numero di suicidi tende progressivamente a crescere con l'età ed il rapporto uomini-donne è circa 3:1.

4.2 L'utilizzo dei farmaci

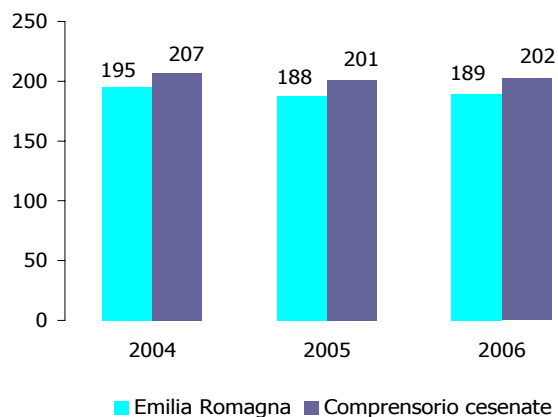
La spesa farmaceutica del territorio cesenate è superiore alla media regionale

Si è scelto di valutare l'utilizzo di farmaci nel Comprensorio Cesenate analizzando i dati ricavati dalle ricette del Servizio Sanitario Nazionale presentate nelle 50 farmacie convenzionate (cosiddetta spesa farmaceutica convenzionata); non sono compresi pertanto i dati riferiti all'acquisto diretto di farmaci a totale carico dei cittadini.

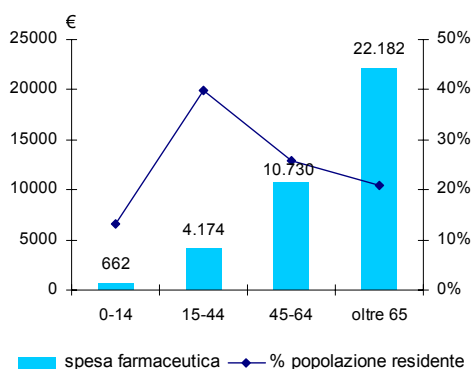
Localmente la spesa di farmaci registra livelli superiori a quelli regionali: nel 2006 la spesa netta pro-capite pesata è stata pari a 202 euro contro i 189 della Regione. Negli ultimi 5 anni si è registrato un andamento crescente della spesa, tranne nel 2003 e 2005; la spesa netta complessiva sostenuta nel 2006 è stata pari a 37.784.161 euro.

La spesa farmaceutica lorda totale aumenta al crescere dell'età dei consumatori, in particolare alla popolazione sopra i 65 anni (21% della popolazione totale) è attribuibile il 59% della spesa farmaceutica.

Spesa netta pro-capite pesata in Euro (2004-2006)

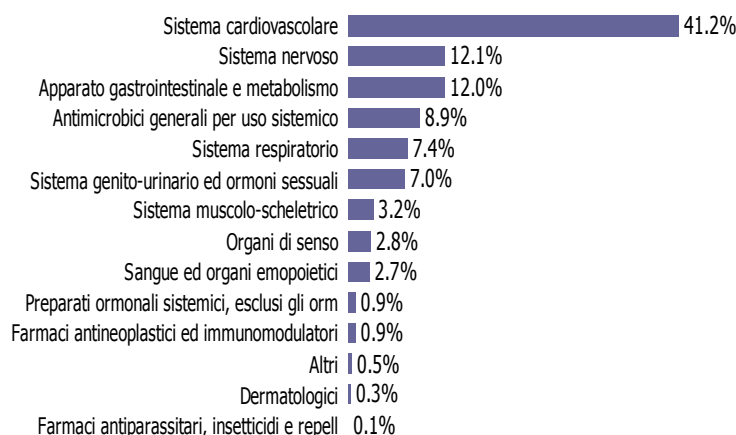


Distribuzione spesa farmaceutica (in migliaia di euro) e % di popolazione residente per classi d'età Comprensorio Cesenate (2006)



La quota più consistente della spesa è attribuibile ai farmaci attivi sul sistema cardiovascolare (41% della spesa totale), seguono i farmaci per il sistema nervoso (12%), quelli per l'apparato gastro-intestinale e per il metabolismo (12%), gli antifettivi per uso sistemico (10%).

Distribuzione percentuale della spesa farmaceutica
per le principali categorie di farmaci attivi
Comprensorio Cesenate (2006)



I farmaci equivalenti (ovvero quelli che contengono stesso principio attivo dei farmaci di marca, ma sono meno costosi) hanno rappresentato il 10% della spesa farmaceutica lorda: si stima che utilizzando i farmaci equivalenti al posto di quelli di marca si sarebbero potuti risparmiare circa 300.000 euro.

Per poter controllare la spesa farmaceutica è necessario razionalizzare le risorse: favorire l'acquisto di farmaci generici, proseguire in un'azione volta al perseguimento della appropriatezza prescrittiva con i medici prescrittori in un'ottica di continuità ospedale-territorio, coinvolgendo medici di medicina generale e specialisti ospedalieri, sensibilizzare i cittadini ad un uso oculato dei farmaci con campagne di educazione sanitaria, privilegiare soluzioni di distribuzione diretta da parte dell'Azienda Sanitaria o per conto (acquisto dei farmaci da parte dell'Azienda con distribuzione affidata alle farmacie).

4.3 I ricoveri evitabili

Sul territorio si affermano nuove forme assistenziali al di fuori dell'ospedale

Da vari anni nel nostro Paese l'Ospedale è oggetto di profondi cambiamenti strutturali e organizzativi, orientati a ridimensionare un'offerta assistenziale che per molto tempo ha rappresentato la principale risposta ai bisogni di salute dei cittadini. Il progressivo incremento di patologie croniche e disabilità trova infatti una più appropriata risposta nei servizi territoriali socio-sanitari.

Le politiche nazionali e regionali sostengono la strategia della "connotazione dell'ospedale come sede di assistenza a pazienti acuti, affiancata dall'assistenza post-acuzie e dalla lungodegenza riabilitativa". Per favorire l'utilizzo appropriato dell'ospedale la Regione ha previsto nel contempo il potenziamento dell'assistenza territoriale per evitare parte dei ricoveri ospedalieri inappropriati (es. assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale...).

Col termine di "ricoveri evitabili" si intendono i ricoveri dovuti a patologie croniche curabili prevalentemente non in regime di ricovero, ma con l'assistenza territoriale (quali ad esempio i ricoveri per ipertensione, asma, malattie congenite del cuore, malattie polmonari cronico-ostruttive, diabete mellito). I ricoveri evitabili pertanto esprimono indirettamente l'efficacia dei percorsi assistenziali ambulatoriali, della diagnosi precoce delle complicanze, della qualità e della continuità assistenziale ospedale-territorio.

Nel 2006 i ricoveri evitabili su 1.000 ricoveri effettuati sono stati:

- 12 per malattie congenite del cuore
- 8 per malattie polmonari cronico-ostruttive
- 3 per asma
- 0.8 per diabete mellito
- 0.4 per ipertensione

Questi dati sono in linea o inferiori al dato medio regionale, tranne per i ricoveri per asma (media regionale: 1.3 per 1.000 ricoveri).

4.4 La mortalità evitabile

Quante vite si potrebbero risparmiare con misure e comportamenti più adeguati?

Con questo termine si definiscono i decessi (avvenuti prima del 65° anno) imputabili a cause ritenute "evitabili"; questa mortalità è essenzialmente correlata agli stili di vita, alle condizioni degli ambienti di vita e di lavoro e all'efficacia del Servizio Sanitario (particolarmente con le politiche di prevenzione e le scelte di diagnosi e cura). Le cause di morti evitabili sono suddivise in tre grandi gruppi:

- **prevenzione primaria:** comprende le morti che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenirle (es. decessi da incidenti stradali o dovuti a malattie correlate con fumo ed alcol, ecc.).
- **diagnosi precoce e terapia:** comprende le morti che potrebbero essere evitate o ridotte grazie ad una diagnosi precoce e terapia adeguata (es. decessi da tumore della mammella, del collo dell'utero e linfoma di Hodgkin, ecc.).
- **igiene ed assistenza sanitaria:** comprende le morti che potrebbero essere evitate o ridotte con misure di prevenzione (es. decessi per malattie per le quali esiste un efficace vaccino) e con una buona organizzazione sanitaria (es. decessi per ipertensione, malattie ischemiche del cuore, mortalità materna, ecc.).

Nel Comprensorio Cesenate la mortalità evitabile rappresenta circa l'8% dei decessi complessivi (10% negli uomini e 5% nelle donne), in linea con i dati nazionali e regionali; nel triennio 2002-2004 si sono avuti circa 133 decessi evitabili per anno, con una stima di una perdita di 14 anni di vita per ogni persona deceduta.

Due morti evitabili su tre sono correlate a cause riconducibili al gruppo "Prevenzione Primaria" (64%, pari ad una media di 86 decessi all'anno): in questo gruppo le cause di decesso più frequenti sono rappresentate dal tumore del polmone (23 casi) e dagli incidenti stradali (18 casi), per i quali ogni deceduto perde rispettivamente 7 e 30 anni di vita (le morti per incidente, infatti, riguardano soprattutto i giovani).

Il 25% delle morti evitabili (33 decessi in media all'anno) sono invece correlate con il gruppo legato all'organizzazione sanitaria e alle misure di prevenzione adeguate: la causa principale in questo gruppo (21 casi) è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (tra cui l'infarto del miocardio) con una perdita di 8 anni di vita per deceduto.

L'11% delle morti evitabili (14 decessi in media all'anno) sono infine correlati col gruppo "Diagnosi precoce e terapia": in questo gruppo il tumore della mammella rappresenta l'84% (12 casi) dei decessi, con una perdita di 11 anni di vita per deceduta.

Numero morti evitabili per ogni anno e anni di vita persi per deceduto per le principali cause di morte evitabili. Comprensorio Cesenate (2002-2004)

	Morti evitabili/ anno	Anni di vita persi per decesso
Tumore al polmone	23	7
Malattie ischemiche del cuore	21	8
Incidenti stradali	18	30
Tumore mammella	12	11

Negli ultimi 12 anni si evidenzia un trend in diminuzione nei tassi di mortalità da cause evitabili: nelle morti evitabili del 1° gruppo il calo è particolarmente evidente negli uomini (legato alla diminuzione del numero di fumatori e quindi di tumore polmonare), mentre in quelle del 2° gruppo nelle donne (comprende essenzialmente le morti evitabili da tumore della mammella e del collo dell'utero, per i quali sono stati avviati i programmi di screening).

4.5 Programmi di screening

Tre programmi mirati per ridurre i rischi di morte legati ad alcune patologie

I programmi di screening oncologico per i quali è stata dimostrata scientificamente l'efficacia nel ridurre il rischio di morte nella popolazione target a tutt'oggi sono tre:

- Screening per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero: pap-test ogni 3 anni nelle donne di 25-64 anni
- Screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella: mammografia ogni 2 anni nelle donne di 50-69 anni
- Screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto: ricerca di sangue occulto nelle feci ogni 2 anni nelle persone di 50-69 anni

Dal 2005 un'unica struttura denominata 'Centro Screening Oncologici' si occupa della organizzazione dei tre programmi nel Comprensorio Cesenate.

4.5.1 Screening per il tumore del collo dell'utero

Il programma, attivo dal '96, prevede l'esecuzione del pap-test con frequenza triennale per le donne di 25-64 anni di età.

Nel Comprensorio Cesenate le donne in questa fascia di età invitate a partecipare allo screening nei tre anni del programma sono circa 55.000. Nel 2006 la percentuale di aderenti rispetto a quelle contattate, è stata pari al 50%.

Questo dato sottostima la copertura nella popolazione target in quanto una percentuale elevata di donne esegue il Pap-test privatamente al di fuori dello screening organizzato: sulla base dei risultati dello Studio Passi 2005 si stima infatti che l'89% delle donne di 25-64 anni abbia effettuato il pap-test negli ultimi tre anni come raccomandato; solo 2 su 3 hanno dichiarato di aver effettuato l'ultimo pap-test nella struttura pubblica.

Un dato critico è la scarsa adesione da parte delle donne straniere: solo una su tre risulta aderire allo screening (32% vs 50%).

Nel 2006 il programma di screening ha consentito di diagnosticare 52 lesioni precancerose (di cui 4 in donne di origine straniera); nel 2005 sono stati trovati e trattati 3 tumori microinvasivi, 2 carcinomi in situ e 51 lesioni precancerose (di cui 5 in donne di origine straniera).

4.5.2 Screening per il tumore della mammella

Il programma, attivo dal '97, offre la mammografia con periodicità biennale alle donne di età 50-69 anni. Nel Comprensorio Cesenate le donne in questa fascia di età, invitate a partecipare allo screening nel corso dei due anni, sono più di 24.000; nel 2006 ha aderito il 76% delle donne invitate.

I dati dello studio PASSI del 2005 confermano questa percentuale di copertura nella popolazione.

Nel corso dello screening sono stati individuati e trattati 40 tumori nel 2005 e 29 nel 2006.

4.5.3 Screening per il tumore del colon-retto

Il programma iniziato nel marzo del 2005 prevede l'invio di una lettera di invito per l'effettuazione della ricerca di sangue occulto su un campione di feci raccolto a domicilio dall'interessato. Il materiale necessario per il prelievo (kit) può essere ritirato, presentando la lettera di invito, presso le farmacie del Comprensorio, alle quali vengono restituiti dagli aderenti allo screening i campioni raccolti da esaminare.

La popolazione target è la fascia di 50-69 anni, pari a circa 49 mila persone.

Trattandosi di un programma partito recentemente avviato, l'adesione nei primi due anni risulta ancora del 36%, sebbene nel 2007 si rilevi un aumento (40%).

In questi due anni di attività i test positivi per presenza di sangue occulto sono stati il 6%. Dall'inizio del programma al marzo 2007 sono stati individuati e trattati 83 tumori e oltre 200 adenomi ad alto rischio.

A partire dal 2007 viene inoltre proposta gratuitamente l'effettuazione dello screening tramite l'esecuzione di una colonscopia ai familiari di primo grado di 50-74 anni (figli, genitori e fratelli) delle persone, nelle quali è stato riscontrato un tumore del colon-retto.

