



Conferenza Territoriale
Sociale e Sanitaria



Profilo di Comunità

(Comuni del Territorio Cesenate)

marzo 2005

A cura di:

Elizabeth Bakken¹

Nicoletta Bertozzi¹

Massimo Lodovici²

Matteo Gaggi²

Mauro Palazzi¹

Francesca Righi¹

Patrizia Vitali¹

Vittorio Severi²

Alessandro Strada²

Servizio Epidemiologia e Comunicazione – Azienda USL di Cesena

² *Ufficio Piani Sociali di Zona*

Hanno collaborato:

Giampiero Battistini, Federica Bianchi, Giovanni Esposito, Sabrina Guidi, Francesca Pandolfini, Paolo Ugolini

Si ringraziano:

Arcadia Amaducci, Flores Arlotti, Maria Grazia Battistini, Manuela Baraghini, Pier Luigi Bartoli, Nadia Bertaggia, Davide Bianchi, Gian Carlo Biasini, Barbara Bondi, Antonella Brunelli, Rabih Chattat, Francesco Ciotti, Massimo Farneti, Daniela Fellini, Marinella Franceschini, Alessia Furini, Mara Gallinucci, Franca Magnani, Franco Mazzini, Andrea Naldi, Linda Pazzi, Roberto Quadalti, Lucia Regini, Elmo Ricci, Daniela Rossetti, Luigi Salizzato, Silvio Sanmartino, Andrea Siroli, Carlo Sozzi, Patrizia Spazzoli, Angélique Usanas, Bruna Zani, Claudio Bissi.

Arpa di Forlì-Cesena, Provincia di Forlì-Cesena, Comunità Montana dell'Appennino Cesenate, i Comuni del territorio Cesenate, in particolare gli Uffici Anagrafe e Servizi Sociali, il Centro per le Famiglie del Circondario di Cesena, lo Spazio Donna di Cesena, il Centro Donna di Cesena, il Centro Risorse Anziani di Cesena, l'Osservatorio Giovani del Circondario di Cesena, le Associazione di volontariato e del non profit del territorio, l'ASS.I.PRO.V.

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 Piani sociali di zona del comprensorio Cesenate

tel. 0547.356829

e.mail est_strada_a@comune.cesena.fc.it

Indice

Presentazione	5
Introduzione	7
1. Il contesto locale	
1.1. Le condizioni socio-economiche	9
1.2 Il capitale sociale del territorio.....	15
2. I bisogni e le risorse della comunità	
2.1. La famiglia e i bambini.....	17
2.2. Giovani e adolescenti.....	28
2.3. Le persone disabili.....	34
2.4. Gli anziani.....	39
2.5. L'immigrazione.....	48
3. Qualità di vita percepita e stili di vita	
3.1. <i>"Se mi sento bene, sto bene"</i> Lo stato di salute e qualità di vita percepita nel cesenate	56
3.2. <i>"Pigri e golosi? Così non va"</i> I fattori di rischio più diffusi.....	58
4. Indicatori sanitari	
4.1. La mortalità evitabile.....	62
4.2. <i>"La cartella clinica del cesenate"</i> Le malattie principali nei 15 Comuni del comprensorio	64
4.3 L'utilizzo dei farmaci.....	71
4.4. Dipendenze patologiche.....	73
4.5 <i>"Troppo sangue sulle strade"</i> Gli incidenti stradali nel territorio cesenate.....	76
4.6. Sicurezza sul lavoro	78
5. Le caratteristiche ambientali.	
5.1. Le caratteristiche ambientali.....	83
5.2. <i>"Un fiume d'auto sulle strade"</i> Caratteristiche del traffico e della mobilità.....	88
Bibliografia	92

Presentazione

Segni particolari di un territorio

Progettare le politiche sociali e sanitarie significa in primo luogo occuparsi del benessere delle nostre comunità: di servizi ma anche di rapporti fra le persone; di contrasto dell'emarginazione ma anche di relazioni positive; di reti coordinate di servizi e progetti, ma anche di valorizzazione delle risorse autonome della comunità.

Per farlo è indispensabile avviare un processo di coinvolgimento e partecipazione dei diversi attori sociali dalla nostra comunità che operano nei diversi settori.

La progettazione partecipata, incoraggiata dalla legislazione nazionale e regionale in materia di politiche sociali e sanitarie, ha trovato nei nostri Comuni un terreno fertile e già dissodato e si è particolarmente sviluppato nell'ambito dei Piani sociali di zona e dei Piani per la salute sottoscritti da tutti i Comuni nel 2002 .

I processi di elaborazione, gestione e verifica di questi due Piani, hanno quindi coinvolto rappresentanti degli Enti locali, operatori sociali e sanitari, esponenti del terzo settore, della cooperazione sociale e del sindacato, gruppi informali e testimoni significativi su tutto il territorio dei quindici Comuni.

L'idea di realizzare un percorso condiviso di progettazione partecipata dei Piani di zona e dei Piani per la salute, mossa dall'obiettivo di consolidare e sviluppare sinergie e risorse e da una visione di salute che concerne la qualità della vita nel suo insieme, è stata "naturale" fin dall'inizio nel nostro territorio e si è consolidata nel tempo, ancora prima che venisse esplicitata da precisi indirizzi regionali e confermata da un coerente atto di indirizzo della Conferenza territoriale sociale e sanitaria cesenate.

Questo profilo ne rappresenta un concreto esempio, la nostra comunità viene letta e analizzata attraverso più punti di vista e indicatori.

L'analisi qui presentata sui bisogni e le risorse del territorio cesenate, intende offrire uno scenario di fondo (non necessariamente statico e unanimemente condiviso) su cui innestare il confronto con tutti gli attori coinvolti nell'analisi e nella programmazione.

È una carta d'identità, aperta a contributi ed integrazioni, ma dalla quale emergono alcuni segni particolari. Fra questi, oltre a problemi e bisogni ai quali dare risposta, si evidenzia un patrimonio di esperienze e di risorse proprie della nostra comunità, quali l'associazionismo, il volontariato, la capacità di tenuta dei legami familiari e vicinali, che possono assicurare un buon terreno di partenza per la promozione del benessere della nostra popolazione.

Il Presidente
della Conferenza territoriale sociale e sanitaria
Giordano Conti

Introduzione

La programmazione degli interventi rivolti alla comunità prevede una lettura attenta delle sue risorse e dei suoi bisogni; il modo in cui questa lettura viene condotta può anche condizionare il risultato finale: gli interessi, la cultura e le capacità di approfondimento di chi guarda possono infatti mettere in risalto alcune cose e trascurarne altre.

In questo profilo si è cercato pertanto (non senza fatica, ma con soddisfazione) di unire più punti di vista e culture per offrire una visione della nostra comunità maggiormente completa, che ci auguriamo possa essere utile agli Amministratori, agli Operatori Socio sanitari e a tutti coloro che operano nella nostra comunità.

Per rendere più agevole l'approccio si è pensato di rappresentare il profilo in una forma sintetica, aggiungendo una serie di allegati utili per eventuali approfondimenti. Come si può notare dalla mole dei documenti allegati e dalla bibliografia, la nostra realtà territoriale è ricca di risorse informative che richiedono una, non facile, sistematizzazione per diventare fruibili.

I dati sui quali si è lavorato derivano da diverse fonti: flussi correnti (anagrafe, schede di morte, schede di dimissione ospedaliera, ...), dati di attività dei Servizi e ricerche realizzate ad hoc nella nostra comunità. Sono state anche raccolte le opinioni e le conoscenze di operatori dei Servizi pubblici e del privato sociale, del volontariato e di cittadini attraverso indagini telefoniche ed interviste.

Nei capitoli che compongono il profilo sono presentate le aree di criticità e di bisogno rilevate e le risorse che il nostro territorio offre (come ad es. il capitale sociale) per rispondere a questi bisogni. Si è pensato di raccogliere, dopo un primo capitolo di contesto, bisogni e risorse di alcuni gruppi di popolazione che meritano una specifica attenzione da parte degli operatori e dei programmatori.

Come si può notare tra le risorse non si sono volutamente inseriti dati e informazioni sui Servizi che sono in essere per rispondere ai bisogni, in quanto si è ritenuto che appesantissero troppo il documento.

Il nostro auspicio è che questo profilo possa rappresentare uno strumento per la riflessione e l'approfondimento della ricerca sui bisogni: a tal fine prevediamo di presentarlo e di discuterlo con gli amministratori e i rappresentanti del sociale organizzato che operano nella nostra comunità. Dalla ricchezza di questo confronto ci auguriamo possano scaturire ulteriori informazioni per arricchirlo ed idee e proposte di intervento utili per gli strumenti di programmazione.

1. Il contesto locale

1.1 Le condizioni socio-economiche

1.1.1 Carta d'identità del territorio

Quindici Comuni tra gli Appennini e il mare

Il Comprensorio cesenate si sviluppa su 15 comuni dislocati su un territorio di 1.117 kmq; sotto il profilo amministrativo comprende due Distretti sanitari (Cesena-Savio e Costa-Rubicone) e una Comunità montana (Comuni di Verghereto, Bagno di Romagna, Mercato Saraceno, Sarsina, Sogliano al Rubicone, Borghi e Roncofreddo).

Si tratta di un territorio abbastanza eterogeneo con Comuni diversi sotto il profilo morfologico e socio-economico.

Complessivamente sul territorio vivono circa 191.000 abitanti e il solo Comune di Cesena, con i suoi quasi 93.000 cittadini, rappresenta circa il 50% della popolazione residente. Cesenatico supera i 22.000 abitanti, Savignano sul Rubicone i 15.000, San Mauro Pascoli di poco i 10.000, mentre tutti gli altri restano al di sotto di questa quota.

La densità demografica varia in maniera significativa sul territorio (dai 17 abitanti per kmq di Verghereto a 1.242 per kmq di

Gambettola) in relazione all'altimetria, alle opportunità di sviluppo e alla distanza dai centri principali ed incide in maniera importante nell'organizzazione dei servizi.

Mentre la superficie complessiva è suddivisa in maniera equilibrata fra le tre aree altimetriche, la popolazione residente si concentra per oltre l'85% nei comuni di pianura.