BIBLIOGRAFIA

- *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*. Anno 2005. Istat. (http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/testointegrale.pdf)
- PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Azienda Sanitaria di Cesena. Indagine 2005. (www.ausl-cesena.emr.it/Azienda/Sanit%C3%A0Pubblica/EpidemiologiaeComunicazione/Studiepidemiologici)
- PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Emilia Romagna. Indagine 2005 (<http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf/ER.pdf>)
- PASSI 2006. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Rapporto Ausl di Modena. (http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf/Passi06_MO.pdf)
- *I tumori in Italia-Rapporto 2006. Incidenza, mortalità e stime*. AIRTUM Working Group. Epidemiologia e prevenzione (Gen-feb 2006)
- *I tumori in Italia-Rapporto 2007. Sopravvivenza* AIRTUM Working Group. Epidemiologia e prevenzione (Gen-feb 2007)
- Lo stato dell'infezione da hiv/aids al 31/12/2006 in regione Emilia-Romagna. (http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/servizio_sanitario_regionale/prevenzione_malattie/documentazione/allegati_malattie_infettive/pagina_prev_malattie/allegati_documenti/aids_report_nov07.pdf)
- Epidemiologia delle malattie infettive nel territorio dell'Azienda U.S.L. di Cesena. Rapporto 2003-2005. (<http://www.ausl-cesena.emr.it/Azienda/Sanit%C3%A0Pubblica/EpidemiologiaeComunicazione/Studiepidemiologici/EpidemiologiadelleMalattiefettive/tabid/239/Default.aspx>)
- Epidemiologia dei tumori e programmi di screening oncologico nella Ausl di Cesena (http://www.ausl-cesena.emr.it/Portals/0/Servizi/DSP/epicom/EC07_epicomnews_10.pdf)
- Bilancio di Missione AUSL Cesena Anno 2006 (<http://www.ausl-cesena.emr.it/Addettiailavori/BilanciodiMissione/tabid/531/Default.aspx>)
- Carta Verde per la salute mentale. Commissione Europea (2005) (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)

5. Ambiente di vita e di lavoro

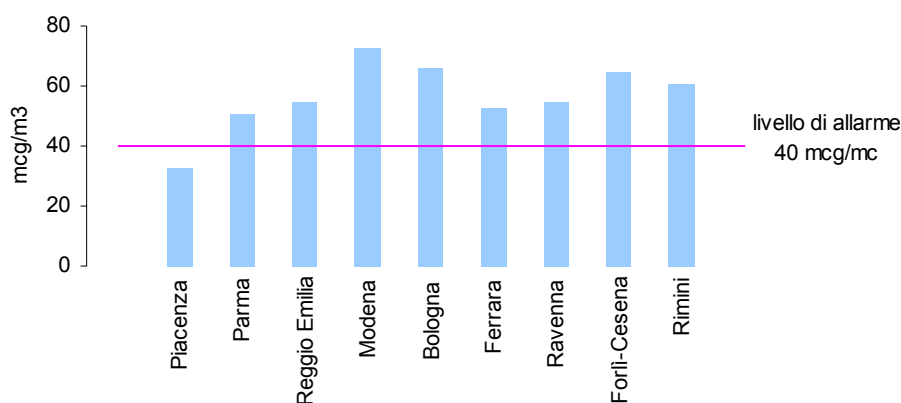
5.1. L'ambiente fisico

5.1.1 Qualità dell'aria

L'inquinamento urbano rappresenta al giorno d'oggi un rilevante problema ambientale: l'80% della popolazione vive, infatti, in aree urbane e in queste si concentra la gran parte delle attività antropiche potenzialmente inquinanti. Considerando i vari indicatori, la qualità dell'aria nel territorio cesenate presenta le seguenti caratteristiche:

- già da diversi anni non si registrano superamenti del **monossido di carbonio** del livello di allarme ($30\text{mg}/\text{m}^3$ media oraria), del livello di attenzione ($15\text{mg}/\text{m}^3$ media oraria) e neppure del valore limite per la protezione della salute (media di 8 ore non superiore a $10\text{mg}/\text{m}^3$)
- i valori relativi alle concentrazioni di **ossidi di azoto** (dopo una forte diminuzione delle quantità rilevate negli anni '90 dovuta all'introduzione delle marmitte catalitiche) sono costantemente sopra i $40\text{ }\mu\text{g}/\text{m}^3$ (valore limite della protezione della salute umana al 2010), mentre il numero dei superamenti del livello di protezione della salute umana al 2010 ($200\text{ }\mu\text{g}/\text{m}^3$ da non superare per più di 18 volte in un anno) risulta in costante diminuzione (nel 2005 non è mai stato superato).

Media annuale concentrazioni in aria di biossido di azoto (NO₂)
Emilia-Romagna (2005)



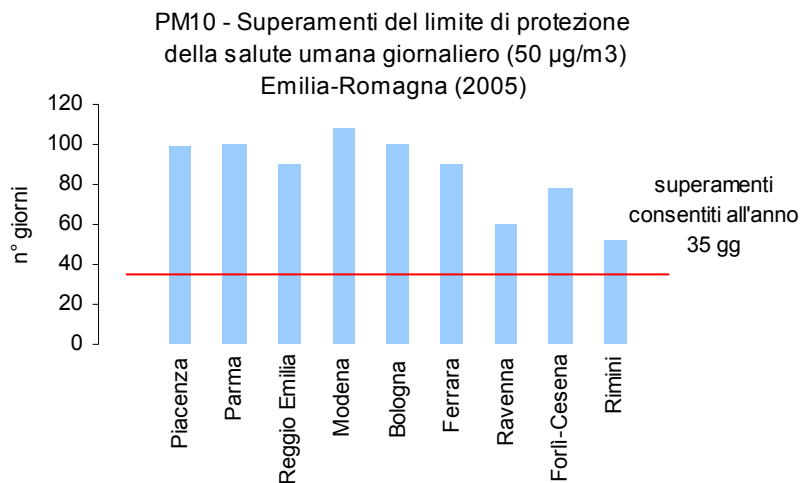
- l'**ozono** rappresenta un inquinante critico per i superamenti dei livelli di attenzione ($180\text{mg}/\text{m}^3$) in particolare nel periodo estivo, anche se non si sono mai verificati superamenti del livello di allarme ($360\text{ microgrammi}/\text{m}^3$ media oraria).

- le **polveri fini** (PM₁₀ o PM_{2.5}) rappresentano gli inquinanti più problematici dal punto di vista sanitario per la tossicità e cancerogenicità degli Idrocarburi Policiclici Aromatici e metalli pesanti in esse contenuti.

Le principali sorgenti antropogeniche di polveri fini sono rappresentate da:

- scarichi dei prodotti di combustione dei motori diesel e benzina;
- impianti di riscaldamento non a metano
- impianti industriali

Nel 2005 i superamenti dei limiti di legge giornalieri delle polveri sottili compreso il margine di tolleranza ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) risultano nel territorio della Provincia di Forlì-Cesena notevolmente sopra al numero massimo di giorni consentiti in un anno (35 gg).



L'esposizione a polveri sospese determina sulla salute effetti a breve termine (cardiovascolari e respiratori) e a lungo termine (cardiovascolari, respiratori e tumorali), con diminuzione della speranza di vita ed un aumento della mortalità generale.

Gli effetti sulla salute sono proporzionali alle concentrazioni del particolato e non sono noti meccanismi di soglia (valori al di sotto dei quali non si verifica un danno alla salute).

Ogni incremento unitario di $10 \mu\text{g}$ di PM10 determina:

- come effetti a breve termine un aumento dell'1-4% dei ricoveri per cause cardio-vascolari e respiratorie e dell'1-2% della mortalità generale
- come effetto a lungo termine un incremento del 5% della mortalità generale (10% per cause cardiocircolatorie e 15% per tumori)

Il rischio individuale per la salute è relativamente piccolo (+1-2%), ma le ricadute in termini di sanità pubblica sono rilevanti perché tutta la popolazione è esposta.

Uno studio di impatto sulla salute realizzato a livello della provincia di Forlì-Cesena ha stimato la mortalità attribuibile al PM10 in base ai dati forniti da tre centraline di monitoraggio. Ai superamenti rilevati nel 2005, rispetto al riferimento di $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$, si stima siano attribuibili 13 decessi/anno. Per salvaguardare la salute della popolazione, al di là dei valori di legge, è pertanto necessario avere come obiettivo il minor livello possibile di esposizione della popolazione agli inquinanti.

La recente approvazione del Piano di gestione della qualità dell'aria della Provincia di Forlì-Cesena (settembre 2007) rappresenta un importante strumento conoscitivo e programmatico mirato al miglioramento della qualità dell'aria. Le azioni previste dal Piano prevedono diverse tipologie di intervento tra cui la mobilità e l'edilizia sostenibili, l'informazione e l'educazione ambientale, gli impegni virtuosi degli enti pubblici in relazione alle attività responsabili delle emissioni in atmosfera.

Nel 2007 sono quattro i Comuni del Comprensorio Cesenate (Cesena, Cesenatico, Gambettola, Longiano) che hanno sottoscritto un protocollo d'intesa, promosso dalla Provincia, per attuare limitazioni alla circolazione dei veicoli più inquinanti previste dall'Accordo di programma regionale sulla qualità dell'aria

2007-2008. L'Accordo individua le misure da applicare per il risanamento della qualità dell'aria nel territorio regionale, per prevenire o ridurre gli effetti nocivi sulla salute umana e sull'ambiente, in particolare dovuti ai superamenti dei valori limite per le polveri fini (PM10). Aderiscono all'intesa, con funzioni di supporto alle iniziative dei Comuni, anche ATR Agenzia per la Mobilità, ARPA Sezione provinciale Forlì-Cesena e le Aziende Unità Sanitaria Locale di Forlì e di Cesena.

5.1.2 Acque di balneazione

Nella sorveglianza su qualità e sicurezza igienico-sanitaria delle acque destinate alla balneazione si evidenziano buone condizioni dal punto di vista batteriologico e alcune criticità rispetto ai parametri correlati allo stato trofico (microalghe, mucillagini...).

Nel periodo 2003-2005 l'Indice di Qualità Batteriologica si è mantenuto su valori indicativi di una buona qualità delle acque, con una maggiore stabilizzazione della qualità batteriologica delle acque nella stagione balneare 2005 rispetto alla precedente.

Per definire le condizioni dello stato trofico delle acque si utilizza l'indice di TRIX che integra i parametri trofici fondamentali. Per la costa emiliano-romagnola, considerata area sensibile, l'obiettivo è raggiungere nel 2008 valori di TRIX non superiore a 5 unità. Nella zona meridionale della costa emiliano-romagnola e soprattutto nelle acque al largo, l'indice trofico medio si assesta tra la condizione di stato "Mediocre" e "Buono" (indice di TRIX compreso tra 5.3 e 4.8); in tutte le stazioni esaminate i valori del 2005 sono inferiori rispetto al 2004. Il TRIX mostra un andamento stagionale, in relazione al carico di nutrienti, con peggioramento nei mesi invernali (quasi la totalità delle acque veniva classificata come "mediocre") ed un miglioramento in quelli estivi (con uno stato trofico da "buono" ad "elevato")

5.1.3 Rifiuti urbani: produzione, raccolta e smaltimento

La gestione dei rifiuti è considerata un'importante criticità per il raggiungimento di un modello sostenibile di sviluppo, l'aumento del volume dei rifiuti pone infatti più di un problema: reperimento di spazio necessario per collocarli, emissioni di inquinanti in atmosfera, nelle acque e nel suolo derivanti dal loro trattamento, emissioni di gas prodotto dalle discariche e dal trasporto dei rifiuti. I rifiuti inoltre rappresentano una risorsa preziosa potenzialmente riciclabile per ridurre la richiesta di materie prime.

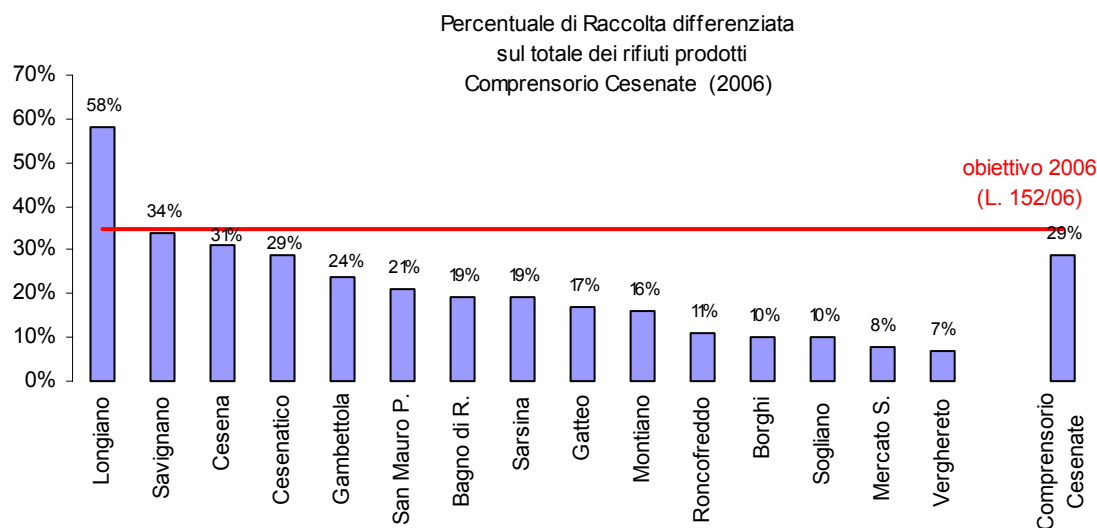
La produzione di rifiuti urbani costituisce un utile indicatore per evidenziare un uso inefficiente delle risorse sotto il profilo ambientale. Nel V Programma europeo di Azione Ambientale (2000) è stato fissato come limite auspicabile una produzione pro-capite di 300 Kg all'anno.

Negli ultimi anni la produzione dei rifiuti urbani pro-capite nella provincia di Forlì-Cesena è aumentata progressivamente (da 551 Kg/procapite nel 1997 a 736 Kg nel 2002); nel 2003 si registra per la prima volta una riduzione (678 Kg/pro-capite), trend non mantenuto negli anni successivi: nel 2006 la produzione è pari a 726 kg/procapite

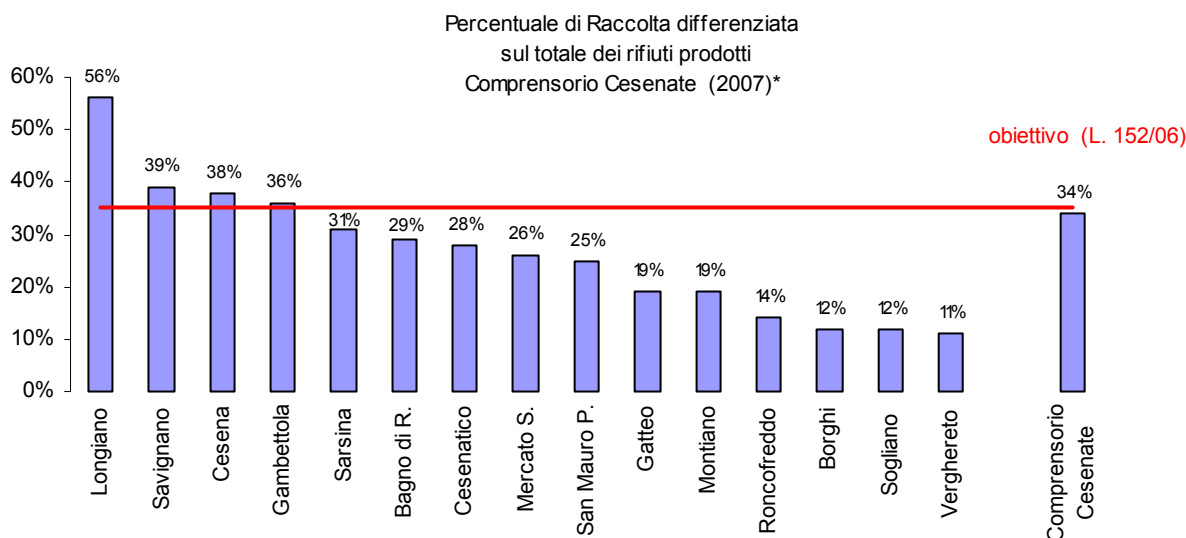
I valori rilevati superano la media nazionale (533 Kg/pro capite 2004) e quella europea (507 Kg/procapite). Queste differenze sono anche riconducibili a diversi criteri di assimilazione dei rifiuti speciali agli urbani: dal 2006 nella provincia di Forlì-Cesena il nuovo Regolamento di gestione dei rifiuti prevede infatti l'assimilazione pressoché totale dei rifiuti speciali non pericolosi prodotti dalle attività produttive ai rifiuti urbani senza limite di quantità; la loro raccolta e gestione avviene da parte del servizio pubblico ed aumenta considerevolmente la quota pro-capite prodotta.

La promozione della Raccolta Differenziata (RD) è un altro importante pilastro della politica di gestione dei rifiuti. Nel 2006 nel Comprensorio Cesenate il 29% delle 144.000 tonnellate di rifiuti prodotti è stato raccolto in modo differenziato; questo valore, anche se in crescita nell'ultimo triennio (17% nel 2004), si colloca ancora al di sotto di quello previsto dalla L.152/2006 (35% entro il 2006) e dal piano d'ambito della raccolta

differenziata (35% entro il 2007). Tra i diversi comuni del Comprensorio esiste una forte variabilità: dai valori di Savignano sul R. (34%), Cesena (31%) e Cesenatico (29%) a quelli di Roncofreddo (11%), Borghi e Sogliano al R. (10%), Mercato S.(8%), Verghereto (7%). Il valore del Comune di Longiano, molto al di sopra della media (58%), è in parte condizionato dalla presenza di un insediamento industriale con rilevante produzione di rifiuti speciali assimilabili.



I dati del preconsuntivo del 2007 mostrano un miglioramento della quota di raccolta differenziata nel Comprensorio (da 29% a 34%), in particolare nei Comuni di Mercato S. (da 8% a 26%), Sarsina (da 19% a 31%), Bagno di R. (da 19% a 29%) e Gambettola (da 24% a 36%)



*dati provvisori, non ancora deliberati dalla Regione Emilia-Romagna

Sul territorio sono presenti due impianti di smaltimento dei rifiuti: la discarica nella vallata di Rio della Busca nel Comune di Cesena e la discarica di Ginestreto nel Comune di Sogliano sul R.; in entrambe si produce energia elettrica grazie allo sfruttamento dei biogas.

Nel 2002 è stato autorizzato l'impianto di compostaggio nel Comune di Cesenatico per l'esercizio di trattamento e recupero di rifiuti speciali non pericolosi, finalizzato alla produzione di compost di qualità. Sono in funzione, inoltre tre stazioni di trasferimento a Cesena, Cesenatico e Bagno di R.

5.1.4 Rumore

L'inquinamento acustico è definito come "l'introduzione di rumore nell'ambiente tale da provocare fastidio o disturbo al riposo ed alle attività umane, pericolo per la salute umana, deterioramento degli ecosistemi, dei beni materiali, dei monumenti, dell'ambiente abitativo o dell'ambiente esterno o tale da interferire con le legittime fruizioni degli ambienti stessi" (L.447/1995).

Nel 2005 in Emilia-Romagna sono state controllate 529 sorgenti di rumore, in genere attività di servizio e/o commerciali (57%) e attività produttive (27%). L'attività di controllo si è esplicata per lo più a seguito di segnalazioni dei cittadini (95%).

I controlli hanno rilevato un effettivo problema d'inquinamento acustico per il 50% delle sorgenti controllate nel 2005 (48% è il dato medio periodo 2000-2005).

L'attuale normativa nazionale (L. 447/95) e regionale (L. R. 15/01) in materia di inquinamento acustico definiscono limiti diversificati in base alla destinazione d'uso del territorio ed affidano alle Amministrazioni Comunali il compito di effettuare la Zonizzazione acustica, strumento fondamentale nella definizione di una corretta pianificazione urbanistica e nel prevenire l'espansione di aree residenziali verso sorgenti di forte inquinamento acustico (strade, aree industriali) o la realizzazione di infrastrutture ed attività rumorose in prossimità di strutture sensibili (scuole ospedali).

Al 30 aprile 2007 un piano di zonizzazione acustica è stato approvato e adottato in tutti i Comuni del Comprensorio Cesenate, esclusi Gatteo, Montiano e Verghereto.

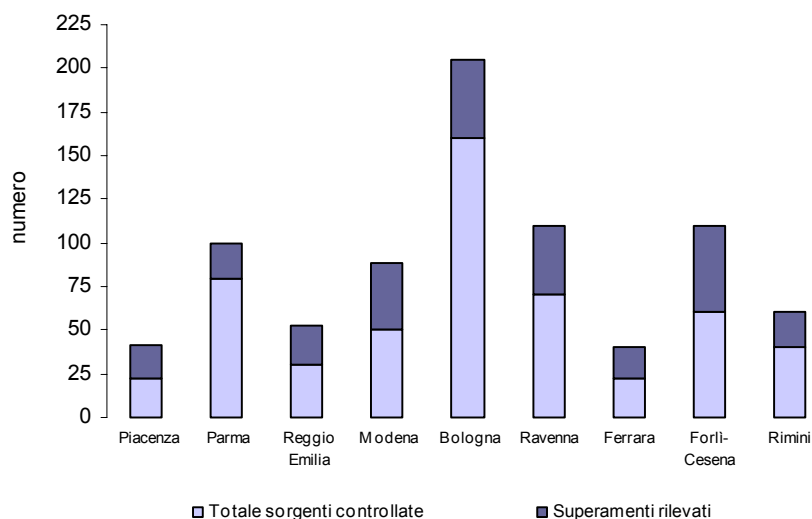
5.1.5 Campi elettromagnetici

Tra le principali sorgenti artificiali di campi elettromagnetici ad alta frequenza presenti sul territorio si considerano i sistemi per la diffusione radiofonica e televisiva (RTV) e gli impianti per la telefonia mobile, detti anche stazioni radiobase (SRB).

Negli ultimi decenni si è assistito ad una crescita esponenziale dell'emittenza radiotelevisiva nazionale e locale, senza una regolamentazione apposita.

I sistemi per la diffusione RTV sono dislocati generalmente in aree collinari fuori dei centri abitati ed hanno potenze di ingresso generalmente elevate per diffondere il segnale su aree estese anche fuori dal territorio provinciale. In Emilia-Romagna nel 2005 si contano 2.499 impianti di diffusione radiotelevisiva (RTV), distribuiti in 467 siti; per quanto riguarda la provincia di Forlì Cesena si denota anche una rilevante densità di impianti rispetto al numero di abitanti.

Numero di sorgenti controllate e numero di sorgenti controllate per cui si è riscontrato almeno un superamento dei limiti, per provincia Emilia-Romagna(2005)

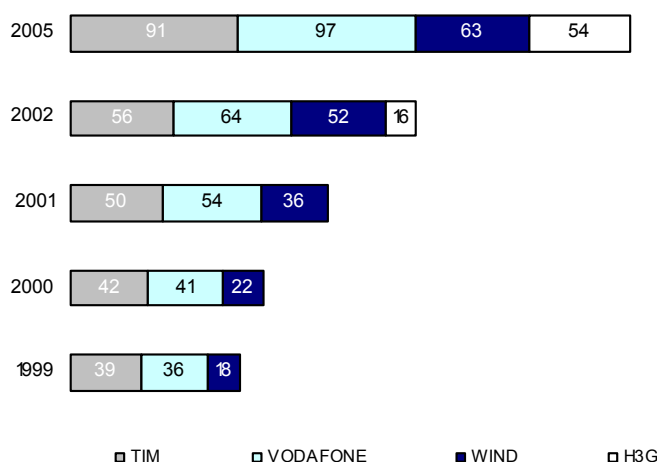


Negli ultimi anni si è verificato inoltre uno sviluppo vorticoso della telefonia mobile attribuibile all'entrata in servizio del nuovo sistema di comunicazione multimediale "Universal Mobile Telecommunications System" (UMTS): attualmente si contano in regione 3.158 impianti per telefonia mobile.

Gli impianti SRB sono distribuiti in modo più uniforme sul territorio per garantire la copertura del servizio, in relazione al numero di utenti e quindi alla densità di popolazione e per questo necessitano di potenze in ingresso inferiori.

Le antenne tradizionali sono generalmente poste sui tetti di edifici o pali/tralicci ad un'altezza dal suolo dai 15 ai 30 metri. Nel 2005 i gestori per il traffico pubblico sono quattro: TIM, Vodafone, Wind e Tre (H3G).

Numero di Impianti SRB per anno - Provincia di Forlì-Cesena (1999-2005)



L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera il problema dei possibili effetti dei campi elettromagnetici sulla salute umana una delle emergenze del prossimo futuro. L'Italia tenendo conto di una situazione di incertezza sui possibili effetti a lungo termine di queste esposizioni, ha scelto la strada della "prudent avoidance" (ridurre le emissioni per quanto possibile, pur garantendo la funzionalità del servizio).

In Emilia-Romagna l'installazione degli impianti è regolamentata dalla L. R. 30/2000 e successive modifiche che vieta nuove installazioni su alcune tipologie di edifici a particolare destinazione d'uso (scuole e ambienti sanitari) e, per i sistemi RTV, anche su edifici residenziali ed entro una fascia di rispetto di 300 metri dal perimetro dei centri abitati. Le Province devono dotarsi di un Piano di localizzazione dell'emittenza radiotelevisiva, nel rispetto dei valori di riferimento normativi.

Nel periodo 1998-2005, nella provincia di Forlì-Cesena, sono stati rilevati 10 superamenti dei valori di riferimento tutti a carico degli impianti RTV: in 4 impianti si sono già concluse le procedure di risanamento, in 4 i risanamenti sono programmati e in 2 sono in corso di verifica i superamenti.

BIBLIOGRAFIA

- Piano di gestione della qualità dell'aria della Provincia di Forlì-Cesena (2007) <http://www.provincia.fc.it/pianoaria>
- Annuario regionale dei dati ambientali. Arpa 2006. <http://www.arpa.emr.it>

5.2 Acque e alimenti

5.2.1 Acque potabili

Nel periodo 2004-2006 i dati relativi ai controlli sulle acque destinate al consumo umano confermano un buon livello delle caratteristiche qualitative delle acque distribuite dalle reti acquedottistiche: questo è derivato fondamentalmente da una selezione operata dagli Enti gestori sulle fonti di approvvigionamento e ad un miglioramento nella conduzione dei vari impianti. I dati mostrano un numero di irregolarità limitato: per quanto riguarda i parametri microbiologici, la percentuale annua dei campioni non conformi oscilla tra 2.5% e 4.5%. Queste irregolarità sono riconducibili a piccoli acquedotti localizzati in aree del territorio montano, serventi piccole comunità.

Per lo stesso periodo, le non conformità di natura chimica, sono praticamente nulle con qualche scostamento dai valori di parametro solo per elementi non dannosi per la salute (durezza, ferro, manganese).

Nonostante la grande riserva idrica, rappresentata dal bacino di Ridracoli, abbia permesso negli ultimi anni di limitare al minimo le ripercussioni sulla disponibilità di acqua idonea per il consumo umano, in tutte le sue accezioni e per tutto il territorio locale, si prospetta per il futuro in caso di periodi particolarmente siccitosi, il ricorso ad altre fonti integrative; infatti la riserva idrica rappresentata dai pozzi dell'Area cesenate e del Rubicone non sarà più sufficiente a garantire la distribuzione di acqua senza razionamenti o limitazioni d'uso in caso di scarsità di precipitazioni. Grande attenzione viene quindi rivolta alla valutazione di utilizzazione, per ora straordinaria, ma in futuro probabilmente ordinaria di acqua superficiale derivata dal Canale emiliano-romagnolo, adeguatamente trattata.

5.2.2 Sicurezza alimentare

Il Libro Bianco sulla sicurezza alimentare è stato la risposta della commissione europea ai cittadini/consumatori preoccupati e disorientati dopo le crisi alimentari che hanno afflitto il settore in questi ultimi anni. I principi contenuti nel Libro bianco sono stati tradotti in norme e strumenti applicativi precisi e chiari con il regolamento Ce n. 178/2002. L'obiettivo è quello di elevare il livello di tutela della salute umana e degli interessi dei consumatori, in relazione agli alimenti, disciplinando tutte le fasi della produzione (compresa quella primaria), della trasformazione e della distribuzione, non solo degli alimenti, ma anche dei mangimi. In estrema sintesi vengono individuati e responsabilizzati tutti gli attori della filiera alimentare, intesa nella sua accezione più ampia, definendo le procedure e gli elementi indispensabili nel campo della sicurezza alimentare.

In questo scenario che evolve rapidamente, il consumatore moderno chiede un'informazione chiara, corretta, e che gli alimenti forniscano garanzie di salubrità e sicurezza e quindi di qualità. Il legislatore europeo è venuto incontro alle esigenze di trasparenza richiesta da parte del consumatore, rispettandone la sensibilità igienico sanitaria e pretendendo che tutti i soggetti della filiera debbano essere cointeressati alla buona riuscita del mercato alimentare. Il regolamento 178/2002 traccia gli elementi essenziali di questa innovazione.

Il sistema pubblico si è adeguato a queste innovazioni cercando di far fronte alle esigenze dei nuovi regolamenti comunitari. In particolare i controlli vengono effettuati all'origine nelle aziende agro-zootecniche, negli stabilimenti di lavorazione, trasformazione, distribuzione degli alimenti e dei mangimi.

Un'altra importante novità in tema di sicurezza alimentare è legata alla legge regionale del 2003 (L. R. 11/2003) che detta nuove misure per la prevenzione delle malattie trasmissibili attraverso gli alimenti e abolisce il libretto di idoneità sanitaria.

In base a questa legge il personale addetto alla produzione, preparazione, manipolazione e vendita di alimenti non dovrà più sottoporsi alla visita annuale prevista per il rilascio o il rinnovo del "libretto di idoneità sanitaria" ma dovrà invece aumentare l'attenzione per il rispetto delle norme igieniche e comportamentali indispensabili a garantire la salubrità degli alimenti, tramite una specifica formazione che rappresenta lo strumento più efficace per raggiungere lo scopo.