1.1.2 La popolazione cresce fra la via Emilia e l'Adriatico

Le crescite più consistenti nel polo del Rubicone e nelle aree urbane

La forza d'attrazione dell'area urbana e costiera e del polo della via Emilia, in atto in particolare dagli anni '70, non ha ancora cessato i suoi effetti, come mostra l'andamento demografico degli ultimi vent'anni. Fra il 1981 e il 2003 i Comuni che hanno visto la più consistente crescita di popolazione sono quelli della zona del Rubicone (San Mauro Pascoli +40%, Longiano +32%, Gatteo +30%, Savignano sul Rubicone + 26%), a fronte di una flessione delle aree

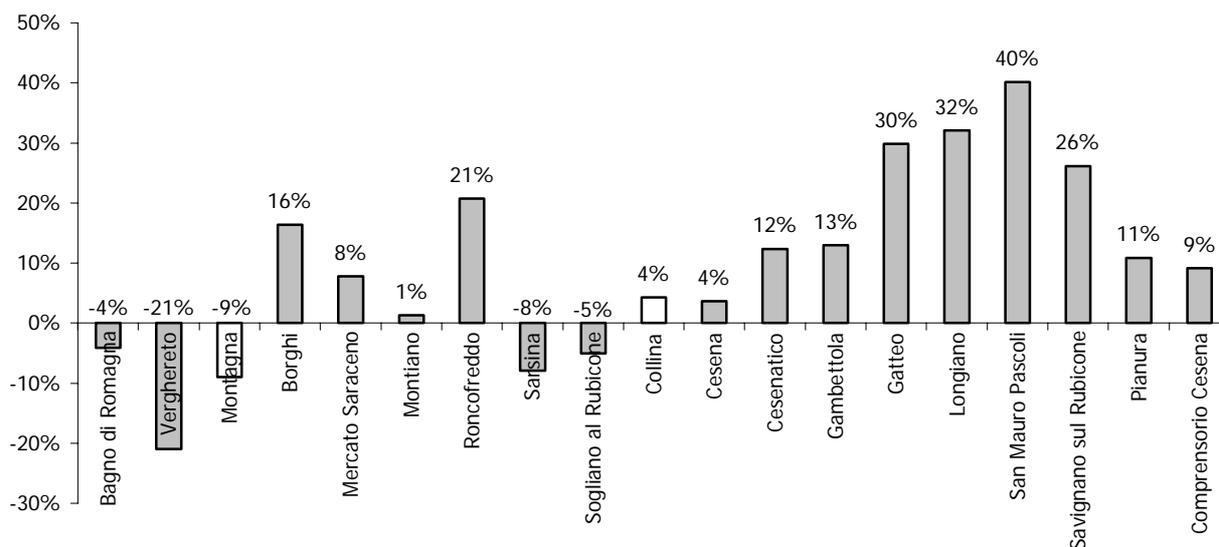
Popolazione residente al 31 dicembre 2003 e territorio

Comune	Residenti	%	Superfici e (Kmq)	Abitanti/Kmq
Bagno di Romagna	6.089	3,2%	233,4	26,1
Verghereto	2.017	1,1%	117,7	17,1
Montagna	8.106	4,2%	351,1	23,1
Borghi	2.155	1,1%	30,1	71,6
Mercato Saraceno	6.331	3,3%	99,8	63,5
Montiano	1.588	0,8%	9,3	170,8
Roncofreddo	2.973	1,6%	51,7	57,5
Sarsina	3.748	0,0	100,9	37,2
Sogliano al Rubicone	2.962	1,6%	93,4	31,7
Collina	19.757	10,3%	385,1	51,3
Cesena	92.714	48,5%	249,3	371,9
Cesenatico	22.592	11,8%	45,1	500,6
Gambettola	9.655	5,1%	7,8	1.242,6
Gatteo	7.051	3,7%	14,2	498,3
Longiano	5.847	3,1%	23,6	247,7
San Mauro Pascoli	10.070	5,3%	17,3	580,7
Savignano sul Rubicone	15.491	8,1%	23,2	668,6
Pianura	163.420	85,4%	380,5	429,5
Comprensorio	191.283	100%	1.117	171,3
Cesena				

Fonte: Statistica self-service. Regione Emilia Romagna

altimetricamente più alte e più disagiate nei collegamenti con la pianura (Verghereto -20%, Sogliano al Rubicone -5%, Sarsina -8%, Bagno di Romagna -4%). La crescita di comuni della prima fascia collinare (Mercato Saraceno, Roncofreddo, Borghi) conferma queste tendenze all'espansione delle zone più vicine alla pianura.

Popolazione residente nei comuni cesenati: variazione percentuale 1981-2003



1.1.3 Come stiamo cambiando

Una terra con più anziani, più stranieri, famiglie più piccole

Le linee di sviluppo sopra delineate sono state accompagnate da importanti cambiamenti nella struttura demografica della popolazione, seguendo tendenze comuni all'area regionale e al contesto nazionale ed europeo. I principali processi in atto sono: l'invecchiamento della popolazione, la contrazione della natalità e del numero di componenti per nucleo familiare e l'immigrazione. Si tratta di fenomeni che hanno coinvolto l'intero territorio cesenate, sia pure in entità diversa nelle varie aree:

- l'invecchiamento della popolazione (una persona su cinque ha oggi più di 65 anni, una su dieci ha superato i 75) è più sensibile nei comuni di montagna;
- l'immigrazione straniera (che oggi sfiora mediamente il 5% della popolazione residente) è superiore in quelle zone dove maggiore è la richiesta di manodopera non qualificata, quindi nella fascia di pianura e della prima collina;
- la contrazione del numero di componenti delle famiglie e il crollo della natalità (quest'ultima in leggera controtendenza negli ultimi anni) sono invece fenomeni abbastanza omogenei sul territorio e investono il tema delle responsabilità familiari e della capacità della famiglia di fronteggiare con risorse proprie (di autoaiuto e solidarietà intergenerazionale) difficoltà temporanee o permanenti dei propri membri.

1.1.4 Piccolo è bello?

Alla base del tessuto economico ancora le piccole – medie imprese, che hanno fatto crescere il territorio. Ma non mancano fattori di debolezza

La struttura economica cesenate è fondata sul sistema delle piccole-medie imprese. Sul territorio provinciale sono attive circa 40.000 imprese: una ogni nove abitanti. Il 61% è costituito da ditte individuali, un terzo da imprese artigiane; il 93% delle aziende ha meno di 10 addetti; la dimensione media delle imprese è di 3,9 addetti (media europea = 6). All'interno di questo contesto, i processi di deindustrializzazione si stanno sviluppando molto più lentamente rispetto ad altre economie, anche più avanzate. Ciò contribuisce alla relativa stabilità economica e sociale del nostro modello di sviluppo.

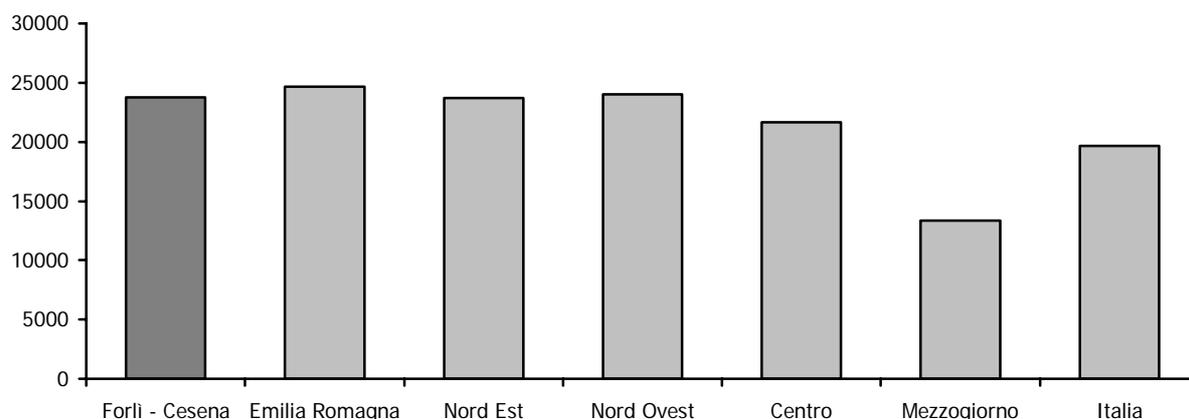
- Il *Rapporto sull'economia della provincia di Forlì-Cesena 2003*, della Camera di Commercio, evidenzia infatti una buona tenuta del nostro sistema imprenditoriale, nonostante il prolungarsi della fase negativa del ciclo economico.
- A fine 2003 nel registro provinciale delle imprese risultavano iscritte 44.377 imprese, con un tasso di sviluppo dell'1,1%: il più alto degli ultimi cinque anni (nell'arco del 2003 le imprese che hanno cessato l'attività sono state 2.493 contro le 2.970 nuove iscrizioni con un saldo attivo di 477 imprese).
- Il Prodotto interno lordo (PIL) della provincia di Forlì-Cesena nel 2002 è stato di 8.940 milioni di euro (con un aumento del 6,6% rispetto l'anno precedente), pari a 23.776 euro pro-capite: una cifra nettamente superiore al livello nazionale di 19.676 euro, ma ancora inferiore al livello regionale di 24.690 euro.



L'immagine complessiva scaturita dall'analisi di questi dati conferma il buon livello di reddito e la stabilità di un contesto socio-economico positivo, anche se non mancano fattori di debolezza e di rischio sulla tenuta complessiva del sistema e della relativa sicurezza sociale. Fra i principali indichiamo:

- 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;
- l'accresciuta flessibilità del mondo del lavoro, con un elevato utilizzo di contratti a tempo determinato o di forme di accesso al lavoro in precedenza considerate atipiche;
- l'erosione del potere d'acquisto delle famiglie.

Confronto PIL pro-capite Provincia di Forlì-Cesena, Regione Emilia Romagna, Nord Est, Nord Ovest, Centro, e Mezzogiorno, anno 2002



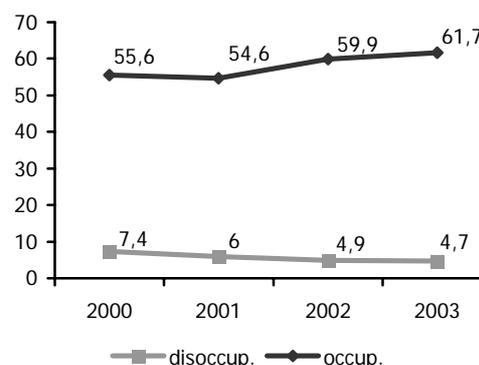
1.1.6 Un lavoro per tutti (o quasi)

Il tasso di disoccupazione è fra i più bassi d'Italia, ma la richiesta di scarsa specializzazione si scontra con il livello di scolarizzazione

Nonostante il contesto economico generale sia stato contraddistinto da forti incertezze, il 2003 nella provincia di Forlì-Cesena è stato caratterizzato da un andamento positivo del mercato del lavoro. Secondo i dati Istat, a fronte di una forza lavoro pari a 175.000 unità, gli occupati sono stati mediamente 169.000 e le persone in cerca di occupazione 5.000.

- Il tasso di disoccupazione complessivo si è attestato intorno al 3,1%: un valore considerato fisiologico, in linea con quello regionale (3,1%) e decisamente inferiore a quello nazionale (8,7%).
- Il tasso di occupazione¹ del 69,9%, in linea con quello regionale (68,3%), risulta superiore a quello nazionale (56%) ed è tra i più elevati delle province italiane.
- Per quanto riguarda il lavoro al femminile, si conferma la tendenza positiva degli ultimi anni: il tasso di occupazione è passato dal 55,6% del 2000 al 61,7% del 2003, mentre fra il 1999 e il 2002 le donne occupate dipendenti sono aumentate del 21%; il tasso di disoccupazione risulta in diminuzione e nel 2003 si è attestato al 4,7% (Antares-Serinar, Rapporto 2002).
- La diffusione di forme contrattuali atipiche e flessibili, come i contratti part-time, hanno favorito negli ultimi anni l'incremento dell'accesso al lavoro da parte delle donne. In particolare sono appannaggio del sesso femminile il 90% dei contratti part-time, che nel

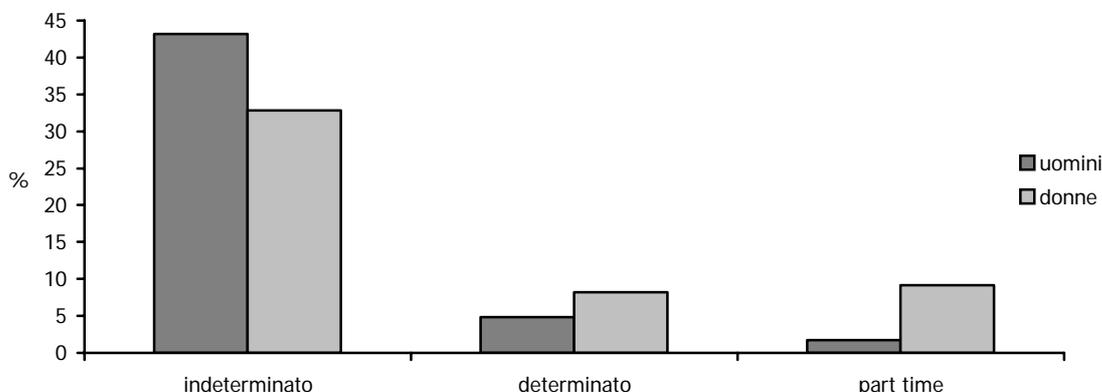
Andamento disoccupazione e occupazione femminile dal 2000 al 2003 nella provincia FC



¹ Tasso di disoccupazione = Occupati/popolazione 15-64 anni.