Il libretto di idoneità sanitaria infatti non rappresenta uno strumento adeguato a prevenire la diffusione di malattie di origine alimentare. Il sistema di sorveglianza sulle tossinfezioni alimentari evidenzia che le cause delle tossinfezioni non sono quasi mai legate allo stato di salute degli operatori alimentari (chiamati in causa solo nello 0,6% dei casi), ma alle procedure di approvvigionamento, preparazione e conservazione dei cibi (ad esempio: scorretta temperatura nella conservazione, cottura inadeguata, contaminazione delle attrezzature usate, mancato rispetto delle norme di igiene). Di qui, la necessità di sostituire il libretto di idoneità sanitaria con la formazione e la conseguente informazione corretta.

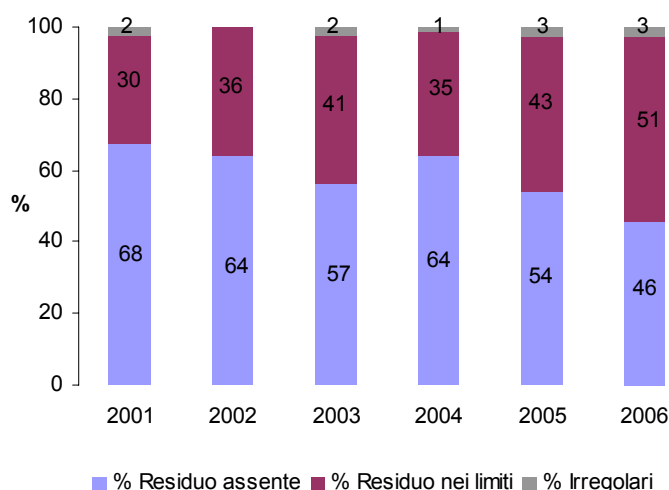
Nel periodo 2004-2007 sono stati effettuati all'interno del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Cesena 292 corsi di formazione per alimentaristi (di cui 134 nel 2007) che hanno coinvolto più di 10.000 persone.

Negli ultimi anni si è registrato un notevole decremento della tossinfezioni alimentari segnalate, sia in termini di episodi che di singoli casi, le cui motivazioni sono ancora da valutare compiutamente anche se si può ipotizzare che in questo abbia svolto un ruolo importante l'impegno del Servizio Veterinario al controllo delle Salmonelle negli allevamenti avicoli e le ordinanze regionali e comunali sul trattamento termico obbligatorio delle uova rispettivamente nei settori della ristorazione collettiva per ospiti a rischio e di quella tradizionale.

Ancora più rimarchevole è stato il raggiungimento del preciso obiettivo di salute di non registrare tossinfezioni alimentari da Salmonella nelle 62 strutture con ospiti particolarmente sensibili (ospedali, case di cura, asili nido, istituti per anziani) durante il quinquennio 2002-2006.

La presenza di un'intensa produzione primaria nel settore agricolo a livello locale, ha indotto il Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione a mantenere nel tempo una costante e numericamente significativa attività di campionamento di prodotti ortofrutticoli. Negli ultimi anni, tra i campioni effettuati, si è assistito alla registrazione d'irregolarità numericamente variabili, ma pur sempre al di sotto del 4%, a carico soprattutto di prodotti di provenienza estera.

Residui presenti in campioni ortofrutticoli
Comprensorio Cesenate (2001-2006)



Allevamenti e alimenti di origine animale

Nel Comprensorio Cesenate sono presenti circa 1.000 allevamenti. Le principali tipologie di allevamento sono di bovini (325 aziende), suini (303), ovini (268), caprini (56). Gli allevamenti sono concentrati prevalentemente del Distretto di Cesena-Savio in particolare nei Comuni di Bagno di R., Verghereto e Cesena. Nel Rubicone i Comuni con un maggior numero di aziende sono Sogliano al R. e Savignano sul R.

Complessivamente vengono allevati circa 69.000 capi di bestiame: il maggior numero di **bovini** è allevato a Bagno di R. (3.057 capi) e Verghereto (1.836 capi), mentre il maggior numero di **suini** a Mercato S. (18.900 capi) e Cesena (16.700 capi).

Numero di allevamenti per tipologia. Distribuzione per Comune e Distretto
Comprensorio Cesenate (2007)

Comune	Allevamenti			
	Bovini	Caprini	Ovini	Suini
Cesena	34	16	40	46
Montiano	4	1	4	2
Mercato S.	29	2	19	23
Sarsina	24	2	14	25
Bagno di Romagna	90	4	48	62
Verghereto	45	3	35	28
Distretto Cesena-Savio	226	28	160	186
Cesenatico	6	5	11	8
Savignano sul R.	15	2	14	25
Gambettola	2	1	1	7
Longiano	11	3	4	12
Gatteo	1	1	2	4
San Mauro P.	4	2	5	14
Roncofreddo	14	6	16	12
Sogliano al R.	35	3	39	28
Borghi	11	5	16	7
Distretto Rubicone	99	28	108	117
Comprensorio Cesenate	325	56	268	303

Per quanto riguarda la **produzione di tacchini e polli da carne**, molto consistente nel Comprensorio Cesenate, sono presenti 240 allevamenti (115 nel Distretto di Cesena e 125 nel Distretto Rubicone). Ogni anno vengono prodotti circa 60 milioni di capi in tutto il territorio.

Il **settore avicolo** costituisce una realtà produttiva di primaria importanza nel Comprensorio Cesenate e richiede un consistente impegno di personale dell'area veterinaria sia direttamente negli impianti presenti che nei settori dell'indotto e rappresenta in ambito nazionale un elemento di eccellenza dal momento che nel Comprensorio Cesenate si macella il numero di volatili più alto di tutto il territorio nazionale.

I macelli avicoli sono costituiti da una grande struttura a valenza internazionale che si occupa di macellazione e lavorazione di carni di pollo e tacchino e da due strutture di medie e da una di piccole dimensioni. Nel 2007 sono stati macellati 45 milioni di capi di pollame e 4 milioni di tacchini con un trend in netta ripresa dopo la crisi produttiva che aveva colpito il settore nel 2006 causata dall'emergenza legata all'influenza aviaria. Tutti i macelli avicoli sono affiancati da impianti di lavorazione e trasformazione delle carni ed in particolare è presente un impianto di prodotti a base di carne di rilevanza nazionale, impegnato in scambi in ambito comunitario ed export extracomunitario.

I **macelli di animali a carni rosse** sono distribuiti nei Comuni di S. Mauro P., Sogliano al R., Bagno di R. (S. Piero in B.), Sarsina e Mercato Saraceno (Località Piavola); il Macello di Bagno di R. è in possesso di riconoscimento comunitario mentre le altre sono strutture di macellazione, cosiddette "a capacità limitata" che, in ottemperanza alla normativa europea, sono state sottoposte nel corso del 2007 ad una verifica finalizzata all'adeguamento agli standard comunitari. Tutti gli impianti hanno manifestato la volontà di adeguarsi, impegnandosi con precisi interventi di ristrutturazione e/o migliorativi. L'impianto del Consorzio Intercomunale di San Mauro P. si distingue per essere autorizzato alla macellazione rituale islamica, mentre quello di Sogliano al R. per quella degli struzzi.

Nell'anno 2007 sono stati macellati 1.845 bovini, 102 equini, 2.489 suini, 1.245 ovi-caprini e 106 struzzi le cui carni sono poi commercializzate esclusivamente in ambito locale sia nella piccola che nella grande distribuzione.

Il **settore ittico**, ampio ed articolato, costituisce un comparto produttivo estremamente importante, sviluppato prevalentemente nel Comune di Cesenatico dove sono presenti:

- 1 mercato ittico all'ingrosso
- 21 Stabilimenti per lavorazione e/o deposito prodotti della pesca
- 4 Centri depurazione/Spedizione molluschi
- 5 allevamenti di mitili e 8 banchi naturali per la raccolta di vongole
- 98 pescherecci e 10 centri per pesca sportiva

Nel 2007 sono stati commercializzate e depositate complessivamente 33.000 tonnellate di prodotti della pesca. I controlli veterinari sono stati condotti negli stabilimenti del settore, con particolare attenzione all'adeguamento degli impianti e all'implementazione delle procedure di autocontrollo, soprattutto per migliorare il sistema di tracciabilità dei prodotti; molto attivo è il settore della molluschicoltura che richiede un costante controllo negli impianti di lavorazione e il monitoraggio dei banchi naturali e delle aree di allevamento. Nel 2007 si sono verificate positività significative per biotossine algali (di tipo enterotossico) in mitili, con conseguente adozione di provvedimenti di chiusura degli allevamenti in alcuni periodi dell'anno; questi episodi sono stati all'origine anche dell'attivazione di sistemi d'allerta nazionali per il ritiro del prodotto dalla commercializzazione.

I **depositi** frigoriferi comprendono 47 strutture di cui 9 riconosciute CE (Comunità Europea) per import-export. Negli ultimi anni queste attività si sono evolute, in seguito ad esigenze del mercato e alle modalità di commercializzazione dei prodotti; i depositi tradizionali si sono trasformati in piattaforme distributive dove le ditte, che introducono le loro merci (nazionali ed estere), assemblano i vari prodotti in base agli ordini e li distribuiscono al cliente finale (grande distribuzione, ristorazione, mense, dettaglianti) con movimentazioni molto rapide e soste brevi. Nel 2007 il Servizio veterinario ha effettuato circa 2.200 controlli in questo settore.

Il settore del **trattamento e della trasformazione del latte** è ampiamente rappresentato con una notevole varietà degli aspetti produttivi: nel Distretto Cesena-Savio sono presenti 1 stabilimento di trattamento termico del latte e 7 impianti di trasformazione del latte; nel Distretto del Rubicone sono localizzati 12 impianti di trasformazione (cui si sommano 12 strutture di stagionatura in fossa localizzate nei Comuni di Sogliano, Roncofreddo e Borghi).

Recentemente si è sviluppata una nuova modalità di commercializzazione del latte crudo attraverso distributori automatici collocati nel Comune di Cesena (n. 3), Cesenatico (n. 2), Savignano sul R.. (n. 1) e Gambettola (n. 1).

Alcune criticità riguardano i piccoli caseifici aziendali che in alcuni casi hanno evidenziato difficoltà gestionali nell'adeguarsi ai requisiti della normativa preservando i connotati tipici delle loro produzioni tradizionali.

Elemento di particolare interesse e vanto per il territorio risulta essere il formaggio di fossa che nel 2007 ha ottenuto la DOP (Denominazione di Origine Protetta) e ha varcato gli ambiti di commercializzazione locali e nazionali, divenendo prodotto oggetto di export .

Nel Comprensorio Cesenate la produzione di **ovoprodotti** e la raccolta e distribuzione di **uova** avviene in tre impianti di piccole dimensioni che operano esclusivamente nel settore imballaggio uova ed un grande stabilimento che si occupa di imballaggio uova e produzione di ovoprodotti di valenza nazionale.

Nel 2007 sono stati lavorati oltre 19.000 tonnellate di ovoprodotti ed imballate circa 390 milioni di uova.

Il controllo di questi stabilimenti nel corso del 2007 ha impegnato il servizio veterinario per un totale di 630 controlli ed oltre 70 campionamenti che riguardano verifiche microbiologiche rivolte anche alla ricerca della Salmonella come ultima fase di controlli di filiera dall'allevamento agli alimenti, a tutela della salute dei consumatori nei confronti di episodi di tossinfezioni alimentari.

5.3 Casa e salute

5.3.1 Il benessere comincia fra le mura domestiche

Nuovi criteri per la progettazione delle città

L'ambiente costruito può avere conseguenze dirette sulla salute (es. inquinamento da agenti chimici e fisici) o indirette influenzando abitudini e comportamenti delle persone (es. attività fisica, accessibilità ai servizi, socializzazione). Per questo le conoscenze attuali riconoscono un ruolo alla pianificazione urbanistica quale determinante di tutela e promozione della salute; in particolare è riconosciuta l'influenza di alcune soluzioni urbanistiche su:

- inquinamento atmosferico e sicurezza stradale (es. mobility management¹)
- promozione della socializzazione e dell'attività fisica (es. presenza ed accessibilità di aree di verde pubblico)
- accessibilità dei servizi di pubblica utilità (es. abbattimento di barriere architettoniche, trasporti pubblici, piste ciclabili, ecc)
- benessere dei cittadini (prevenzione del degrado urbano)

La progettazione della città deve quindi essere il frutto della traduzione architettonica dei bisogni di salute della popolazione, in particolare dei soggetti più vulnerabili (bambini, anziani, disabili e persone con basso livello socio-economico).

Il Piano Regionale per la Prevenzione (2005-2007) e alcuni Protocolli d'Intesa locali² pongono particolare attenzione all'ambiente costruito con l'intento di individuare ed armonizzare le buone pratiche esistenti in tema di contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale e di regolamentazione edilizia in materia di promozione dell'esercizio fisico, della socializzazione e dell'accessibilità, della prevenzione dell'incidentalità domestica e stradale. A livello locale questi principi sono stati tradotti in sede di approvazione dei progetti relativi ad aree di trasformazione residenziale e dei nuovi insediamenti produttivi.

5.3.2 Ambiente Casa

Nell'ultimo censimento (2001) risultavano nel Comprensorio Cesenate 87.517 abitazioni, di cui 70.569 occupate (81%), nella quasi totalità da residenti. Rispetto ai 69.902 alloggi occupati da residenti, il 76% risultavano alloggi di proprietà.

Disagio abitativo

Il disagio abitativo può essere definito come *"il complesso delle condizioni abitative che determinano forme di insoddisfazione nei nuclei familiari (Sunia 1999)"*; comunemente si analizzano tre dimensioni principali del disagio abitativo:

- stress economico derivante dal costo di accesso alla casa o dal suo mantenimento
- inadeguatezza dello spazio abitativo, per problemi di sovraffollamento
- inidoneità abitativa, risultante dal livello di dotazioni fondamentali dell'alloggio o dal degrado dell'edificio e dei locali.

¹ Il Mobility Management è uno strumento introdotto per intervenire sulla mobilità urbana, razionalizzando ed ottimizzando gli spostamenti sistematici nel tentativo di risolvere i problemi generati dal traffico, quali congestione, inquinamento e alta incidentalità stradale.

² "Protocollo d'intesa per la gestione del procedimento unico di cui alla L.R. n.31/2002 e per la semplificazione amministrativa nell'ambito dello sportello Unico per l'edilizia" e "Protocollo d'intesa per la gestione dei piani attuativi residenziali, polifunzionali e di recupero previsti all'interno del PRG 2000 del Comune di Cesena"

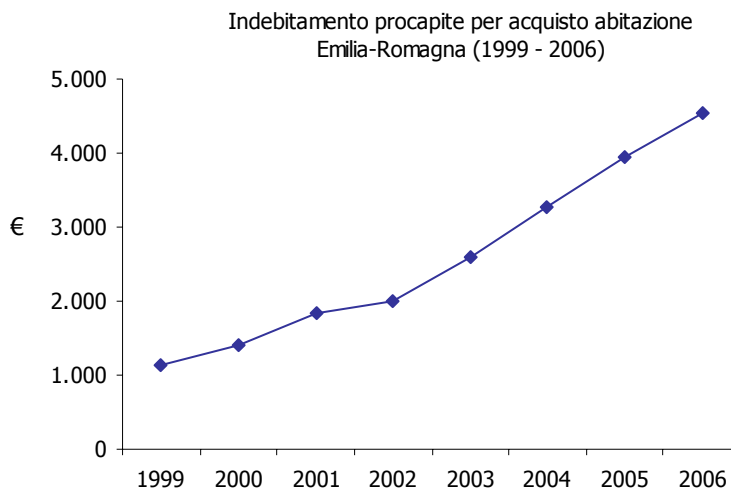
Le fasce di popolazione più esposte a forme di disagio abitativo sono quelle socialmente più fragili (es. lavoratori precari, anziani, immigrati, famiglie unipersonali o monogenitoriali).

Nel territorio locale una condizione di particolare importanza è la crescita della presenza di stranieri residenti negli ultimi sei anni (dal 2% del 2000 al 6% del 2006). Il progetto migratorio degli stranieri è ormai rivolto in prevalenza alla ricerca di stabilità, con un aumento delle famiglie presenti. Questo cambiamento demografico incide profondamente sui bisogni abitativi si passa infatti dalla ricerca di un posto letto, spesso in abitazioni condivise con altri stranieri, alla ricerca di un'abitazione per il nucleo familiare. Tra la popolazione immigrata emerge la tendenza ad insediarsi nei Comuni della cintura esterna ai centri urbani, sia per l'offerta di lavoro presso le imprese locali, sia per la possibilità di accedere ad alloggi a prezzi più contenuti rispetto alla città.

La domanda abitativa nel Comprensorio Cesenate è legata alla crescita elevata dei costi legati all'abitazione (in linea con l'andamento regionale e nazionale).

Nel 2006 in Emilia Romagna il 27% della spesa mensile viene destinata all'abitazione (mutuo, affitto, ecc.) pari a circa 750 euro mensili (Istat).

I dati del Rapporto ORSA 2006 della Banca d'Italia evidenziano un crescente indebitamento delle famiglie per l'acquisto della Casa, che nella provincia di Forlì Cesena risulta nel 57% dei casi per prima casa. Questa crescita del debito delle famiglie desta particolare preoccupazione circa la sua sostenibilità: le famiglie sono infatti diventate più sensibili ai movimenti dei tassi di interessi ed alle variazioni del reddito, specie se dovute alla perdita del lavoro. Il rapporto Nomisma sulla condizione abitativa del 2007 riporta un incremento del 7% rispetto al 2006 delle famiglie in ritardo con i pagamenti delle rate dei mutui.



Per quanto riguarda il mercato della locazione, gran parte degli analisti locali del settore evidenziano come dopo anni di costante incremento dei canoni ultimamente si stia registrando una situazione di sostanziale equilibrio.

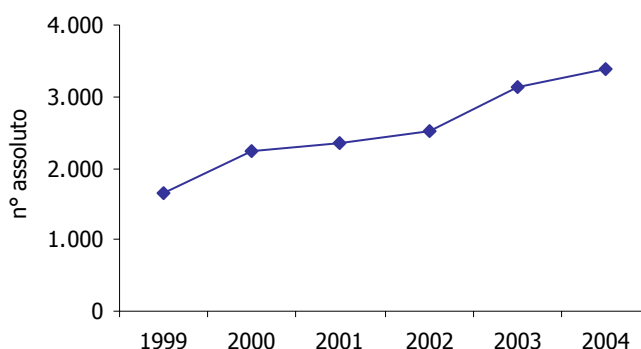
Andamento medio dei canoni liberi in Euro
Comune di Cesena (2005)

Canone di affitto	Fino a 45 mq	Da 45 a 60 mq	Da 60 a 80 mq	Oltre 80 mq
Minimo	400 €	475 €	525 €	590 €
Massimo	550 €	650 €	675 €	700 €

Fonte: Osservatorio Regionale Sistema Abitativo 2006

Il costante aumento delle richieste di sfratto per morosità testimonia comunque che il costo dell'affitto permane una voce di spesa spesso difficilmente sostenibile da parte delle famiglie.

N° richieste di sfratto per morosità.
Comune di Cesena (1999-2004)



Sostegno all'abitare

Servizi attivi nel Comprensorio Cesenate

Nel Comprensorio Cesenate sono attivi diversi servizi di sostegno all'abitare per singoli e famiglie che presentano vulnerabilità³ o disagio sociale.

Gli edifici di edilizia residenziale pubblica (ERP) sono assegnati a persone-famiglie in disagio socioeconomico in possesso di idonee caratteristiche⁴: le famiglie assegnatarie di alloggi ERP nel Comprensorio risultavano 1710 (2006): di queste il 59% erano famiglie composte da anziani, il 32% da cittadini italiani sotto i 65 anni e il 10% da immigrati.

³ Per vulnerabilità sociale connessa ai bisogni abitativi si intende la condizione per cui singoli individui o famiglie riversano una quota elevata delle proprie risorse economiche per sostenere i costi dell'abitazione, riducendo conseguentemente le possibilità di scelte "salutari" in altre sfere della vita personale o familiare quali l'alimentazione, il tempo libero, le cure mediche, l'istruzione e il lavoro.

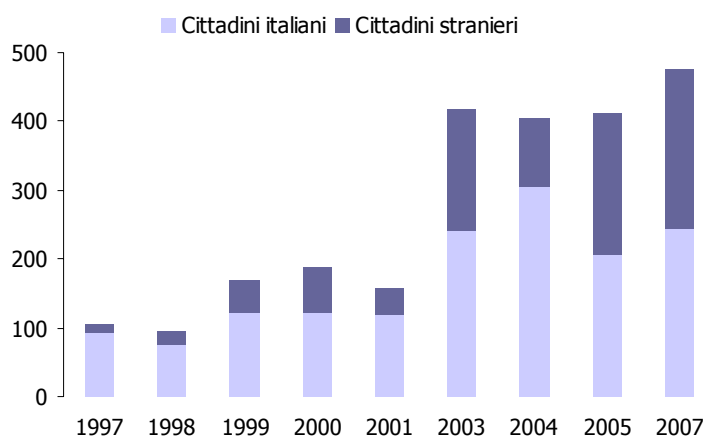
⁴ L.R. 24/2001 "Disciplina dell'intervento pubblico nel settore abitativo"

Alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica
Comrensorio Cesenate (ottobre 2007)

Comune	Occupati	Sfitti	Totale
Cesena	832	23	855
Montiano	37	10	47
Mercato S.	73	1	74
Sarsina	46	2	48
Bagno di R.	76	2	78
Verghereto	2	0	2
Distretto Cesena-Valle Savio	1.066	38	1.104
Cesenatico	180	4	184
Gambettola	69	2	71
Gatteo	49	3	52
Longiano	78	6	84
S.Mauro P.	52	2	54
Roncofreddo	34	1	35
Savignano sul R.	101	2	103
Borghi	37	2	39
Sogliano al R.	37	0	37
Distretto Rubicone	637	22	659
Comrensorio Cesenate	1.703	60	1.763

Il patrimonio abitativo pubblico del nostro Paese, per il mancato finanziamento nazionale dell'Edilizia Residenziale Pubblica e per gli incentivi all'acquisto di alloggi ERP da parte degli stessi beneficiari, è a livelli sempre più marginali soprattutto se paragonato ad altri paesi europei. Nel Comrensorio Cesenate è storicamente presente un numero di alloggi popolari inferiore rispetto al territorio forlivese (1.763 vs 2.661 alloggi).

Domande per alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica
Comune di Cesena (1997-2007)



A fronte di un patrimonio di edilizia pubblica così esiguo, le domande pervenute in questi anni agli uffici comunali sono incrementate in modo considerevole, con una capacità di risposta inferiore al 5% delle richieste e prevalentemente legata al turnover rispetto agli alloggi esistenti.

Allo stato attuale il ricorso all'edilizia popolare rappresenta sempre più una soluzione estrema in situazioni di grave disagio economico-sociale presente nel nostro territorio in numero comunque limitato. La maggior parte delle richieste inevase trovano un'adeguata soluzione anche attraverso un mercato della locazione più accessibile (contrattazione concertata) o la realizzazione di alloggi di edilizia sovvenzionata e di edilizia convenzionata da destinare alla locazione permanente a canoni moderati rispetto a quelli di mercato (meno 30-40%).

Per le persone in condizioni di disagio economico è inoltre possibile ricevere "contributi per l'affitto", finanziati ogni anno da risorse statali, regionali e comunali. Le richieste di questo contributo sono notevole aumento dal 2000: le risorse disponibili possono coprire meno della metà delle richieste.

Un altro interessante strumento per calmierare il mercato privato degli affitti è rappresentato dalla diffusione dei contratti concertati, che prevedono una riduzione del 15-25% del canone rispetto a quelli del mercato libero; alcuni Comuni hanno adottato politiche fiscali incentivanti per questa forma contrattuale ancora non molto utilizzata (Cesena e Cesenatico applicano l'ICI allo 0.05% agli edifici affittati con questo contratto).

Le famiglie in situazione di disagio economico possono inoltre richiedere contributi ai Comuni, erogabili per situazioni temporanee anche nella forma del "prestito sull'onore"; a tal proposito va segnalato come la sperimentazione della "tariffa sociale", realizzata a Cesena nel 2007 come contributo per il pagamento delle utenze nei casi di grave disagio economico non abbia dato risultati numericamente significativi.

Era una casa tanto carina... senza soffitto, senza cucina

Protocollo d'intesa per il miglioramento delle abitazioni malsane

Dall'ottobre 2005 alle forme tradizionali di sostegno all'abitare di tipo sociale ed economico si è affiancato il "Protocollo d'intesa per il miglioramento delle condizioni di igiene e sicurezza della casa" con l'obiettivo di migliorare la condizione abitativa delle fasce socialmente più deboli della popolazione e di prevenire i danni conseguenti alla quotidiana esposizione a fattori di rischio presenti negli ambienti domestici.

Il Protocollo d'Intesa, siglato tra il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), il Comune di Cesena e la Fondazione per lo sviluppo e la promozione dei contratti di locazione abitativi (Fondazione per l'Affitto)⁵, prevede il risanamento delle abitazioni insalubri attraverso il coinvolgimento attivo dei proprietari per giungere al recupero degli immobili in maniera condivisa e non coercitiva.

Ad oggi il protocollo è stato siglato dal Comune di Cesena (nel 2005) e dal Comune di Savignano su R. (2008) ma ha coinvolto, seppur attraverso iter meno codificati, tutti i Comuni del Comprensorio

Nel biennio 2005-2006 nel Comprensorio Cesenate sono stati effettuati 523 sopralluoghi di abitazioni (67% Distretto di Cesena-Savio e 33% Distretto Rubicone. In oltre il 60% il parere del Dipartimento di Sanità Pubblica è stato chiesto per obblighi istituzionali degli stranieri (carta di soggiorno, inserimento lavorativo, ricongiungimento familiare).

In 163 abitazioni (31%) si è avviata la procedura di risanamento: in 94 abitazioni (18%) sono emerse condizioni tali per cui la casa è stata dichiarata antigenica; altre 69 abitazioni (13%) presentavano altre condizioni di rischio per la salute per le quali si è ritenuto necessario avviare la procedura di recupero prevista dal protocollo.

⁵ Alla Fondazione per l'affitto partecipano il Comune di Cesena, la Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena, l'Associazione dei Costruttori edili, l'Associazione dei Piccoli Proprietari e la Diocesi di Cesena-Sarsina. Obiettivo della Fondazione per l'Affitto è quello di essere garante del rapporto tra proprietario ed inquilino e di contribuire, senza scopo di lucro, alla vitalità del mercato immobiliare venendo incontro alle esigenze di locatori e locatari.

Risultati principali del progetto di recupero delle abitazioni insalubri
Comprensorio Cesenate (dati al 30 giugno 2007)

	n°case valutate	n° case inserite nel progetto casa insalubre	n° case certificate antigeniche	n° proposte di ordinanza comunale	n° case risanate	n° case inabitabili
Cesena	325	98	47	3	30	2
Montiano	3	3	2	1	1	0
Mercato S.	11	3	1	0	0	0
Sarsina	4	3	2	0	0	0
Bagno di R.	10	3	2	0	0	0
Verghereto	0	0	0	0	0	0
Distretto Cesena- Savio	353	110	54	4	31	2
Cesenatico	42	22	16	4	6	2
Gambettola	10	7	3	0	2	0
Gatteo	1	0	0	0	0	0
San Mauro P.	4	3	0	0	1	0
Roncofreddo	2	1	1	1	0	0
Savignano sul R.	59	13	13	2	8	1
Borghi	1	0	1	0	0	0
Sogliano al R.	46	3	3	0	2	1
Longiano	5	4	3	0	1	0
Distretto Rubicone	170	53	40	7	20	4
TOTALE	523	163	94	11	51	6

Gli inconvenienti più frequentemente riscontrati nelle abitazioni sono di due tipi, strutturali (es. la sicurezza degli impianti, la presenza di sistemi adeguati di prevenzione del rischio di caduta nel vuoto) e gestionali (mancata ventilazione dei locali o l'abitudine a stendere i panni all'interno dell'abitazione con aumento di umidità per condensa e formazione di muffe); nel 75% dei casi le abitazioni presentavano inconvenienti multipli.

5.3.3 Incidenti domestici

L'infortunio di tipo domestico è un evento di tipo accidentale verificatosi in un ambiente domestico (abitazione e sue eventuali estensioni esterne) e comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di un individuo per le lesioni riportate (Istat).

In Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante e, nonostante la frammentarietà dei dati, mostra un andamento in crescita: da 2.1 milioni di persone coinvolte negli infortuni nel 1998 a circa 3 milioni nel 2005; in Emilia Romagna gli incidenti domestici hanno coinvolto 38.000 persone (Istat 2005).

In genere gli infortuni sono determinati da un'interazione complessa di fattori personali, ambientali e da circostanze concomitanti legate alle semplici attività quotidiane espletate. Le persone più esposte sono quelle che trascorrono più tempo in casa, disabili, persone con disagio socio-economico. Le categorie più a rischio sono pertanto bambini ed anziani, donne e persone di basso livello socioeconomico.

Nello Studio "PASSI 2006" il 19% delle persone intervistate in Emilia-Romagna di 18-69 anni ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'anno precedente, con una frequenza più elevata di infortuni tra le donne (23% vs 14%). Nel 93% dei casi è stata sufficiente una medicazione in casa e solo il 7% è ricorso al pronto soccorso senza, tuttavia, necessità di ricovero.