2002 interessavano l'11% dei lavoratori dipendenti e rappresentavano il 67% dei contratti a tempo determinato.

Confronto tipologia contrattuale uomini/donne, nella provincia di Forlì - Cesena, anno 2002



Uno studio recente su Cesena sottolinea, tuttavia, la persistenza di tempi di lavoro industriali pur in assenza della grande fabbrica, con conseguenti difficoltà nella gestione delle esigenze della famiglia e dei compiti genitoriali (Zurla P., 2000).

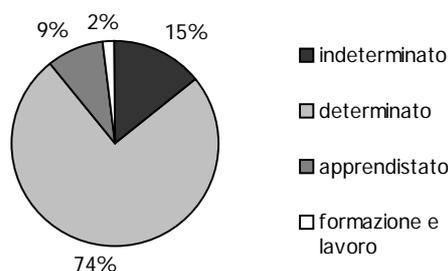
Inoltre i contratti atipici e flessibili, utili per far coincidere i tempi di lavoro con i tempi da dedicare alla famiglia, comportano inevitabili ripercussioni sui redditi familiari e sulla sicurezza delle famiglie.

I dati 2003 del Centro per l'Impiego provinciale registrano 40.937 avviamenti al lavoro con contratto a tempo determinato, pari al 74% degli avviamenti al lavoro complessivi (76% a Cesena, 66% a Savignano); la presenza del lavoro a tempo determinato, così diffusa, è in gran parte anche motivata dall'elevata incidenza occupazionale di settori fortemente legati alla stagionalità, come l'agricoltura e il turismo.

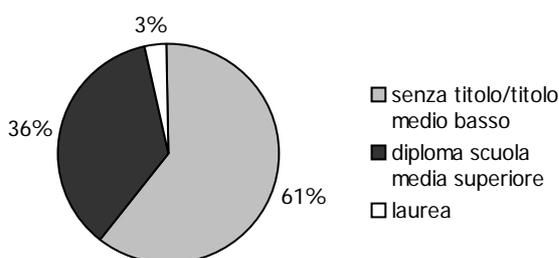
I lavoratori con almeno un contratto di collaborazione coordinata e continuativa registrati all'Inps al luglio 2003 sono, infatti, 15.563: quasi il 10% degli occupati della provincia.

Altra caratteristica fondamentale del mercato del lavoro nel nostro territorio è l'alta richiesta di lavoratori non qualificati. Si tratta di una tendenza in leggera flessione pur rimanendo significativa, che, paradossalmente, va a scontrarsi con l'alto tasso di scolarizzazione dei giovani, le loro aspettative e quelle delle loro famiglie.

Percentuale tipologia contrattuale avviamenti al lavoro nella Provincia di Forlì-Cesena, anno 2003 (Fonte C.I.P. Forlì - Cesena)



Distribuzione campione avviati 2000 - 2002 per titolo di studio (Fonte C.I.P. Forlì - Cesena)



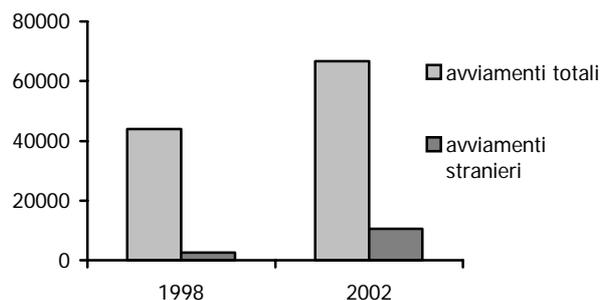
Il fenomeno dell'immigrazione trova una delle ragioni principali anche in questa contraddizione.

Altri spunti d'interesse, in tema di esclusione sociale, riguardano la durata dello stato di disoccupazione. La maggioranza di quanti sono in cerca di lavoro si trovano in stato di disoccupazione da più di 12 mesi. Più precisamente, nel periodo compreso fra il 2003 e il primo trimestre 2004, a Cesena i disoccupati per un periodo superiore all'anno erano il 51% del totale: di questi il 4% (circa 400 persone) risultava disoccupato da più di 48 mesi.

Sotto il profilo sociale ha notevole rilevanza l'analisi sull'accesso al lavoro dei cittadini stranieri.

A livello provinciale, nel 2002 gli avviamenti al lavoro hanno interessato 10.538 stranieri, pari al 15% del totale, contro il 6% registrato nel 1998: l'elevata percentuale degli avviamenti stranieri, rapportata al numero degli immigrati residenti, può essere giustificata dal fatto che fra i cittadini stranieri presenti nel nostro territorio c'è una maggiore incidenza di persone in età da lavoro.

Avviamenti stranieri Provincia di Forlì - Cesena, anni 1998 - 2002
Fonte: ANTARES 2002



Nel 2003 a seguito delle disposizioni della legge Bossi-Fini anche nella nostra provincia si è verificata la cosiddetta "regolarizzazione" che ha visto un totale di 1.814 istanze accolte per lavoro subordinato e di 1.467 istanze per colf e badanti.

Distribuzione Istanze "Regolarizzazione" Provincia di Forlì-Cesena

	N°	%
Istanze presentate	3.978	100
Istanze accolte	3.281	82,5
Per lavoro subordinato	1.814	55,3
Per Colf/Badanti	1.467	44,7
Istanze rigettate	155	3,9
Istanze con esito negativo	513	12,9
Istanze da definire	29	0,7

Fonte: Rapporto sull'Economia della Provincia di Forlì-Cesena, 2003

1.1.7 Tenore di vita alto, ma non per tutti

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

Nel 2002 un quarto della spesa degli emiliano-romagnoli è stato destinato alla casa e il 15% per gli alimentari: esattamente l'opposto di quello che si verificava all'inizio degli anni '80. Si è inoltre registrata una riduzione della percentuale di reddito destinata all'abbigliamento e all'arredamento ed un incremento delle spese per i servizi e le prestazioni sanitarie.

Recenti indagini statistiche dell'Istat sottolineano la perdita del potere d'acquisto delle retribuzioni, cresciute nel 2002 solo dell'1,7% (0,6% in meno dell'inflazione ufficiale).

Tra il 2002 ed il 2003 la perdita del potere d'acquisto delle famiglie si sarebbe ridotto del 2% secondo l'Istat, mentre secondo altri istituti di ricerca addirittura del 10%. Quest'erosione, soprattutto per le famiglie composte da lavoratori dipendenti, si traduce in una riduzione di consumi non necessari (in particolare: abbigliamento e tempo libero), parzialmente compensata dall'aumento dei depositi bancari: si tratta di due segnali complementari che indicano difficoltà e preoccupazione da parte delle famiglie.

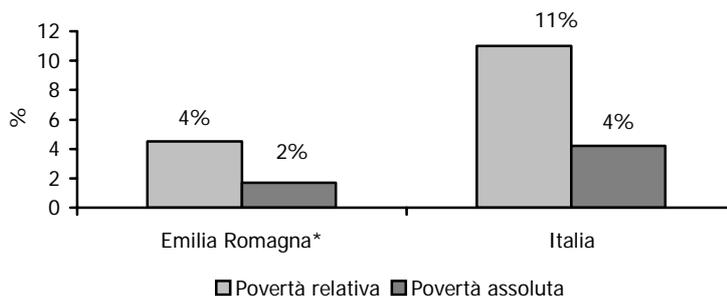
Composizione percentuale della spesa media per famiglia in Emilia Romagna.

	1980-82	1990-92	2000-02
Alimentari	27,2	19,2	15,4
Tabacchi	1,5	1,0	0,8
Abbigliamento	11,2	8,0	6,6
Abitazione	11,6	15,0	24,8
Combustibili	4,3	5,3	5,0
Arredamento	8,1	6,9	6,6
Servizi e spese sanitarie	1,5	2,6	4,3
Trasporti e comunicazioni	15,7	19,1	17,6
Istruzione e tempo libero	6,1	7,0	6,1
Altro	12,7	15,9	12,8

Fonte: Rapporto sull'economia della Provincia di Forlì-Cesena 2003

Da una ricerca condotta nel 2002 dall'Istat, emerge che in Italia l'11% delle famiglie (pari a 7 milioni 140 mila individui) si trovano in uno stato di **"povertà relativa"**, cioè presentano spese per consumi al di sotto di una soglia convenzionale, stabilita in base alla spesa media mensile pro capite per consumi,² mentre il 4% delle famiglie (pari a 2 milioni 916 mila individui) vivono in condizioni di **povertà assoluta**, cioè non sono in grado di acquistare molti dei beni considerati essenziali.³

Percentuale povertà relativa e povertà assoluta famiglie, confronto Regione E. R./Italia, anno 2002



*Il dato relativo alla povertà assoluta è stimato proporzionalmente al rapporto povertà relativa/povertà assoluta in Italia.

Per quanto riguarda l'Emilia-Romagna l'indagine Istat stima 76.000 famiglie (4,5% delle famiglie residenti), pari a 201.168 persone (5% della popolazione regionale), in condizioni di povertà relativa. Di queste circa il 50% è sicuramente povero, cioè con una capacità di spesa per consumi inferiore all'80% della soglia di povertà relativa.

Una proiezione della percentuale regionale sul territorio cesenate porta a stimare nella nostra realtà la presenza di circa 3.300 famiglie in stato di povertà relativa e di 1.250 in condizione di povertà assoluta.

1.2 Il Capitale Sociale del territorio

Una ricchezza fatta di persone, reti di aiuto e solidarietà

Compongono il capitale sociale tutte le risorse spontanee, più o meno organizzate, che concorrono a mantenere coeso il tessuto sociale della comunità: le forme di auto aiuto e di mutuo aiuto, le espressioni di solidarietà e di socialità, i legami fra le persone, non solo quelli familiari, ma anche i

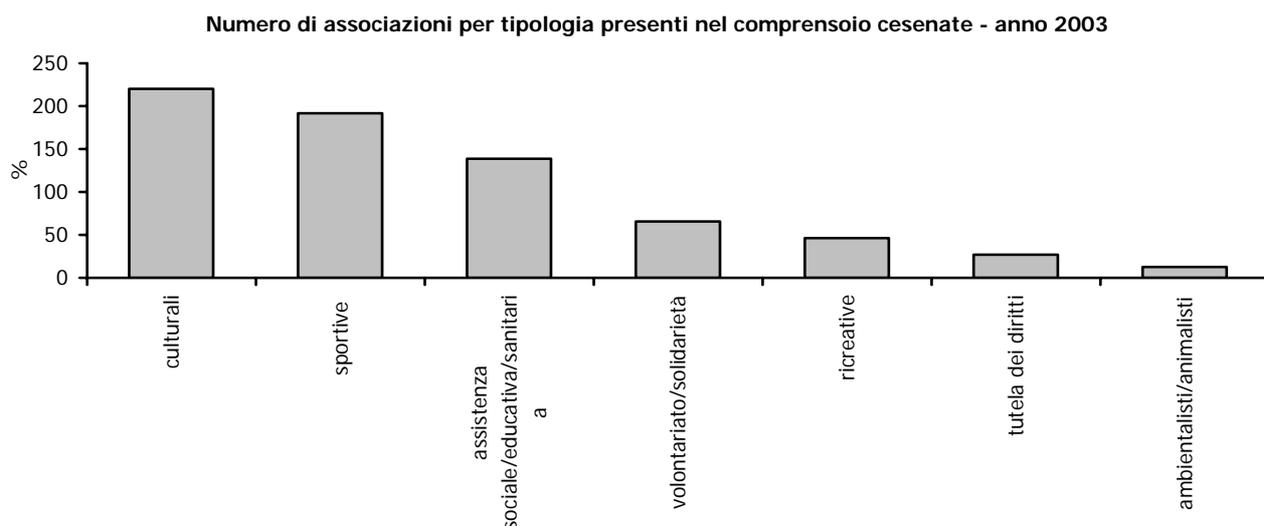
² Nel 2002 una spesa mensile per consumi di 823,45 € è la linea di povertà relativa per una famiglia di due persone.