Per quanto riguarda la percezione del fenomeno, il 58% degli intervistati ritiene basso o assente il rischio di infortuni domestici; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne. Gli ambienti considerati più pericolosi sono la cucina (67%), seguita dal bagno (13%) e dalle scale (12%).

Solamente il 29% degli intervistati dichiara di aver ricevuto informazioni relative alla prevenzione degli infortuni in ambiente domestico. Le principali fonti di informazione sono state opuscoli (62%) e mass media (48%), in misura minore personale sanitario (9%) o tecnici (3%). Tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni, il 31% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Nell'interpretazione dei dati emersi dallo Studio PASSI è necessario considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini ed anziani) non sono compresi nella fascia di età campionata (18-69 anni) e quindi la stima degli incidenti può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

Per avere un quadro più specifico del fenomeno è utile ricorrere ai dati raccolti dal punto di rilevazione regionale sugli accessi al Pronto Soccorso per Incidenti domestici (SINIACA⁶) istituito presso l'Azienda Sanitaria di Forlì. Nel periodo 2003-2004 la distribuzione degli infortuni per età mostra sostanzialmente tre picchi: uno nell'infanzia (sotto i 6 anni), uno nei giovani-adulti (uomini di 30-39 anni) ed uno nelle età più avanzate (soprattutto nelle donne).

Le tipologie di incidente più frequenti sono state le cadute (47%), seguite da urti (22%) e ferite da taglio (11%), mentre le lesioni diagnosticate con maggior frequenza sono state contusioni (31%), ferite (25%) e fratture (22%).

Mediamente il 64% dei casi è tornato a casa, il 24% è stato inviato a visita specialistica, il 5% è stato ricoverato in reparto specialistico, l'1% in astanteria e solo lo 0,3% è stato trasferito ad altra struttura ospedaliera; nei due anni considerati sono state 27 le morti imputabili ad incidenti domestici, di queste 25 riguardavano soggetti di età superiore a 65 anni e 24 erano dovute a caduta.

I Piani Regionali per la Prevenzione hanno dedicato particolare attenzione all'individuazione di strategie mirate alla riduzione dell'incidentalità domestica in particolare per bambini e anziani.

⁶ Con la L.493/99 è stato istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità un sistema informativo di raccolta di dati sugli infortuni (Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione- SINIACA).

Per quanto riguarda il territorio locale, il "Protocollo d'intesa per il miglioramento delle condizioni di igiene e sicurezza della casa", è anche uno strumento di prevenzione strutturale degli infortuni domestici, agendo proprio sulle condizioni di pericolo presenti all'interno degli edifici e che predispongono ad eventi lesivi (pericolosità degli impianti elettrici o termici con rischio di intossicazioni da monossido di Carbonio-CO, rischio di caduta per altezza insufficiente di balconi o parapetti).

Nel 2005-2006 sono stati 20 i residenti nel Comprensorio Cesenate trattati per intossicazione da CO (nel 95% dei casi si è trattato di persone con cittadinanza straniera)

Per quanto riguarda i fattori comportamentali, si ricordano gli interventi informativi rivolti alle puerpere da parte delle assistenti sanitarie del Servizio Materno-Infantile durante le visite domiciliari successive al parto e gli specifici interventi rivolti ad anziani e famiglie nel corso del progetto per il recupero delle abitazioni malsane.

BIBLIOGRAFIA

- *Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe* Valent, F. et al. The Lancet, 2004. vol. 363
- <http://www.euro.who.int/healthy-cities/>
- *Global-age friendly cities: a guide* WHO (2007)
- *Piano Regionale della Prevenzione dell'Emilia Romagna* (2005)
- Rapporto Provinciale di Forli-Cesena. Osservatorio Regionale del Sistema abitativo. (2005)
- Rapporto Regionale 2006 Osservatorio Regionale del Sistema Abitativo www.regione.emilia-romagna.it
- *La casa: il rischio e l'esclusione*. Rapporto Irs sul disagio abitativo in Italia. Tosi A. (1994)
- *La casa degli immigrati: significati, diritti, problemi e prospettive nei territori della diffusione* Golinelli, M. Studi di emigrazione (2005)
- *I consumi delle famiglie*. ISTAT (2006-2007)
- *La condizione abitativa in Italia. Fattori di disagio e strategie di intervento* Rapporto NOMISMA (2007) www.nomisma.it
- L'immigrazione nella provincia di Forli-Cesena: presentazione in anteprima dei dati al 31.12.2006. Osservatorio provinciale sul welfare Forli-Cesena. www.delfo.forli-cesena.it/immigrati/amm/allegati/268_anteprima_dati.doc
- *Popolazione disagiata e interventi sulle popolazioni malsane a Verona*, De Noni L., Manservigi S., SNOP N.64, 2005, pp.29-31
- Review of evidence on housing and health. Fourth Ministerial conference on Environmental and Health. WHO.Budapest; 2004. <http://www.euro.who.int>;
- Protocollo di intesa per il miglioramento delle condizioni di disagio abitativo http://www.ausl-cesena.emr.it/LinkClick.aspx?link=Servizi%2fDSP%2fisp%2fP08_Disagio_abitativo_Cesena.PDF&tabid=333&mid=963
- Protocollo per il miglioramento delle condizioni di disagio abitativo. Analisi dei risultati periodo 2005-2006. Giugno 2007 DSP AUSL Cesena http://www.ausl-cesena.emr.it/LinkClick.aspx?link=Servizi%2fDSP%2fpromsalute%2fM07_Disagio+abitativo_0506rapporto.pdf&tabid=333&mid=963
- *La vita quotidiana nel 2005*. Indagine multiscopo sulle famiglie. "Aspetti della vita quotidiana" ISTAT (2005)

5.4 La mobilità

Negli ultimi anni in tutti i Paesi sviluppati si è verificata una continua crescita della domanda di trasporto di persone e merci rivolta in misura prevalente alla strada. Nel periodo 1999-2005 in Italia vi è stata una crescita del 26% delle autovetture e un raddoppio di autocarri e motocicli.

Nel 2006 in Emilia Romagna il numero di veicoli circolanti è pari a 3 milioni con un numero di veicoli per abitante residente pari a 0.83 (0.77 il valore nazionale)

Nella provincia di Forlì-Cesena il numero di veicoli è pari a 325.000 (+13% rispetto al 2000) di cui il 72% autovetture, il 13% autocarri e il 13% motoveicoli. Il numero di autovetture ogni mille abitanti è pari a 619 (615 Regione Emilia-Romagna e 596 Italia).

In base al rapporto nazionale Isfort (2007)¹ sono tre le principali dinamiche che caratterizzano la mobilità sul territorio nazionale:

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

Una recente indagine nazionale dell'Osservatorio AUDIMOB² (Isfort 2007) ha analizzato la percezione dei cittadini relativa ai problemi di traffico e inquinamento delle città: oltre il 43% degli intervistati ritiene che andrebbero potenziati i trasporti pubblici con maggiore offerta e frequenza; un 41% ritiene comunque importante avere incentivi per acquisto di mezzi ecologici e un 34% chiede una maggiore disponibilità di parcheggi. Solo il 30% degli intervistati ritiene che il modo più efficace per combattere congestione e smog è quello di realizzare nuove zone pedonali e piste ciclabili.

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

5.4.1 Ogni giorno la stessa strada

Gli spostamenti quotidiani

Nel 2005 gli spostamenti per recarsi nel luogo di studio o di lavoro hanno interessato più di 30 milioni di italiani (Istat). La mobilità ha caratteristiche differenti per le varie tipologie di popolazione: i lavoratori fanno maggior uso dei mezzi di trasporto (88%) e solo l'11% di essi si reca a lavoro a piedi, mentre gli studenti si spostano a piedi nel 26% dei casi.

In Emilia-Romagna gli studenti usano più frequentemente i mezzi di trasporto per recarsi a scuola (83% vs 73% in Italia) anche se è aumentata la quota di coloro che raggiungono il luogo di destinazione a piedi (17% nel 2005 vs 13% nel 2003); l'uso della bicicletta risulta più diffuso rispetto al dato nazionale (6% vs 2%).

Le persone residenti in regione si recano al lavoro utilizzando prevalentemente la propria autovettura (73%) e una quota superiore alla media nazionale utilizza la bicicletta (7% vs 3%); un 10% si reca al lavoro a piedi.

¹ "La domanda di mobilità degli individui" Rapporto congiunturale I semestre 2007 ISFORT

² "Le fermate AUDIMOB sulla mobilità" Isfort n.2 luglio 2007

Persone di 15 anni e più occupate, per eventuali mezzi di trasporto utilizzati per andare al lavoro per 100 persone della stessa età (2005)

	A piedi	Usa mezzi di trasporto	Auto come conducente	Auto come passeggero	Tram e bus	Pullman	bicicletta	Altro
Emilia-Romagna	10%	90%	73%	4%	3%	2%	7%	4%
Italia	11%	88%	70%	6%	5%	3%	3%	8%

Studenti fino a 34 anni per mezzo di trasporto utilizzato per andare a scuola per 100 persone della stessa età (2005)

	A piedi	Usa mezzi di trasporto	Auto come conducente	Auto come passeggero	Tram e bus	Pullman	bicicletta	Altro
Emilia-Romagna	17%	83%	5%	45%	15%	16%	6%	6%
Italia	27%	73%	5%	34%	14%	18%	2%	11%

5.4.2 Lasciarsi Trasportare

Il trasporto pubblico e il ruolo dell'Agenzia della Mobilità nella definizione delle strategie

Nel Comprensorio Cesenate l'Agenzia per la Mobilità ATR, di cui sono proprietari gli Enti Locali (Provincia di Forlì-Cesena e Comuni del territorio) si occupa di pianificare i servizi di mobilità collettiva in funzione degli obiettivi di sostenibilità economica ed ambientale indicati dalle linee guida europee ed italiane, stabiliti dalle leggi regionali sui trasporti concordati con gli Enti Locali. Questo ruolo di pianificazione pone l'Agenzia ATR al centro dei rapporti tra chi stabilisce le strategie di mobilità (Enti locali), chi usufruisce dei servizi (clienti) e chi le eroga (operatori).

Nel comprensorio locale dipendono dall'Agenzia ATR le reti urbane di Cesena e Cesenatico e la rete extraurbana del bacino provinciale; l'ATR gestisce inoltre la sosta regolamentata in 7 comuni della provincia, per un totale di 9.987 posti auto a pagamento di cui 2.312 presso il Comune di Cesena.

Nel 2006 i viaggi effettuati dai passeggeri delle linee urbane di Cesena sono stati più di 5 milioni con un incremento (+8% rispetto al 2005 e +18% rispetto al 2004); sono quasi 15.000 i passeggeri al giorno a bordo degli autobus in circolazione a Cesena con un aumento del 77% in termini di utilizzo della rete di trasporto rispetto al 1998.

Rispetto agli abbonamenti venduti nel servizio urbano di Cesena nel 2006 gli studenti abbonati rappresentano il 41% dei viaggi totali effettuati nell'anno (circa 2 milioni di viaggi/anno), i lavoratori abbonati il 9% (464.400 viaggi/anno), in continua crescita, gli abbonati over 60 il 27% (1.365.300 viaggi/anno). Gli invalidi e gli anziani con bassi redditi si confermano i grandi utilizzatori del servizio. Gli utenti occasionali rappresentano il 12% dei viaggi complessivi annuali.

L'opportunità di acquistare abbonamenti a tariffe agevolate per particolari categorie di clienti (studenti, lavoratori, pensionati e invalidi) ha favorito il trend in crescita rilevato in queste categorie.

Negli ultimi anni l'Agenzia ATR ha introdotto nella provincia di Forlì-Cesena il nuovo sistema tariffario a zone; la modifica della struttura tariffaria è il primo passo verso la realizzazione del progetto regionale STIMER (Sistema Tariffazione Integrato Mobilità Emilia Romagna) che, una volta completato, consentirà il viaggio in tutta la Regione con un unico titolo di viaggio e una tariffa integrata su tutti i mezzi di trasporto pubblico (su strada e in ferrovia) e con anche la possibilità di pagare con card elettronica ricaricabile.

L'Agenzia ATR promuove la mobilità sostenibile sia attraverso azioni per il miglioramento dell'offerta di trasporto collettivo, sia con azioni relative al rinnovo del parco veicolare con mezzi a ridotto impatto ambientale e a modalità di trasporto alternative. Viene infatti privilegiato l'impiego di mezzi, tecnologie e carburanti meno inquinanti (come ad esempio l'introduzione di nove autobus a metano nella linea suburbana Forlì-Cesena e l'installazione di filtri antiparticolato sugli autobus suburbani ed extraurbani).

A queste azioni si aggiunge l'impegno dell'Agenzia ATR per l'educazione ambientale, con la promozione progetto "Respira!", di educazione alla qualità dell'aria e alla mobilità sostenibile in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, le Amministrazioni Comunali di Forlì, Cesena, Cesenatico e Gambettola e attivo dall'anno scolastico 2005-2006.

"Respira!" (acronimo di "Responsabili per iniziative di risanamento dell'aria") si rivolge ad alcune scuole primarie e secondarie della provincia di Forlì-Cesena per innescare un sistema di partecipazione attiva da parte di tutti i cittadini (alunni, docenti, non docenti, famiglie) e creare un cambiamento concreto nella comunità locale. Nell'anno scolastico 2007-2008 il progetto si è arricchito nelle scuole primarie col progetto "Educhiamoci", promosso da ASSTRA (Associazione Aziende di Trasporto Pubblico), che la contribuisce alla diffusione alle scuole di materiali didattici (es. guide di approfondimento per docenti, cd-rom e giornalini a fumetti).

Nell'anno scolastico 2007-2008, inoltre l'Agenzia ATR si è impegnata ad integrare il progetto "Respira!" con il progetto pilota di ricerca-intervento "Ricerchiamoci sul Bus" per contrastare il fenomeno del vandalismo a bordo degli autobus ed aumentare la qualità del servizio offerto. Il progetto non vuole limitarsi alla semplice dissuasione e repressione degli atti vandalici a bordo dei mezzi pubblici, ma indagarne le motivazioni profonde e definire proposte per prevenire e contrastare il fenomeno con la partecipazione attiva degli utenti del servizio.