³ Una spesa pro-capite mensile inferiore al 70% della linea di povertà relativa indica la condizione di povertà assoluta.

rapporti di vicinato e le relazioni di amicizia, di reciprocità e di solidarietà, tradizionalmente diffuse sul nostro territorio in modo spontaneo e informale. Oltre a questo consideriamo anche le forme organizzate e codificate in associazioni di volontariato e di promozione sociale, cooperative sociali, rappresentanze sindacali, espressioni del movimento sportivo e ricreativo.

Si tratta di un patrimonio (il "capitale sociale" appunto) articolato e diffuso, che rappresenta il vero valore aggiunto in tema di coesione sociale e di qualità della vita del nostro territorio, una realtà non facile da rappresentare con indicatori precisi. In questo paragrafo sono riportati alcuni dati quantitativi riferiti esclusivamente all'associazionismo organizzato, rinviando alle aree specifiche ulteriori spunti di riflessione su questo "capitale", elemento determinante per la lettura del profilo della nostra comunità.

- I dati riportati dalla banca dati provinciale, integrati con quelli dei singoli Comuni⁴, indicano che nel 2003 erano attive nell'intero territorio di riferimento più di 700 associazioni: circa un'associazione ogni 272 residenti.
- Per quanto riguarda gli scopi sociali si segnala la prevalenza di associazioni impegnate nella cultura e nello sport (quasi il 60%), ma anche una buona presenza di realtà non profit, occupate nell'assistenza sociale, educativa e/o sanitaria (20%).
- Sotto l'aspetto delle risorse umane si evidenzia che nel 1999, nella nostra provincia, erano impegnate in attività di volontariato più di **75.000 persone**⁵, con un'incidenza di 21 volontari ogni 100 abitanti, contro i 9 a livello regionale e i 6 a livello nazionale.
- Tutti i Comuni del Comprensorio, nel pieno rispetto del principio di sussidiarietà, manifestano una particolare attenzione all'associazionismo, promuovendone le attività e in molti casi affidando loro la gestione di alcuni servizi diretti alla collettività (le strutture sportive e culturali, l'assistenza sociale e/o educativa, i trasporti sociali, la cura del verde ecc.).



⁴ Non tutti i Comuni hanno risposto alla domanda di integrazione dei dati provinciali.

⁵ 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.

2. I bisogni e le risorse della comunità

2.1. La famiglia e i bambini

2.1.1 Un tema trasversale

La famiglia è protagonista di tutte le tematiche sociali

Si definisce la **famiglia** come “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”. Il **nucleo familiare** è invece “l’insieme delle persone che formano una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio. Si intende la coppia coniugata o convivente, senza figli o con figli mai sposati, o anche un solo genitore assieme ad uno o più figli mai sposati. Il concetto di nucleo familiare è normalmente più restrittivo rispetto a quello di famiglia: nell’ambito di una famiglia possono esistere uno o più nuclei familiari, ma può anche non esservene nessuno, come è nel caso ad esempio delle famiglie unipersonali.”

Il tema della famiglia appare trasversale a tutte le problematiche sociali, da quelle dell’età anziana a quelle dei portatori di handicap, da quelle legate al disagio sociale e alla marginalità a quelle dell’adolescenza e dei minori.

2.1.2 Una famiglia più insicura?

Un quadro complesso in cui giocano un ruolo importante il contesto socio-economico e la modifica dei legami

Le famiglie sono più insicure? Probabilmente sì, almeno a giudicare dalla diffusa percezione di difficoltà economica che si coglie nelle conversazioni quotidiane e si amplifica negli spazi pubblici della comunicazione interpersonale. Si può discutere se e quanto questa rappresentazione negativa sia fondata su elementi concretamente dimostrabili e quanto, invece, discenda da timori eccessivi o da suggestioni emozionali (peraltro non meno importanti sotto il profilo della qualità della vita). Di certo, però, la congiuntura economica sfavorevole e la difficoltà a governare i cambiamenti, offusca e rende controverso l’orizzonte.

I principali indicatori statistici evidenziano una diffusa diminuzione della sicurezza socio-economica, che si riflette in tangibili difficoltà per le famiglie. Si pensi soprattutto alle giovani coppie, con le loro difficoltà d’accesso alla casa, la necessità per entrambi di lavorare, le conseguenti complicazioni nel rispondere alle esigenze di cura dei figli.

In questo contesto risulta determinante la presenza (e, in modo contrario, l’assenza) di una rete parentale, in grado di fornire supporti quotidiani concreti o aiuti economici. L’assenza di legami fra le generazioni della stessa famiglia e la lontananza dei genitori costituiscono sicuramente alcuni degli elementi più significativi di cui tenere conto per valutare l’insicurezza delle famiglie giovani, così come – analogamente – l’eventuale vicinanza dei figli rappresenta uno dei fattori protettivi efficaci a fronte dell’insorgere dei bisogni dell’età senile.

2.1.3 Tra "baby boom" e crisi matrimoniali

I cambiamenti della famiglia e della società

La caduta della natalità in Italia è stata verticale dalla metà degli anni sessanta: nel 1964 (il picco del baby-boom), su 51,5 milioni di abitanti nacquero più di un milione di bambini; nel 1998, con 6 milioni di abitanti in più, ne sono nati meno della metà.

L'andamento della natalità nel territorio cesenate ha subito un calo importante fino alla metà degli anni Novanta, toccando il minimo storico (meno di 7 nati ogni 1000 abitanti nella zona Cesena-Valle Savio, 7,9 in quella Costa-Rubicone; dieci anni prima erano rispettivamente 8,7 e 10,4).

Dalla metà degli anni Novanta si è registrata una ripresa, dovuta probabilmente in gran parte all'immigrazione di famiglie dal sud Italia e, negli ultimi anni, anche dai Paesi extracomunitari.

I mutamenti socio culturali e legislativi intervenuti fra gli anni Sessanta e Settanta hanno certamente messo in crisi la concezione tradizionale e conservatrice della famiglia e della procreazione.

La crescita della scolarizzazione delle ragazze (che negli anni Novanta ha superato quella maschile) e del tasso d'occupazione delle donne hanno profondamente modificato i loro progetti e aspettative. Le linee di tendenza regionali e cesenate confermano come il nostro territorio sia tra quelli maggiormente interessati da questi cambiamenti. Il tasso di occupazione femminile regionale (riferito alle lavoratrici con più di 15 anni) nel 1997 era il più alto d'Italia, pari al 40%. Allo stesso modo, risultava la più alta a livello nazionale anche la percentuale di mogli lavoratrici all'interno di coppie in cui il marito era occupato (70%). Un'indagine compiuta dal Comune di Cesena nel 1999 sulle famiglie con figli minori di 14 anni ha quantificato al 70% la percentuale di donne che lavoravano.

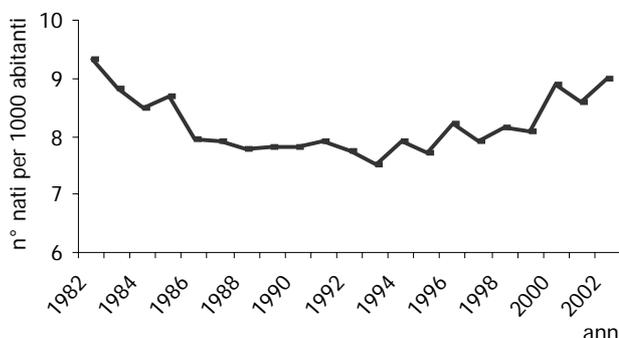
Nel calo di natalità gioca sicuramente un ruolo determinante anche il ritardo con cui i figli escono dal nucleo familiare, con conseguente spostamento in avanti dell'età del matrimonio e della nascita del primo figlio: ci si sposa di meno, più tardi e si hanno meno figli.

Il prolungamento dei corsi di studio e il relativo più tardivo ingresso nel mondo del lavoro, ma anche gli alti costi da sostenere per una sistemazione indipendente sono alcuni dei motivi principali del prolungarsi della permanenza dei figli presso la famiglia d'origine.

Questa somma di rinvii si è tradotta in un tangibile ritardo con cui le coppie affrontano la responsabilità dei figli. Nel 1975 l'età media delle donne italiane alla nascita del primo figlio era di 25 anni, mentre attualmente sfiora i 29. Nella generazione di donne nata attorno al 1970 solo una su due ha un lavoro, solo una su tre è indipendente dalla famiglia e solo una su dieci ha un figlio.

Alcuni di questi processi sono tuttavia comuni a gran parte dei Paesi europei, in cui il calo della natalità non è stato così eclatante. Il rapporto costi/benefici legati alla nascita di uno o più figli in Italia ha evidentemente qualche ragione specifica, o più accentuata, che concorre ad accentuare la "sindrome del ritardo".

Comuni del territorio dell'Ausi di Cesena:
n° nati ogni 1000 abitanti. Anni 1982-2002



Fra esse possiamo indicare:

- Il costo/opportunità del lavoro femminile è fortemente aumentato: una donna non può permettersi di perdere un'importante quota di reddito familiare per accudire i figli.
- L'organizzazione sociale (asili, scuola, lavoro, mobilità, tempi) non si è evoluta di pari passo all'ingresso della donna del lavoro.
- Permane un'asimmetria nella divisione dei ruoli fra uomo e donna all'interno del nucleo familiare (un'indagine Istat del 1997 stimava 20-30 ore di lavoro domestico da parte delle donne lavoratrici a fronte di 5-6 ore dell'uomo), per cui il costo dei figli, in termini di energie e di lavoro, per la donna occupata fuori casa è molto alto.
- L'Italia investe inoltre di meno, rispetto ad altri Paesi europei, sul versante dei minori e dei giovani, in termini di servizi, attività, infrastrutture.

La tenuta dei vincoli matrimoniali La bassissima fecondità, la riduzione della nuzialità e del numero di componenti della famiglia si sono tuttavia realizzati senza un paragonabile indebolimento dei vincoli matrimoniali. L'Italia resta uno dei Paesi europei dove si divorzia di meno. Il numero di divorzi italiani, pur in aumento (da 0,3 a 0,6 ogni mille abitanti fra il 1985 e il 1997), è infatti ancora molto più basso della media europea: nel 1997 il numero di divorzi ogni 1000 abitanti era 2,1 in Francia, 2,9 nel Regno Unito, 2,6 in Belgio e in Finlandia, 2,4 in Svezia e in Danimarca, 0,9 in Grecia e Spagna. I figli fuori dal matrimonio in Italia sono ancora piuttosto rari (nel 1997 erano solo 8 su 100 contro una media europea di 24 su 100), mentre è ancora frequente la convivenza di generazioni diverse nello stesso ambito familiare.

Le tendenze alla destrutturazione della famiglia tradizionale sono più accentuate nelle regioni del nord e del centro: il tasso di nuzialità in Emilia-Romagna (4,1 matrimoni ogni 1000 abitanti nel 1998) è il più basso d'Italia.

Nel 1998 il comune di Cesena aveva un tasso di nuzialità del 4,3 per mille, contro il 7,5 del 1971. Nel 2003 il tasso di nuzialità medio del comprensorio è 4,3 per mille (4,7 nel 2001). Nel 1997 la Regione Emilia-Romagna aveva il più alto tasso di separazioni (136,3 ogni 100.000 abitanti), a fronte di una media nazionale pari a 105. In provincia di Forlì-Cesena le separazioni sono aumentate del 24% dal 1990 al 1994 passando da 575 a 711 (185 ogni 100.000 abitanti).

2.1.4 Sposi maturi, genitori soli e famiglie piccole

Il quadro demografico nel Comprensorio Cesenate

I dati demografici del triennio 2001-2003 confermano le tendenze in atto già da alcuni anni: la diminuzione dei matrimoni (e fra questi, una maggiore incidenza dei matrimoni civili) a fronte di un maggior numero di coppie di fatto (dato difficile da reperire), l'aumento dei casi di separazione o divorzio e, conseguentemente, un maggior numero di famiglie composte da un solo genitore.

Tendenze demografiche delle famiglie nel comprensorio cesenate

Comprensorio Cesenate	2001	2002	2003
Famiglie al 31.12	70.691	72.326	74.921
Residenti al 31.12	184.479	186.292	191.282
Composizione media nuclei familiari	2,61	2,58	2,55
Matrimoni nell'anno	864	825	822
Indice di nuzialità (matrimoni/1000 abitanti)	4,68	4,43	4,30

Fonte: Anagrafi Comunali

Progressiva e importante è stata nell'ultimo quarantennio anche la contrazione del numero medio dei componenti della famiglia. A Cesena il numero medio dei componenti dei nuclei familiari è passato da 4 nel 1950, a 3,2 nel 1980, a 2,5 nel 1998. Sono contemporaneamente aumentate le persone sole e le famiglie composte da un solo genitore. La tendenza si è accentuata negli anni Novanta: nel 1988 solo una famiglia su 5 era composta da 1 componente, dieci anni dopo quasi una su quattro.

I primi risultati del 14° Censimento generale della popolazione del 2001, diffusi dall'Istat a fine dicembre 2003, confermano queste linee di tendenza offrendo lo spunto per comparazioni di ambito regionale e nazionale.

Il numero medio di componenti delle famiglie emiliano-romagnole è passato da 2,6 nel 1991 a 2,4 nel 2001. Le famiglie che più caratterizzano la Provincia di Forlì-Cesena sono composte da coppie con figli (54%), coppie senza figli (32%), madre con figli (10%) e padre con figli (2%).

A livello regionale sono in forte aumento (+14% rispetto al 1991) le coppie senza figli, che nel 2001 costituivano il 36% del totale dei nuclei familiari. In crescita anche la percentuale delle madri sole con figli (+23%). Le coppie con figli, pari al 51% dei nuclei familiari (57% in Italia), sono in diminuzione rispetto al 1991, quando il loro peso percentuale era pari al 56%. Le famiglie unipersonali, che nel 1991 erano il 22%, nel 2001 sono passate al 28%, percentuale sensibilmente superiore alla media italiana (25%).

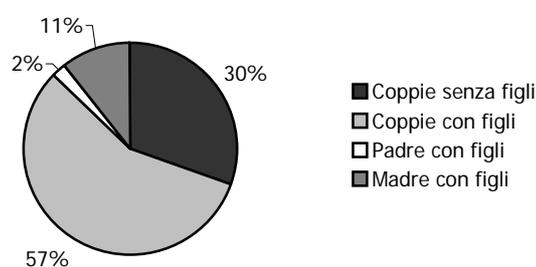
Numero medio di componenti la famiglia per comuni del cesenate (1991-2001)

Comune	1991	2001
Bagno di Romagna	2,9	2,6
Borghi	3	2,8
Cesena	2,9	2,5
Cesenatico	2,9	2,5
Gambettola	3,2	2,8
Gatteo	3	2,7
Longiano	3,2	2,9
Mercato Saraceno	2,9	2,7
Montiano	3,2	2,9
Roncofreddo	3	2,7
San Mauro Pascoli	3,1	2,8
Sarsina	2,9	2,6
Savignano Sul Rubicone	3	2,8
Sogliano Al Rubicone	2,7	2,6
Verghereto	2,6	2,4
Ausl Cesena	2,9	2,6
Regione Emilia Romagna	2,6	2,4
Italia	2,8	2,4

Tipo di componenti familiari per comuni del Cesenate (fonte: censimento 2001)

Comuni	Coppie senza figli	%	Coppie con figli	%	Padre con figli	%	Madre con figli	%	Totale
Bagno di Romagna	528	30,3%	975	55,9%	43	2,5%	198	11,3%	1.745
Borghi	176	30,6%	330	57,4%	14	2,4%	55	9,6%	576
Cesena	8.386	31,2%	14.917	55,5%	568	2,1%	2.991	11,1%	26.863
Cesenatico	1.944	30,5%	3.583	56,1%	134	2,1%	719	11,3%	6.381
Gambettola	826	29%	1.692	59,5%	52	1,8%	274	9,6%	2.845
Gatteo	571	28,6%	1.186	59,3%	40	2%	203	10,2%	2.001
Longiano	492	29,5%	996	59,7%	30	1,8%	149	8,9%	1.668
Mercato Saraceno	498	28,4%	1.042	59,5%	41	2,3%	170	9,7%	1.752
Montiano	142	30,7%	255	55,1%	11	2,4%	55	11,9%	464
Roncofreddo	248	30,4%	471	57,8%	15	1,8%	81	9,9%	816
San Mauro Pascoli	833	29,5%	1.661	58,8%	57	2%	273	9,7%	2.825
Sarsina	302	28,9%	601	57,5%	30	2,9%	112	10,7%	1.046
Savignano Sul Rubicone	1.300	29,7%	2.595	59,4%	72	1,6%	403	9,2%	4.371
Sogliano Al Rubicone	277	33,6%	432	52,4%	21	2,6%	94	11,4%	825
Verghereto	177	32,8%	282	52,2%	14	2,6%	67	12,4%	541
Comprensorio	16.700	30,5%	31.018	56,7%	1.142	2,1%	5.844	10,7%	54.717

Composizione delle famiglie nei comuni del cesenate
(Fonte: Censimento 2001)



2.1.5 Lancette in conflitto

L'organizzazione del tempo lavorativo non favorisce lo svolgimento delle altre funzioni della vita quotidiana

Uno studio condotto a Cesena fra il 1999 e il 2000 ha ribadito l'importanza assunta dal "tempo" negli equilibri della famiglia e nella qualità della vita delle persone (Zurla P., 2000). La ricerca ha dimostrato la "persistenza di un modello temporale industriale senza la grande fabbrica", cioè di tempi di lavoro abbastanza uniformi, scanditi dai ritmi tradizionali della società industriale, pur in presenza di un tessuto produttivo molto più articolato e differenziato rispetto al modello industriale incentrato sul lavoro nei grandi stabilimenti. I cesenati, in altre parole, sono condizionati da tempi di lavoro abbastanza sincronici e rigidi nell'arco della giornata lavorativa. Il ricorso a part-time o a turnazioni è relativamente poco diffuso, anche se si registra una maggiore diffusione di questo tipo

di soluzioni fra le donne. Questa organizzazione del tempo lavorativo improntata secondo uno schema tradizionale condiziona la disponibilità e la destinazione del tempo di tutta la giornata (tempo della cura dei figli, tempo libero, tempo del riposo). In particolare, in queste condizioni, la cura dei figli risulterebbe, in molti casi, difficilissima se non ci fosse una solida rete parentale di supporto: non sempre però questa rete è disponibile, specialmente nel caso di famiglie di recente immigrazione o in assenza di familiari più anziani vicini o in condizioni di sufficiente autonomia.

Questi processi hanno richiesto azioni specifiche di supporto alle famiglie, potenziando la gamma di servizi pubblici attivi e finalizzandoli in modo più preciso, ma anche valorizzando le risorse del volontariato e sostenendo la tenuta delle reti sociali per le quali sono determinanti i "nodi" costituiti dalle famiglie.

Tra i nuovi servizi hanno assunto un ruolo fondamentale i servizi per l'infanzia (0-3 anni): a livello di supporto educativo, di garanzia a sostegno delle scelte di procreazione e anche a livello di espansione delle opportunità occupazionali. Su questo terreno si stanno attrezzando anche i comuni più piccoli, sulla spinta della legislazione nazionale e regionale (Legge 285/97 sui diritti della famiglia e dei giovani e Legge regionale 1/2000 sui servizi per la prima infanzia). La mappa di questi servizi, che fino a pochi anni fa erano presenti solo a Cesena, ora è più articolata su tutto il territorio.

2.1.6 Avanti il prossimo

Famiglia e capitale sociale: nonostante tutto, i legami parentali tengono ed è attiva una fitta rete informale di solidarietà

Egoista, frammentata, fragile, chiusa su sé stessa, meno responsabile e più disattenta rispetto ai figli e agli anziani, meno incline al sacrificio. Sono solo alcuni dei luoghi comuni sulla crisi della famiglia del 2000. In realtà pur in presenza dei fenomeni socio-demografici già sottolineati (natalità ai minimi storici, contrazione della nuzialità, diminuzione del numero di componenti delle famiglie, crescita dell'instabilità, aumento di famiglie monogenitoriali) si coglie anche una sostanziale tenuta dei legami e della rete protettiva della famiglia.

Le indagini statistiche evidenziano questo dato peculiare della famiglia italiana: la sostanziale tenuta dei legami fra i suoi componenti, la "prossimità spaziale ed emotiva" della famiglia, la solidarietà intergenerazionale che la contraddistingue. La famiglia italiana è diventata più ristretta, ma resta ancora eccezionalmente "lunga", in grado cioè di offrire una concreta rete di protezione ai suoi componenti.

Sette maschi italiani su dieci non sposati di età superiore ai 35 anni vivono con i loro genitori; un quarto di quelli divorziati torna a vivere con la madre.

Altre ricerche hanno dimostrato una particolare vicinanza spaziale fra il domicilio dei figli sposati e quello delle famiglie d'origine. Questa prossimità, non solo geografica, lascia aperte innumerevoli e ampie intersezioni fra la famiglia d'origine e la nuova famiglia: i nonni sono coinvolti nella cura dei nipoti e nel sostegno alle famiglie dei figli e, una volta minacciati di fragilità e di non autosufficienza, ne ricevono in cambio assistenza e compagnia, specialmente dai membri femminili (figlie o nuore).

Nel nostro territorio la tenuta delle reti familiari si associa alla presenza di una fitta presenza di reti informali di solidarietà e di auto aiuto e si integra con l'esistenza di un tessuto sociale, che dimostra ancora una solida attitudine all'impegno civile.

Uno dei principali obiettivi dei Piani sociali di zona è la promozione delle risorse della comunità. Su questo versante si è mosso in particolare il Centro per le famiglie, che si è posto come strumento d'integrazione e collaborazione fra i vari soggetti che operano nel settore delle politiche per le famiglie (associazioni, servizi, istituzioni scolastiche, comuni).

2.1.7 Donne senza rete

Quando restano sole con i figli o arrivano da un Paese lontano le difficoltà si moltiplicano

I dati censuari riportano in Emilia-Romagna un aumento del 23% della percentuale di madri sole con figli⁶: nel 1991 erano 105.655 dieci anni dopo, nel 2001 129.943. Nella Provincia di Forlì - Cesena nel 2001 i nuclei composti da madri sole con figli erano l'11%⁷ del numero totale delle famiglie. Da uno studio condotto tra il 1999 e il 2000 a Cesena risulta che le famiglie composte da madri sole con figli minori sono il 4% del totale (Zurla P., 2000).

Una ricerca sulle donne sole con figli condotta nel 2003 dal Centro Donna di Cesena indica con evidenza l'importanza del sostegno sociale interno alla famiglia.