BIBLIOGRAFIA

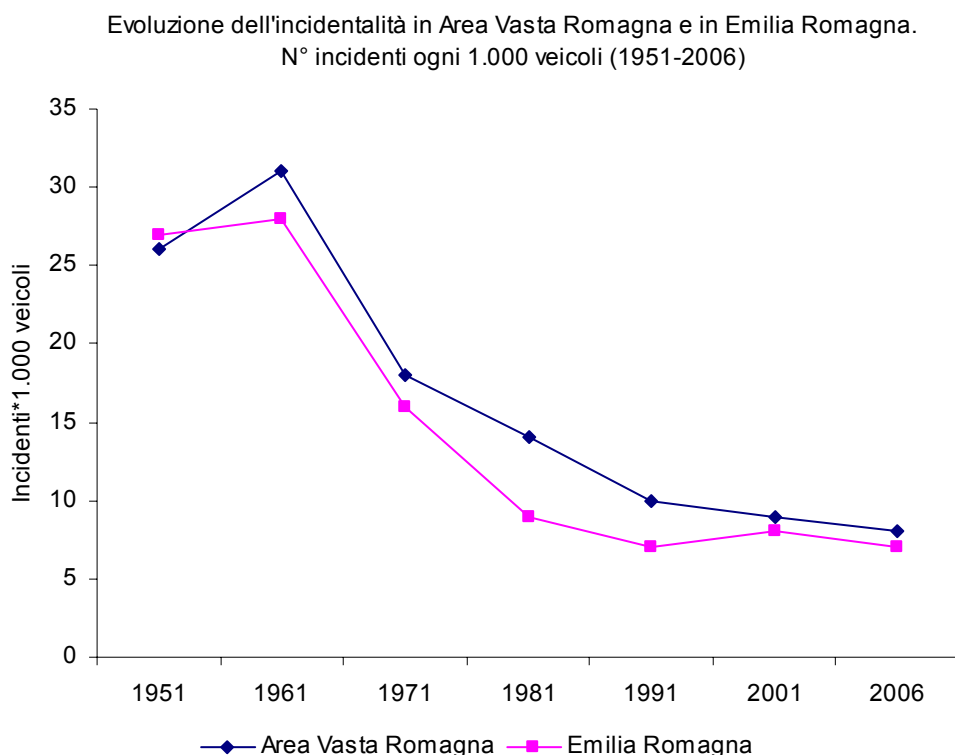
- *Conto nazionale delle Infrastrutture e dei trasporti 2005* Ministero delle Infrastrutture e Ministero dei trasporti
- Banca Dati UNIONCAMERE Regione E.R. <http://www.rer.camcom.it/>
- *La domanda di mobilità degli individui* Rapporto congiunturale I semestre 2007 Isfort
- *Le fermate AUDIMOB sulla mobilità* Isfort n.2 (2007)
- *La vita quotidiana nel 2005. Indagine multiscopo sulle famiglie. "Aspetti della vita quotidiana"* (2005)

5.5 Troppo sangue sulle strade

Gli incidenti stradali sul territorio

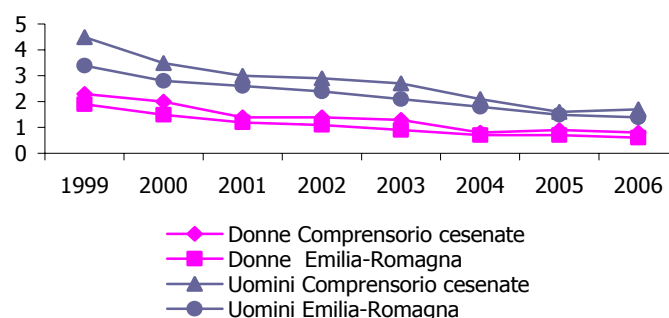
In Italia si verificano oltre 600 incidenti stradali al giorno, con una media di circa 900 feriti e 16 morti. Nel 2004 la stima dei costi sociali degli incidenti stradali è risultata pari a 33.706 milioni di euro (circa il 2.5% del PIL). Gli incidenti stradali sono la prima causa di morte nei giovani di 15-35 anni: queste morti premature, oltre a rappresentare un'indubbia tragedia sotto il profilo umano, determinano costi particolarmente elevati per la società, in termini di perdita di produttività, trattamenti sanitari e assistenza necessaria per le invalidità riportate. L'Istat stima un danno sociale per abitante pari a 288 euro in Italia, che sale a 431 euro in Emilia Romagna.

Nel 2006 in Emilia Romagna si sono verificati 23.950 incidenti stradali, in aumento dopo la diminuzione degli ultimi 4 anni. Nella provincia di Forlì-Cesena si sono registrati 2.236 incidenti stradali; anche sul territorio provinciale dopo la diminuzione del numero di sinistri registrata dal 2002 si evidenzia un aumento. Gli incidenti mortali rappresentano circa il 2% del totale, in linea col dato italiano e regionale.



Nel periodo 1999-2006 nei residenti nel territorio cesenate si sono registrati in media 231 **ricoveri per incidente stradale** all'anno; nel 2006 si sono avuti 1.3 ricoverati per 1.000 abitanti. L'andamento dei ricoveri in marcata diminuzione può verosimilmente essere ricondotto al rafforzamento della normativa di controllo negli ultimi anni e agli interventi locali attuati a strutturale e informativo.

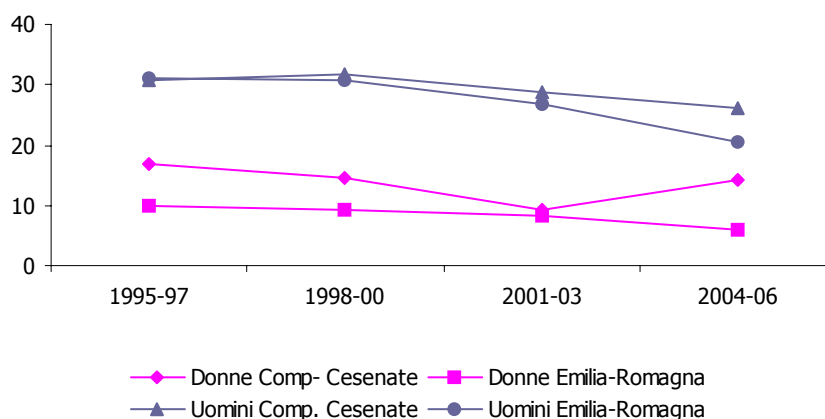
Tassi standardizzati di ospedalizzazione
per 1.000 abitanti - Incidenti stradali (1999-2006)



I ricoveri sono più frequenti nelle classi di età 14-24 anni e oltre i 70; nella classe d'età 18-24 anni i ricoveri sono più frequenti nel fine settimana. Gli uomini sono maggiormente coinvolti con un rapporto di 2 a 1.

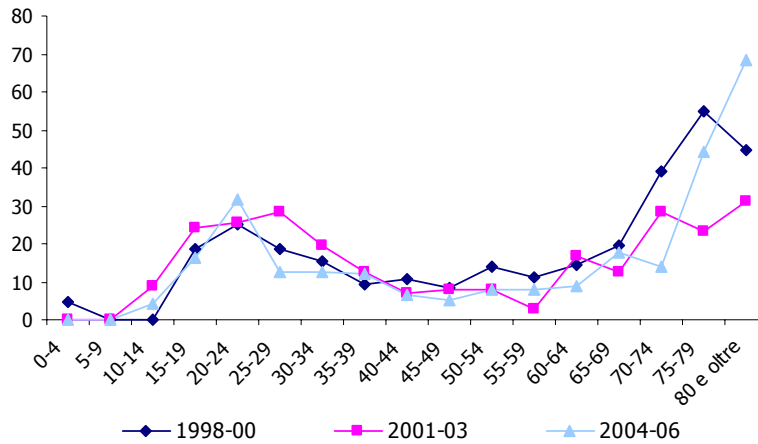
Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di **mortalità evitabile**, con una perdita in media di ben 30 anni di vita per ogni decesso. La mortalità mostra una tendenza alla diminuzione dal 1995 al 2001 e si è stabilizzata negli ultimi trienni.

Incidenti stradali
Tassi standardizzati di mortalità per 100.000 abitanti Emilia-Romagna e
Comprensorio Cesenate per triennio (1995 - 2006)



Durante il periodo 2004-2006 si sono verificati in media 29 decessi all'anno da incidente stradale. La percentuale di decessi più elevata è stata riscontrata nelle classi di età 15-34 anni e sopra ai 65 anni; i casi mortali coinvolgono di più gli uomini rispetto alle donne (rapporto di 2 a 1).

Mortalità per incidenti stradali
Tassi per età (x 100.000 abitanti) per triennio
Comprensorio Cesenate (1998-2006)



Valutazione dell’impatto determinato dalle innovazioni normative

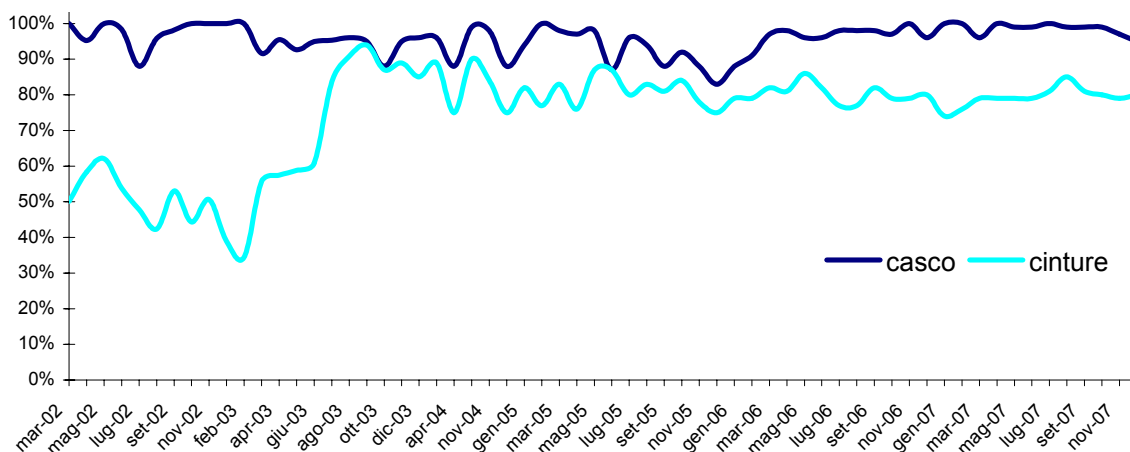
Un’analisi effettuata prima e dopo l’introduzione della legge sull’obbligo del casco (marzo 2000), ha permesso di rilevare una diminuzione significativa (60%) del rischio di morire per trauma cranico da incidente stradale nei motociclisti residenti in Romagna.

Dopo l’introduzione della legge sulla patente a punti (luglio 2003) si è registrata anche una significativa diminuzione del rischio di morire per tutte le categorie di utenti della strada (20%) e per i soli automobilisti (70%).

Utilizzo di casco e cinture

Lo scarso uso dei dispositivi di sicurezza è uno dei fattori più frequenti nel determinare la gravità e le conseguenze degli incidenti stradali. Le rilevazioni condotte a Cesena nell’ambito del sistema di Sorveglianza nazionale Ulisse mostrano una prevalenza d’uso per il casco vicina al 100% e all’80% per le cinture anteriori. Questi valori sono stati confermati dallo studio PASSI, dal quale emerge anche un utilizzo ancora poco diffuso della cintura posteriore (23%).

% Utilizzo corretto del casco e delle cinture anteriori. Comune di Cesena (2002-2007)



L'uso dei dispositivi di sicurezza per i bambini costituisce un intervento tanto efficace quanto trascurato.

Nell'ambito del progetto di educazione alla salute sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza in auto, l'Ausl di Cesena ha condotto nel 2007 un'osservazione pre-intervento su 4 asili nido (497 osservazioni) e su 3 materne (126 osservazioni), rilevando un utilizzo non corretto dei dispositivi di sicurezza pari rispettivamente al 40% e al 65%.

La sicurezza stradale rappresenta un obiettivo di salute prioritario nel Comprensorio Cesenate e da diversi anni le Amministrazioni locali, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria, stanno promuovendo una serie di iniziative finalizzate a ridurre il fenomeno dell'incidentalità stradale.

Alcuni Protocolli d'Intesa locali¹ pongono particolare attenzione al tema della sicurezza stradale in relazione agli strumenti di pianificazione territoriale e di regolamentazione edilizia e prevedono alcuni principi che vengono poi tradotti in sede di approvazione dei progetti relativi ad aree di trasformazione residenziale (es. prevedere percorsi ciclopodali in sicurezza verso le scuole dell'obbligo).

Tra le iniziative nell'area dell'educazione alla sicurezza stradale si ricordano:

il progetto "**Percorsi Casa-Scuola Sicuri**" realizzato nel Comune di Cesena: i bambini si ritrovano in diversi punti cittadini e insieme la scuola accompagnati dal nonno vigile, cercando così di rispondere al loro bisogno di autonomia e alla necessità di muoversi con sufficiente sicurezza nella città

il progetto "**Vivere al massimo, rischiando il minimo**" rivolto agli studenti delle classi terze delle scuole secondarie inferiori e delle classi prime delle scuole secondarie superiori; ai ragazzi in questa fascia d'età che possono seguire i corsi per il conseguimento del patentino, viene proposto un percorso di cinque attivazioni al fine di renderli consapevoli dell'importanza del comportamento umano nel determinare un incidente stradale e delle possibili conseguenze negative degli incidenti stradali

il progetto sperimentale "**Allacciali alla vita**" attivato dall'anno scolastico 2006-2007 e mirato alla sicurezza del bambino in auto, attraverso l'incremento dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza in auto per bambini sotto ai 6 anni. Il progetto prevede incontri di educazione e sensibilizzazione sull'argomento, rivolti ai genitori dei bambini di asili nido e scuole per l'infanzia del Comprensorio Cesenate. Vengono inoltre effettuate davanti agli asili coinvolte nel progetto rilevazioni dell'utilizzo effettivo del dispositivo di sicurezza, prima e dopo l'intervento educativo con fine di valutare l'efficacia dell'intervento.

BIBLIOGRAFIA

- PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Azienda Sanitaria di Cesena. Indagine 2005.
<http://www.ausl-cesena.emr.it/Azienda/Sanit%C3%A0Pubblica/EpidemiologiaeComunicazione/Studiepidemiologici>
- Il sistema Ulisse per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia
http://www.iss.it/binary/publ/cont/1123-3117_2006_I_06_39.1169476725.pdf
- Incidenti Stradali Anno 2006. Istat 2007
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20071211_00/

¹ "Protocollo d'intesa per la gestione del procedimento unico di cui alla L. R. n. 31/2002 e per la semplificazione amministrativa nell'ambito dello sportello Unico per l'edilizia" e "Protocollo d'intesa per la gestione dei piani attuativi residenziali, polifunzionali e di recupero previsti all'interno del PRG 2000 del Comune di Cesena"

5.6 Infortuni sul lavoro

Lavorare da morire. La provincia di Forlì – Cesena ha l'indice di infortuni più alti in Regione. Ma, per fortuna, la tendenza è in calo

Nel 2006 sul territorio nazionale sono stati denunciati circa 900.000 infortuni sul lavoro, un dato che conferma la gravità del problema¹.

Un elemento incoraggiante è rappresentato dalla flessione rispetto all'anno precedente (-1.3%), resa ancora più significativo dal fatto che il numero degli occupati è cresciuto nello stesso periodo del 1.9%; il calo è risultato più consistente in Agricoltura (-5.2%) e sostenuto anche nell'Industria (-2.2%). Al contrario mostrano un trend in crescita gli infortuni in itinere, ovvero avvenuti nel tragitto "casa-lavoro", passati complessivamente da circa 89.000 nel 2005 a 91.000 nel 2006 (+1.8%).