L'indagine, che considera donne sole con figli anche le donne immigrate che, pur vivendo regolarmente con il marito, non hanno la vicinanza della famiglia d'origine e non sono ancora riuscite a costruirsi una significativa rete di amicizie, mette in evidenza una serie di difficoltà: problemi nella gestione dei figli durante il lavoro (accentuati nel periodo estivo, con la chiusura dei servizi scolastici); redditi bassi e spesso insufficienti a far fronte alla gestione della famiglia; difficoltà a conciliare percorsi formativi volti a favorire una crescita professionale ed economica con il lavoro e la cura dei figli; difficoltà a mettere insieme i tempi di lavoro con quelli dei servizi scolastici; assenze dei figli da scuola anche nei casi di malattia della madre o di un fratello; difficoltà di riconoscere il tempo per sé come un momento importante da valorizzare.

Per le donne immigrate a questi ostacoli si aggiungono l'isolamento sociale, la scarsa padronanza della lingua italiana, l'azzeramento del percorso formativo/lavorativo svolto nel paese d'origine, le scarse offerte lavorative, l'assenza di mezzi di trasporto propri e difficoltà di spostamento e di conoscenza del territorio.

La ricerca individua alcune risorse fondamentali da valorizzare e promuovere: punti di ascolto e di orientamento (Centro donna, Centro per le Famiglie e Spazio Donna, Consultori Familiari, ecc.); associazioni di genitori in ambito scolastico; reti amicali e familiari di riferimento; associazionismo; maggiore flessibilità di orari nei servizi scolastici (anche con il supporto dell'associazione dei genitori); percorsi mirati di ricerca di opportunità lavorative/formative.

2.1.8 Non di solo pane

Stili di vita e consumi nelle famiglie fra abitudini corrette ed eccessi

Da una ricerca realizzata nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Cesena e finalizzata allo studio sullo stato di salute e lo stile di vita della popolazione residente (indagine Dioniso 2003) sono emersi alcuni dati di particolare interesse relativi ai comportamenti alimentari e alle abitudini degli adulti:

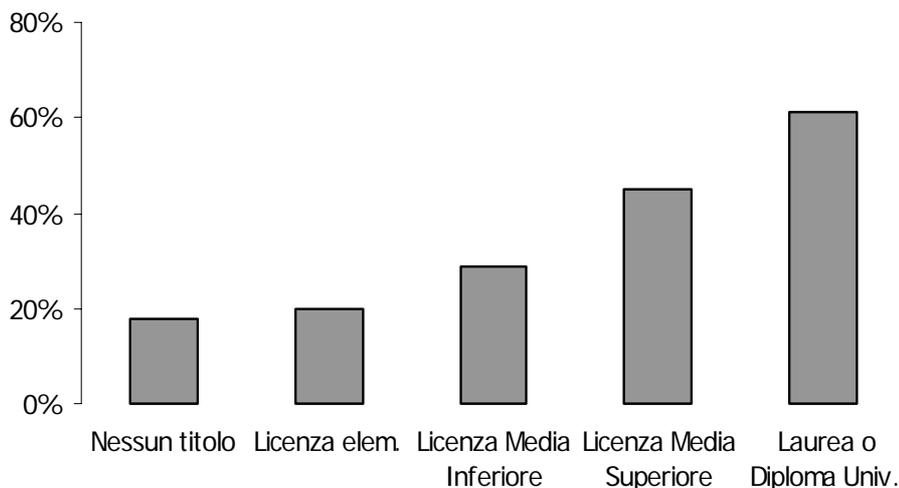
⁶ La percentuale assoluta madri sole con figli considera tutte le madri che vivono da sole con figli di qualsiasi età, pertanto anche con figli maggiorenni.

⁷ Percentuale assoluta, vedi nota precedente.

- Il consumo di frutta e verdura è poco diffuso: solo una persona su cinque dichiara di consumare le 5 porzioni al giorno consigliate per la prevenzione delle principali malattie cronico degenerative.
- Il consumo di carne avviene in media tre volte la settimana e il consumo di pesce avviene solo una volta alla settimana per l'80% delle persone.
- L'abitudine al fumo riguarda una persona su quattro, con percentuali che superano il 40% negli uomini di 18-44 anni.
- L'attività fisica sembra un comportamento diffuso (84% dichiara di essere attivo), ma tra le persone attive il 35% degli uomini e più del 50% delle donne pratica attività fisica per periodi di tempo troppo limitati rispetto a quelli consigliati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ottenere benefici per la salute (almeno 30 minuti di attività fisica moderata al giorno). I motivi di ciò possono essere ricercati nella mancanza di tempo (soprattutto tra le donne), nel lavoro troppo sedentario, nella mancanza di corsi di gruppo e/o attività organizzate accessibili ecc...
- Le ricadute di queste abitudini sono evidenti anche sotto il profilo dell'eccesso di peso: circa il 30% del campione è in sovrappeso e l'11% è obeso. La classe di età più colpita dal problema è quella tra i 45 e i 64 anni con quasi il 20% di obesi.

L'adozione di un particolare stile di vita non dipende solo da una scelta individuale, ma è condizionata da diversi fattori socio-economici e ambientali (titolo di studio, reddito...), che possono determinare disuguaglianze nello stato di salute di una popolazione. La percezione positiva del proprio stato di salute migliora al crescere del livello di istruzione; la percentuale di fumatori è più alta tra le persone con titolo di studio basso, come pure la prevalenza di sovrappeso, obesità e inattività fisica. All'aumentare del livello di istruzione, cresce progressivamente il numero di persone senza fattori di rischio e diminuisce quello con una compresenza di più fattori

Assenza di fattori di rischio (fumo, sovrappeso, sedentarietà, alcool): distribuzione percentuale per titolo di studio



2.1.9 La popolazione under 14

Aspetti socio-demografici

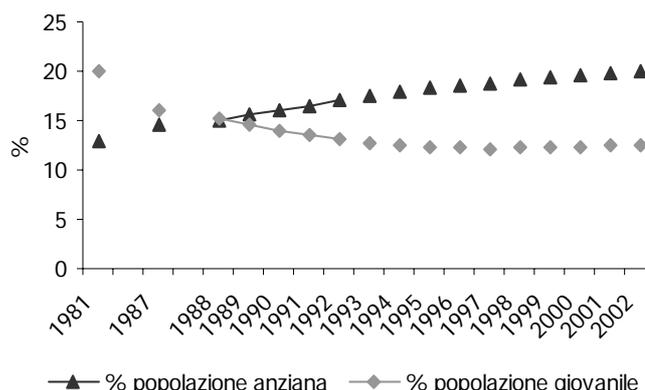
Nel territorio cesenate i bambini (0-14 anni) rappresentano circa il 13% della popolazione residente. Questa proporzione, a fronte di una ridotta natalità e un progressivo invecchiamento della popolazione, è andata calando fino al 1997 per poi stabilizzarsi negli ultimi anni anche grazie all'aumento della popolazione immigrata residente.

Il Comune più giovane è San Mauro Pascoli, mentre quello con la proporzione di bambini più bassa è Verghereto.

Il **tasso di natalità**⁸, dopo una flessione registrata fino a metà degli anni 90, mostra un trend in crescita nell'ultimo periodo, arrivando a 9 nati ogni mille abitanti.

L'incremento della popolazione straniera residente nel territorio cesenate ha coinvolto in particolare l'infanzia: negli ultimi tre anni i **minori stranieri**⁹ sono passati dal 4% a circa il 6% della popolazione residente della stessa classe di età.

Comuni del territorio dell'Ausl di Cesena:
percentuale di anziani (>65aa) e giovani (0-14
aa). Anni 1981-2002



2.1.10 Piccoli e sani....

Lo stato di salute della popolazione in età pediatrica

Lo stato di salute della popolazione in età pediatrica e giovanile evidenzia un quadro sostanzialmente positivo.

- La mortalità perinatale¹⁰ mostra un andamento stabile negli ultimi anni, con un valore intorno al 5 per mille nati vivi; la mortalità infantile¹¹ mostra una tendenza alla diminuzione passando dal 3,5 per mille del 1997 al 2,4 per mille nel 2000, valore molto inferiore rispetto al dato nazionale (4,5).
- I dati nazionali (Istat 2001) indicano la mortalità per traumatismi/avvelenamenti quale causa più importante nella fascia 1-14 anni (25% di tutti i decessi) e soprattutto tra i 15-24 anni (65%). In questa categoria sono compresi anche gli incidenti stradali¹² che rappresentano il 57% delle morti per traumatismi e costituiscono una delle principali cause di mortalità evitabile tra i giovani (di cui si tratterà specificatamente al paragrafo 2.2.5).

⁸ Tasso di natalità: numero di nati vivi in un anno/popolazione residente (*1000)

⁹ Sui minori stranieri si veda anche il paragrafo 2.5.2

¹⁰ Tasso di mortalità perinatale: n° annuale di morti nella prima settimana di vita e morti fetali in rapporto al totale dei nati nello stesso anno. E' generalmente utilizzato come indice del livello di assistenza ostetrica e neonatologica.

¹¹ Tasso di mortalità infantile: n° annuale di bambini morti in età inferiore a 1 anno, in rapporto al n° di nati vivi nello stesso anno. E' considerato un indicatore del livello igienico sanitario di una popolazione.

¹² Sul tema si veda anche paragrafo il paragrafo 4.5

- Alcune tra le più severe malattie infettive dell'infanzia sono ormai scomparse e altre sono in calo grazie a un'elevata copertura vaccinale e ad un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace. Il 98% dei bambini a 24 mesi presenta una copertura di almeno tre dosi per le **vaccinazioni obbligatorie** (antipoliomielite, antidifterica, antitetanica); anche per le **vaccinazioni raccomandate** (morbillo, parotite e rosolia) si registra un ottimo livello di copertura (94%).
- **L'allattamento al seno** al sesto mese di vita è presente in più della metà dei bambini di quell'età (55%), mostrando un incremento positivo rispetto al valore del 1997 (47%).
- Le **malattie croniche** più diffuse nell'infanzia sono la celiachia (3,7‰), le paralisi cerebrali infantili (1.6 ‰) e il diabete giovanile (1 ‰). Per quanto riguarda la Sindrome di Down si nota un leggero calo, legato probabilmente all'effetto della diagnosi prenatale e conseguente interruzione di gravidanza in molti dei casi risultati positivi.

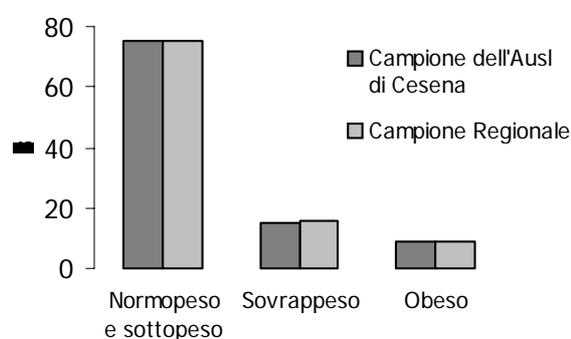
Numero di minori con patologie croniche per 1.000 residenti della stessa età

	2001	2002	2003
Fibrosi cistica	0.5	0.5	0.5
Diabete giovanile	0.9	1	1
Sindrome di Down	1	0.9	0.8
Paralisi cerebrale infantile	1.8	1.7	1.6
Celiachia	3.4	3.3	3.7

Fonte: Registro "Patologie croniche" Azienda USL di Cesena

- Nel 2003 è stata condotta dall'Azienda Sanitaria di Cesena un'indagine tra i genitori di bambini in età 0-24 mesi, per verificare l'esposizione dei bambini al **fumo passivo** durante la gravidanza e dopo il parto: il 26% delle madri e il 37% dei padri è fumatore abituale (il 14% dei bambini ha entrambi i genitori fumatori); una mamma su dieci ha fumato durante la gravidanza; un bambino su quattro si trova in ambiente dove qualcuno fuma più volte alla settimana.
- Dai dati di un'altra ricerca sempre condotta dall'Azienda Sanitaria di Cesena nel 2004 per stimare la prevalenza di obesità e sovrappeso e le abitudini alimentari dei bambini frequentanti l'ultimo anno delle scuole materne e dei loro familiari è emerso che: un bambino su dieci è **obeso** mentre il 15% è **sovrappeso**. Le abitudini alimentari mostrano uno scarso consumo di verdure (solo il 30% le assume quotidianamente) mentre più diffuso è il consumo di frutta (due bambini su tre). Molto diffuso è anche il consumo quotidiano di alimenti dolci quali biscotti (43%), merendine (35%) e caramelle (25%).

Distribuzione percentuale per Indice di massa corporea nei bambini di Cesena e della regione E.R.



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

La salute dei figli di stranieri presenta qualche disuguaglianza rispetto a quella dei figli degli italiani

- Per quanto riguarda la salute dei bambini figli di stranieri, i dati nazionali evidenziano la presenza di una disuguaglianza rispetto ai figli di italiani nelle primissime fasi della vita (Caritas-Migrantes 2003). Anche a livello locale i dati confermano un maggior rischio di nascite premature, di basso peso alla nascita o di patologie perinatali. Questi eventi riguardano 19 su 1.000 minori residenti tra gli stranieri contro i 7 su 1.000 tra i cesenati¹³. Questa situazione, presente anche a livello nazionale, pare correlata alla presenza di barriere culturali e linguistiche che rendono più difficile l'accesso ai Servizi di prevenzione, diagnosi e cura.
- Dall'analisi sull'accesso ai servizi di cura prenatale, effettuata nel 2002 a Cesena, risulta che le donne straniere ricevono complessivamente un buon livello di assistenza; nonostante questo, la percentuale di gravide straniere che non effettua la prima visita entro la 13° settimana come consigliato è maggiore delle italiane (rispettivamente 7% e 1%): questo dato suggerisce che sussistano ambiti di miglioramento dell'informazione e dell'accesso.
- Dai dati locali¹⁴ emerge che i figli di stranieri hanno un'incidenza di ricoveri per alcune patologie superiore ai figli di italiani.

**Numero di ricoveri per patologia ogni 1000 residenti minorenni
(confronto italiani e stranieri territorio cesenate-2002/2003)**

Patologie	stranieri	italiani
	n. ricoveri ogni 1000 residenti minorenni	n. ricoveri ogni 1000 residenti minorenni
Totale ricoveri	263,9	124,5
Malattie delle vie respiratorie superiori (tonsilliti, laringiti,,,,)	27,4	13,4
Patologie perinatali (basso peso, prematurità, ipossia e asfissia alla nascita, ittero...)	23,6	7,9
Disordini dei liquidi e degli elettroliti (disidratazione...)	13,3	4,0
Bronchite acuta	9,9	4,0
Asma	7,9	2,2
Otite media e condizioni correlate	4,8	1,5
Infezioni intestinali	1,0	0,3

Come si vede nella tabella i ricoveri in ospedale sono più frequenti tra i figli di stranieri e sono spesso riconducibili a patologie legate all'abitazione in ambienti insalubri (umidi e con cattivo sistema di riscaldamento) e a un più difficoltoso accesso ai servizi sanitari di base.

Tra i residenti del circondario cesenate prima del 1999 non si sono verificati decessi di stranieri minorenni, mentre dal '99 al 2003 se ne sono verificati 4 (6% del totale).

¹³ Fonte dati: Schede di dimissione ospedaliera 2002-2003 AUSL Cesena

¹⁴ Vedi nota precedente.

2.1.12 Malesseri dei minori, non malesseri minori

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

- Il Servizio di Neuropsichiatria infantile dell'Azienda sanitaria di Cesena ha registrato nel 2003 più di 400 nuovi utenti. I principali disturbi diagnosticati ai minori seguiti dal Servizio riguardano i **disturbi del linguaggio**, i **disturbi di apprendimento**, i **disturbi emotivo - relazionali**. Si segnala un trend in crescita anche per i disturbi alimentari (47 pazienti in carico nel 2003) e per i disturbi depressivi (36 pazienti).
- Nel 2003 i minori seguiti dal Servizio Sociale dell'Azienda Sanitaria di Cesena sono stati 1.804, pari al 6% della popolazione di riferimento. I minori stranieri contribuiscono in gran parte all'incremento degli utenti del servizio sociale: rappresentano, infatti, il 25% degli utenti in carico e il 40% dei nuovi utenti. Una delle prestazioni maggiormente richieste dagli utenti stranieri riguarda i contributi economici per integrazione del reddito. I minori affidati al Servizio Sociale per una **situazione familiare ad alto rischio**, costituita per la maggior parte da un'inadeguatezza genitoriale di qualche tipo, sono stati nel 2003 complessivamente 247, di cui 25 stranieri.

2.2. Giovani e adolescenti

2.2.1 Una fotografia in movimento

La condizione giovanile nel Comprensorio Cesenate

Descrivere i tratti salienti della condizione giovanile locale appare come impresa difficile poiché tale condizione non è riconducibile a categorie di riferimento semplici. Appare pertanto più realistico offrire una fotografia dai tratti sfocati, frutto dell'integrazione di diversi punti di osservazione.

2.2.2 Fuori dal luogo Comune

Valori, convinzioni, visioni degli adolescenti

I rapporti tra le generazioni - Da una ricerca-intervento realizzata nei comuni della Valle del Savio, con l'intento di mettere a fuoco il tema dei rapporti intergenerazionali, è emerso un diffuso senso di impotenza negli adulti intervistati a comprendere il mondo giovanile (Pieri R., 1995). Persuasi che il consumismo e la televisione "li rovinassero", gli adulti contattati sembravano non nutrire eccessiva fiducia nel mondo giovanile: mancano i valori, la buona educazione, la responsabilità, il senso della vita e l'impegno. Una diffidenza ricambiata dallo sguardo speculare dei giovani sulla comunità degli adulti e che si regge su altrettanti pregiudizi: gli adulti sono quelli che "hanno rinunciato al gusto per la vita... cercano di generalizzare e massificare... vogliono fare i fenomeni... noiosi, stressati, lavoratori, tirchi, ignoranti, (ignorano le nostre idee)... sempre pronti a giudicare" (Gaggi M., 2003).

Non è ovviamente il caso di drammatizzare: l'analisi dei mali della società giovanile è un esercizio costante nella storia della civiltà, una conseguenza delle difficoltà che le generazioni hanno a riconoscersi e legittimarsi vicendevolmente: i giovani di oggi sembrano sempre un po' peggiori dei giovani di ieri, anche quando a giudicarli sono gli stessi che si erano attirati gli strali della generazione precedente.

Valori e pragmaticità - Le ricerche sociologiche più avanzate sulla condizione giovanile del nostro paese (IARD 2000), confermate in percorsi di approfondimento attivati insieme ad alcune scuole locali, evidenziano come, tra i più giovani, siano considerati particolarmente appetibili quei valori che esprimono elevata prossimità: *famiglia, amicizia, amore, sicurezza economica*. Tutto è ricondotto alla sfera del quotidiano, del prossimale e del pragmatico: la famiglia, ad esempio, è sentita particolarmente poiché contesto di vita vicino e confidenziale, mentre l'amicizia è ricondotta alla ristretta cerchia di frequentazioni legate al miglior utilizzo possibile del tempo libero.

Senso del dovere e dimensione normativa - I giovani cesenati sentono lontano il concetto di dovere? Sì, ma con alcune attenuanti. Gli assunti di base che definiscono il concetto e l'ambito del dovere hanno acquisito dimensioni e connotati differenti: il senso del dovere, come altri valori universali (esempio la solidarietà) non sono percepiti come significativi dalle nuove generazioni se non sono associati ad un preciso contesto psico-sociale. Se il campo si restringe alla dimensione di comunità locale (intesa come rete di persone con le quali sento di condividere quotidianamente un comune destino) allora parlare di dovere ha ancora un grande significato. E' la dimensione dell'appartenenza che dona senso e induce conseguenze socialmente e pedagogicamente apprezzabili.

Tempo per gli altri? - Anche la motivazione a spendersi e dedicare tempo a qualcosa di utile per sé e soprattutto per la propria comunità (spinta di fondo per impegnarsi nel volontariato) appare nei giovani come interesse pragmatico, intimamente connesso alla dimensione quotidiana: il successo e la rapida diffusione della pratica del servizio civile volontario o l'adesione ad esperienze di volontariato intense, ma circoscritte nel tempo, (es. il "cerchio magico"¹⁵), dimostrano come le nuove generazioni siano inclini ad impegnarsi per gli altri, a patto che l'esperienza sia percepita come opportunità a termine e comunque funzionale al percorso di sviluppo del proprio progetto di vita.

2.2.3 Studenti, ma non solo

Il quadro demografico della popolazione giovanile nei 15 Comuni del territorio

Nel Comprensorio Cesenate i giovani compresi fra i 15 e i 25 anni sono circa 20.000, pari all'11% della popolazione totale.

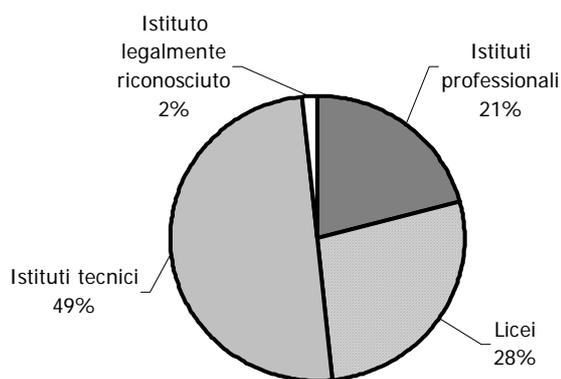
I ragazzi che frequentano gli Istituti superiori sono circa 9.100. In generale il loro livello scolastico è piuttosto alto, anche se il tasso di scolarizzazione (calcolabile intorno all'85%) è leggermente inferiore alla media regionale.

¹⁵ Si tratta di un'esperienza che intende offrire una risposta al bisogno di supporto e accompagnamento a ragazzi in difficoltà scolastiche. L'attività di tutoring viene svolta nell'arco di un anno scolastico da giovani volontari, opportunamente formati, "reclutati" attraverso una chiamata pubblica da parte del Sindaco.

**Distribuzione percentuale dei giovani (15-25 anni)
sulla popolazione nei comuni del territorio cesenate**

Comune	Giovani 15-25 anni	% sulla popolazione
Bagno di Romagna	719	11,8%
Cesena	9.320	10,1%
Mercato Saraceno	812	12,8%
Montiano	158	9,9%
Sarsina	439	11,7%
Verghereto	233	11,6%
Zona Cesena-Savio	11.681	10,4%
Borghi	263	12,2%
Cesenatico	2.265	10%
Gambettola	1.140	11,8%
Gatteo	880	12,5%
Longiano	614	10,5%
Roncofreddo	323	10,9%
San Mauro Pascoli	1.177	11,7%
Savignano sul Rubicone	1.704	11%
Sogliano al Rubicone	330	11,1%
Zona Rubicone-Costa	8.696	11%
Totale	20.377	10,7%

**Percentuale di iscritti negli istituti superiori del comprensorio
cesenate anno scolastico 2003/2004**



2.2.4 Minori in cerca di aiuto

I dati dei servizi segnalano un disagio sociale in crescita

I dati di accesso ai servizi dell'Unità Operativa infanzia, età evolutiva e famiglia del Dipartimento Sociale dell'Azienda Sanitaria di Cesena testimoniano la presenza di un'area di disagio sociale crescente.