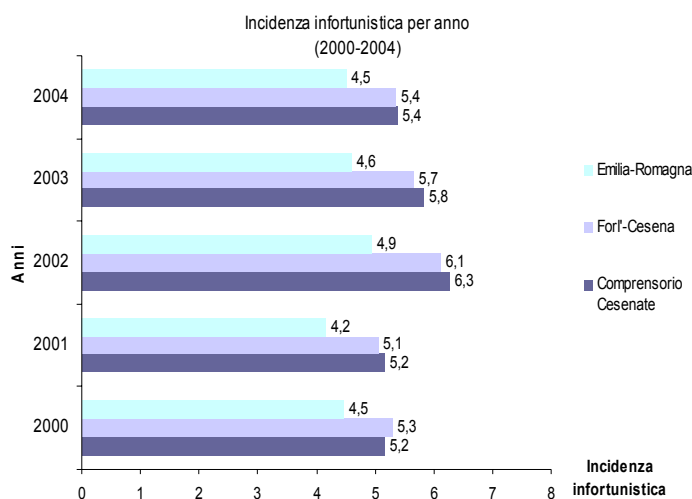
A fronte della flessione generale del numero degli infortuni denunciati, spiccano i dati in controtendenza dei lavoratori atipici ed extracomunitari, con un +19% per i primi e +3.7% nei secondi. In quest'ultima categoria di lavoratori bisogna peraltro considerare che è aumentata anche la quota dei lavoratori extra-UE assicurati all'INAIL e ciò si è riflesso in termini di infortuni denunciati (il 12.5% degli infortuni ha coinvolto lavoratori extracomunitari).

Il dato più preoccupante è quello delle "morti bianche", tornate a crescere del 2.2% nel 2006 (+ 28 morti), in contrasto col trend in diminuzione del precedente quinquennio; circa il 50% delle morti sul lavoro è causata da incidenti stradali avvenuti durante l'attività lavorativa o "in itinere".

Nel triennio 2002-2004² la Regione Emilia-Romagna si conferma al 3° posto in Italia sia per frequenza di infortuni complessivi (4.2 casi ogni 100 addetti) sia per quella degli infortuni che si risolvono con inabilità temporanea (4 casi ogni 100 addetti). Nel periodo 2005-2006 i morti sul lavoro sono stati 225.

La provincia di Forlì-Cesena detiene il primato dell'indice infortunistico a livello regionale (5.4 ogni 100 addetti vs 4.5) anche se il trend complessivo ed i casi mortali appaiono in calo: 4 infortuni mortali nel 2004 nell'intera provincia rispetto ai 14 dell'anno precedente.

L'incidenza infortunistica nel Comprensorio cesenate è sovrapponibile al valore medio provinciale (5.4); i casi mortali sono stati complessivamente 31 con una media di circa 4 casi per anno.



¹ Rapporto annuale INAIL 2006

² Viene analizzato solo il triennio 2002-2004 in quanto gli infortuni avvenuti nel biennio 2005-2006 sono ancora in corso di "definizione" da parte dell'Inail

Infortunati definiti totali – escluso comparto Agricoltura (2002-2004)

	2002			2003			2004		
	Addetti	Eventi	Incidenza Infortunistica*	Addetti	Eventi	Incidenza Infortunistica*	Addetti	Eventi	Incidenza Infortunistica *
AUSL Cesena	62.283	3.906	6.3	64.392	3.759	5.8	65.747	3.530	5.4
Provincia FC	127.993	7.831	6.1	131.397	7.429	5.7	134.454	7.198	5.4
Regione EMR	1.510.193	74.537	4.9	1.552.214	71.255	4.6	1.559.523	70.476	4.5

(*) Numero di eventi/numero di addetti*100

Fonte: Inail

Inabilità temporanee conseguente ad infortunio sul lavoro (2002-2006)

	2002	2003	2004	2005	2006
AUSL Cesena	3.723	3.602	3.356	3.299*	n.d.
Provincia FC	7.512	7.145	6.891	7.005	6.736
Regione EMR	71.671	68.250	67.356	71.837	71.463

Fonte: Inail

* dato provvisorio in via di "definizione" da parte dell'Inail

Inabilità permanenti conseguente ad infortunio sul lavoro (2002-2006)

	2002	2003	2004	2005	2006
AUSL Cesena	179	151	173	110*	n.d.
Provincia FC	310	270	303	312	309
Regione EMR	2.739	2.892	3.023	3.496	3.431

Fonte: Inail

* dato provvisorio in via di "definizione" da parte dell'Inail

Decessi conseguenti ad infortunio sul lavoro (2002-2006)

	2002	2003	2004	2005	2006
AUSL Cesena	4	6	1	4*	n.d.
Provincia FC	9	14	4	8	9
Regione EMR	127	113	97	120	105

Fonte: Inail

* dato provvisorio in via di "definizione" da parte dell'Inail

Per comprendere la dimensione qualitativa e quantitativa del "problema infortuni" a livello locale è necessario conoscere tessuto produttivo e determinanti socio-economici di un territorio in continua evoluzione. La Provincia di Forlì-Cesena presenta a livello regionale uno dei tassi di occupazione più alti; settori importanti come l'agricoltura e il turistico-alberghiero sono caratterizzati da un lavoro stagionale, ambito privilegiato per la manodopera femminile e straniera.

Le Aziende locali hanno mediamente 2.4 addetti e presentano una spiccata vocazione all'impresa individuale. Il lavoro individuale e quello parasubordinato presentano un rischio infortunistico maggiore, come avviene -ad esempio- nella cantieristica edile con il fenomeno del sub-appalto e del lavoro sommerso.

Anche il ricorso alla manodopera extracomunitaria, in crescita a livello locale in ambiti produttivi più a rischio (filiera avicola, agricoltura, metalmeccanica), pone concreti problemi di sicurezza sul lavoro, legati al precario rapporto di lavoro in genere stagionale e alla difficoltà a garantire adeguata formazione.

Nel 2005 si sono registrati nei comparti industria e artigianato 3.413 infortuni, di cui 598 stranieri (18% del totale).

Nel comparto agricoltura gli infortuni hanno coinvolto 1.007 lavoratori, di cui 135 stranieri (13% del totale). La crescita della proporzione di infortuni denunciati in lavoratori stranieri nel triennio considerato è in parte correlata all'aumento della quota dei lavoratori extra-UE assicurati all'INAIL.

Infortunati in lavoratori stranieri con contratto di lavoro "tipico"
Comprendorio Cesenate (2002 -2004)

	Comparto industria e artigianato			Comparto agricoltura		
	N° Totale infortuni	Infortuni a stranieri	% infortuni stranieri	N° Totale infortuni	Infortuni a stranieri	% infortuni stranieri
2002	3.906	528	13%	1.369	192	14%
2003	3.759	597	16%	1.223	157	13%
2004	3.530	596	16%	1.078	155	14%
2005*	3.413	598	18%	1.007	135	13%

* dato provvisorio in via di "definizione" da parte dell'Inail

L'analisi dei dati del Comprendorio cesenate relativa ai comparti con più alti indici infortunistici mostra che:

- per i lavoratori del comparto legno l'incidenza infortunistica dopo un calo (4.9 nel 2003), sembra di nuovo in crescita (6.6 nel 2004); il dato del 2005 (ancora provvisorio) mostra nuovamente una flessione (4.2). Il dato incoraggiante è che dal 2000 non si registrano casi mortali e gli esiti permanenti sono circa il 5% del totale in linea con il dato regionale (4%).

Infortunati definiti Comparto Legno e conseguenze Comprendorio Cesenate (2002-2005)

Comparto legno						
	N° Addetti	N° Eventi	Incidenza Infortunistica	Inabilità temporanea	Inabilità permanente	Morti
2002	1.058	61	5.8	54	7	0
2003	1.112	55	4.9	51	4	0
2004	1.151	76	6.6	72	4	0
2005*	1.151	49	4.2	47	2	0

* dato provvisorio in via di "definizione" da parte dell'Inail

- l'incidenza infortunistica nel comparto metalmeccanico è abbastanza stabile nel triennio considerato (intorno al 7%). L'ultimo caso mortale è avvenuto nel 2002; la percentuale di esiti permanenti supera abbondantemente il dato medio regionale (7% vs 4% del 2004).
- L'analisi dei dati dei registri infortuni delle singole ditte del settore metalmeccanico, mostra che circa il 30% degli infortuni in questo ambito è di tipo "non grave" (prognosi di 4-5 giorni, spesso per presenza di corpi estranei oculari), risolvibile con azioni preventive di tipo formativo-educativo mirate.
- Fra le lavorazioni metalmeccaniche, le carpenterie hanno un forte peso nel determinare l'indice d'incidenza infortunistico; in questo ambito lavorativo gli extracomunitari presentano un rischio relativo di infortunio più alto rispetto agli italiani addetti alle stesse lavorazioni.

Infortunati definiti Comparto Metalmeccanico e conseguenze. Comprendorio Cesenate (2002-2005)

Comparto metalmeccanico						
	N° Addetti	N° Eventi	Incidenza Infortunistica	Inabilità temporanea	Inabilità permanente	Morti
2002	4.596	312	6.8	294	17	1
2003	4.828	369	7.6	360	9	0
2004	4.601	350	7.6	325	25	0
2005*	4.601	376	8.1	363	13	0

* dato provvisorio in via di "definizione" da parte dell'Inail

- nel settore costruzioni (da sempre settore sensibile per numero complessivo di infortuni e soprattutto per la gravità delle conseguenze) si registra un calo da 8.2 infortuni ogni 100 addetti nel 2000 a 7.4 nel 2005, con un unico dato in controtendenza nel 2003 (8.3). Nel periodo 2002-2005 si sono registrati 2 casi mortali.

Infortuni definiti Comparto Edilizia e conseguenze. Comprensorio Cesenate (2002-2005)

Comparto edilizia						
	Addetti	Eventi	Incidenza Infortunistica	Inabilità temporanea	Inabilità permanente	Morti
2002	7.713	604	7.8	573	30	1
2003	8.145	673	8.3	635	38	0
2004	8.393	601	7.2	561	40	0
2005*	8.393	629	7.4	596	32	1

* dato provvisorio in via di "definizione" da parte dell'Inail

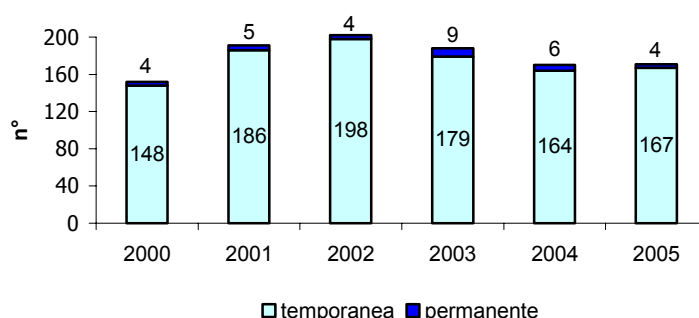
Nel 2006 è stato siglato un protocollo per la sicurezza dei lavoratori nei cantieri edili fra Comune di Cesena, Azienda sanitaria, sindacati, associazioni di categoria, Inail e Direzione Provinciale del Lavoro che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro per affrontare le principali problematiche relative alla tutela degli occupati in edilizia.

Il lavoro condotto da uno di questi gruppi ha portato alla modifica del regolamento comunale di igiene; un altro gruppo ha definito un protocollo per la formazione dei lavoratori neo-assunti e stranieri da occuparsi in edilizia. Questo protocollo sarà prossimamente siglato con il contributo delle parti sociali ed imprenditoriali, delle scuole edili, delle Aziende Sanitarie di Forlì e Cesena e avrà il patrocinio della Provincia di Forlì-Cesena.

Il settore Agro-alimentare

La provincia di Forlì-Cesena è uno dei poli agro-alimentari più importanti in regione per la presenza di industrie di grande rilevanza nel comparto avicolo e nell'ortofrutticoltura, con un numero considerevole di addetti impegnati. L'esame degli infortuni relativi al periodo 2000-2005 (quest'ultimo anno ancora provvisorio) mostra un aumento in numeri assoluti fino al 2002, seguito da un calo nell'ultimo triennio considerato.

Conseguenze infortuni nel comparto Agroalimentare
(n° inabilità temporanee e permanenti)
Comprensorio Cesenate (2000-2005)



L'allevamento avicolo rappresenta una realtà produttiva particolarmente sviluppata nel Comprensorio Cesenate: dopo l'Azienda Sanitaria di Cesena, la 2° Azienda per numero di addetti occupati appartiene alla filiera avicola. In questo ambito occupazionale si sono pertanto condotte numerose azioni di controllo delle varie fasi del processo produttivo.

In particolare nel 2007 si è condotta una complessa azione di controllo, assistenza ed informazione per i lavoratori addetti alla macellazione avicola conseguente alla denuncia da parte dei lavoratori di "malesseri" verosimilmente correlati alla contaminazione gassosa dei locali della produzione. Le verifiche successive hanno evidenziato un obsoleto sistema fognario, immediatamente scollegato dai locali e reso adeguato al sistema produttivo, grazie ad interventi strutturali prescritti da parte del Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro dell'Azienda Sanitaria di Cesena.

Si è costituito un tavolo permanente per la gestione delle diverse problematiche ambientali e sanitarie per la tutela dei lavoratori con il coinvolgimento di direzione aziendale, sindacati, rappresentanti dei lavoratori per la Sicurezza, Responsabili dei servizi di prevenzione e protezione e medico competente; sono state condivise la comunicazione sistematica delle scelte operative strutturali e degli interventi effettuati. La particolare organizzazione del lavoro e la manodopera con basso livello di specializzazione rappresentano una prima criticità rilevata, sulla quale programmare azioni specifiche. Complessivamente sono stati effettuati 43 sopralluoghi e 30 incontri.

Infortuni "su strada"

Nel Comprensorio Cesenate gli infortuni sul lavoro che avvengono sulla strada hanno un peso crescente nel quadro complessivo degli infortuni: nel biennio 2004-2005³ si sono registrati complessivamente circa 1.200 infortuni stradali, dei quali circa l'80% avviene "in itinere" (percorso casa-lavoro).

Gli infortuni "in itinere" hanno rappresentato il 12% del totale degli infortuni e hanno determinato un'invalidità permanente nel 7% dei casi (90 persone) e 4 casi mortali.

BIBLIOGRAFIA

- *Il fenomeno infortunistico nel rapporto annuale 2006*. Inail
http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Rapporti/Rapporto_annuale/Rapporto_Annuale_2006/index.jsp

³ Solo dal 2004 i dati sugli infortuni stradali (sia quelli "in orario di lavoro" che quelli "in itinere") vengono regolarmente registrati dall'INAIL in quanto è stato inserito il campo apposito nel database

Materiale didattico ad uso interno, non in vendita