Numero di utenti in carico al Dipartimento Sociale-Azienda USL Cesena 2001/2003

Dati di attività (comprensorio)	2001	2002	2003	Dif % 2001- 2003
Numero utenti seguiti (minori e adulti)	1.797	1.822	2.143	19%
Numero utenti minori	1.403	1.522	1.804	29%
Nuovi utenti minori	325	429	459	41%
Minori immigrati seguiti	415	427	451	9%
di cui nuovi casi	135	180	190	41%
% immigrati sul totale	30%	28%	25%	

Nel 2003 il rapporto percentuale tra minori seguiti e popolazione minorile è stato pari al 6% (nel 2002 era del 5%). Continua ad essere considerevole il numero dei minori immigrati in carico: i casi seguiti nel 2003 sono stati 451 (di cui 190 nuovi utenti), pari al 25% dei casi seguiti. Il maggior numero di prestazioni si riferisce ai contributi economici e al sostegno educativo, indicatori di una difficoltà da inserimento e adattamento ad un nuovo contesto di vita. Altro dato da evidenziare è riferito ai minori in carico a seguito di decreto di affido o vigilanza ai servizi emesso dal Tribunale per i Minorenni: sono complessivamente 247 (nel 2003 si registrano 33 nuovi decreti).

2.2.5 Il pericolo corre sulla strada¹⁶

Gli incidenti stradali sono la principale causa di mortalità fra i ragazzi

La principale causa di mortalità nell'adolescenza è rappresentata dagli **incidenti stradali**: in particolare i ragazzi dai 15 ai 19 anni mostrano, nel periodo 2000-2002, un tasso di mortalità annuale pari a 24/100.000 (in decremento rispetto al triennio precedente, quando si è registrato un tasso di 34/100.000). Gli incidenti stradali sono un'importante causa di mortalità prematura e quindi di perdita di anni di vita: negli ultimi 15 anni quasi il 60% degli YPLL (anni di vita potenziali perduti) tra i minorenni ha riconosciuto come causa gli incidenti stradali.

2.2.6 I bisogni e le emergenze

Uno sguardo ai dati dei servizi socio-sanitari

Si riportano alcuni dati clinici, estrapolati dalle relazioni di servizio degli interventi socio-sanitari locali, che appaiono significativi pur nella difficoltà di fornire un contesto organico sulla condizione giovanile locale a cui si è già fatto cenno.

L'accesso ai servizi sanitari degli adolescenti - Un dato interessante, rilevato in diversi ambiti di attività, indica che gli adolescenti tendono ad usufruire maggiormente dei servizi a loro dedicati. Questa tendenza ha origine, da un lato, da un aumento dei bisogni e della loro complessità e,

¹⁶ Si veda anche paragrafo 4.5

dall'altro - e questa ci pare la motivazione più interessante – da una maggiore fiducia verso i servizi, sentiti come meno lontani rispetto al passato.

Trend minori affidati al servizio sociale - Di seguito sono riportati i dati relativi al trend dei minori affidati al servizio sociale per incompatibilità genitoriale: questo aspetto non è riferito esclusivamente a giovani o adolescenti, ma è evidente l'aumento di casi legati all'inadeguatezza dei rapporti di cura all'interno della famiglia.

Minori affidati al servizio sociale per incompatibilità genitoriale Ausl di Cesena

Cause	2000	2003
Numero complessivo	233	247
Per tossicodipendenza o alcolismo dei genitori	47	57
Per malattia psichiatrica dei genitori	14	21
Per separazione dei genitori	54	55
Per inadeguatezza genitoriale	67	71
Per abuso o maltrattamento	15	11

Patologie degli adolescenti che si rivolgono ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale (Servizio dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infantile, Centro salute mentale) – Negli ultimi anni il numero di adolescenti (14-20 anni) che si rivolgono ai servizi dedicati per patologie di diversa natura è in aumento e ciò è indice di problematicità, probabilmente frutto di una maggiore instabilità sociale

Numero di adolescenti in carico al Dipartimento Salute Mentale per patologia Ausl di Cesena

Patologie	2000	2003
Disturbi alimentari	26	47
Disturbi depressivi	22	36
Utenti Ser.T	34	33
Utenti Centro Ascolto Nuove Droghe	22	32

Da un'analisi dei dati clinici relativi a un campione di utenti dell'ambulatorio di psicologia clinica dell'adolescenza del servizio di neuropsichiatria infantile (anni 2001-2003) emerge come la sola patologia psichica coinvolga il 37% degli utenti, mentre la patologia psichica associata a disagio sociale (relazioni intrafamiliari anormali, eventi critici nel corso della vita, etc) coinvolge circa il 60% degli utenti. Questo dato evidenzia la stretta relazione tra uno o più fattori psicosociali critici e le principali patologie psichiche dell'adolescenza, sottolineando l'opportunità di valutare i disturbi psichici nell'infanzia e nell'adolescenza secondo un modello circolare biopsicosociale.

Nel 2003 i ragazzi (15-19 anni) che si sono rivolti ai servizi per la prevenzione e cura delle **dipendenze da sostanze** (tossico e alcolodipendenze) sono stati 65: di questi 33 si sono rivolti al Ser.T¹⁷ (8% dell'utenza complessiva del servizio) e 32 al Centro di ascolto Nuove Droghe (43% degli utenti).

¹⁷ Servizio per le tossico – alcolodipendenze AUSL Cesena

Ambulatorio di Medicina dell'adolescente – L'ambulatorio di Medicina dell'adolescente è stato attivato nell'Azienda Sanitaria di Cesena nel febbraio 2001 all'interno del Progetto Adolescenza promosso dalla Regione Emilia-Romagna. Dai dati di attività emerge che gli adolescenti pervenuti al Servizio nei primi tre anni (2001-2003) sono stati complessivamente 103 con un'età media di 15 anni, senza differenze di sesso; tra i disturbi della sfera somatica, la causa più frequente di consultazione è stata attinente a problemi di eccesso peso (18%), seguita da controlli di crescita (12%) e da disturbi del comportamento alimentare (11%); altri ingressi all'ambulatorio hanno riguardato disturbi con una connotazione psicosociale come il disagio psicorelazionale (14%), i problemi scolastici (12%) e le difficoltà intrafamiliari (9%).

2.2.7 L'età del gruppo

La centralità del tempo libero

L'innalzamento dell'età di ingresso nel mercato del lavoro, l'aumento del tempo dedicato al percorso di studi e alla formazione personale, unitamente alla difficoltà complessiva a concretizzare forme di vita autonome e indipendenti dalla famiglia di origine, configurano uno scenario in cui il cosiddetto "tempo libero" assume una rilevanza centrale. Si tratta di una vera e propria dimensione strutturale, che accompagna il giovane dalla pre-adolescenza fino all'acquisizione dell'indipendenza economica ed esistenziale che può protrarsi anche oltre i trent'anni. Parlare di "tempo libero" in riferimento alla condizione giovanile locale è pertanto una necessità fondante, intimamente connessa alla condizione di "adolescenza protratta"

La frequentazione di realtà informali - Alcune stime definite a livello regionale, indicano come circa il 75% della popolazione giovanile frequenti in modo significativo un gruppo di pari (indicazione la quasi totalità nei ragazzi e circa la metà delle ragazze). Questa esperienza non è alternativa alla frequentazione di realtà associative o organizzate, ma complementare. Il gruppo di amici si costituisce naturalmente nell'ambito della frequentazione quotidiana tra coetanei, senza adulti di riferimento e alcuna forma di strutturazione ed è luogo di socializzazione e di costruzione dell'identità sociale: all'interno del *gruppo informale* il ragazzo e la ragazza si sperimentano per la prima volta come cittadini del mondo. Il gruppo è una piccola, ma importante *palestra di vita*, dove il confronto e il rapporto con i coetanei diventa la misura della propria dimensione soggettiva.

Per questa importanza assunta il gruppo informale costituisce una risorsa per la comunità locale e pertanto nell'ambito dei servizi locali alla persona e alla comunità, è maturata ormai da una decina di anni l'idea di investire sul gruppo dei pari attraverso gli "interventi di animazione di strada".

La frequentazione di realtà associative – Cultura, storia e tradizioni del nostro territorio sono intrinsecamente orientate allo sviluppo e alla promozione dell'associazionismo. Anche il mondo giovanile si caratterizza per l'appartenenza o la partecipazione attiva a tali realtà. Alcune stime regionali indicano che circa 1/3 dei giovani frequenta in modo continuativo realtà associative di varia natura. Un'attenzione particolare va rivolta a quelle forme di autodeterminazione di comitati e gruppi giovanili informali con un percorso di autonoma e progressiva formalizzazione, fino ad assumere l'identità di associazioni riconosciute, per portare avanti progetti ad elevata ricaduta socio-culturale, caratterizzati da forte innovazione. Sono diverse le realtà di questo tipo: spesso nascono come iniziative pre-impresariali e assumono in breve tempo la dimensione di imprese a tutti gli effetti (per gestire attività commerciali legate al mondo della notte, attività culturali, professioni atipiche ecc.)

Nuove forme di comunicazione e organizzazione della socialità – Particolare rilievo va dato alla frequentazione dei luoghi di divertimento notturno aumentati, nel centro della città di Cesena, del 200% negli ultimi 3 anni (attualmente sono 31). Gli operatori del settore stimano in circa 5.000 gli giovani e adolescenti, provenienti un po' da tutta la regione, che si riversano il venerdì e il sabato per le strade della città fino a tarda notte. Un fenomeno del tutto nuovo che attribuisce a Cesena l'identità inaspettata di "Città Trendy" e porta con sé implicazioni di ordine pubblico, sicurezza stradale e sociale, sviluppo economico e dell'imprenditoria giovanile, aumento della produzione e della fruizione di prodotti culturali e artistici, ricaduta complessiva nei rapporti tra le generazioni, diffusione e radicamento di nuovi stili di vita.

Altro rilievo va attribuito ai cambiamenti nell'organizzazione della socialità, in particolare tra i giovanissimi, a seguito dell'introduzione della comunicazione via cellulare o tramite web. Questi, secondo diverse ricerche recenti, confermate anche dal lavoro nei gruppi di approfondimento attivati in diverse scuole del territorio, sembrano rappresentare i mezzi più utili per conoscere e riconoscere gli altri. L'aspetto di questo fenomeno sociale presenta due lati distinti: da un lato la forte componente emulativa comportamentale che contraddistingue le età giovanili, dall'altro l'importanza simbolica che l'oggetto riveste in sé (per chi lo usa, ma anche per i per genitori che lo acquistano per *darlo in uso* al figlio). Nella moderna "onda di piena" di avvenimenti di tutti i generi non vi è quasi più la possibilità di soffermarsi: avere uno strumento che consente il continuo collegamento con gli altri sembra rappresentare *il mezzo* di salvataggio psicologico contro l'angoscia da isolamento e da solitudine. Per le famiglie lo stesso strumento, acquistato e dato in uso ai figli adolescenti e pertanto prossimi alla loro autonomia, se non economica, quantomeno psicologica - rappresenta un efficace "guinzaglio telematico" per placare in qualche modo l'ansia del distacco.

2.3. Le persone disabili:

2.3.1 Una risorsa per la comunità

L'apporto che i disabili possono dare alla società

La condizione di *disabilità*, secondo la definizione OMS, consiste nella "riduzione o perdita di capacità funzionale o dell'attività conseguente a una menomazione", sia quest'ultima di tipo anatomico, psicologico o funzionale.

La disabilità può condurre all'*handicap* laddove le persone con disabilità soffrono impedimenti per la presenza di barriere psicologiche, architettoniche, socio-culturali, limitazioni nell'inserimento lavorativo o mancanza di adeguati sostegni per i loro bisogni assistenziali.

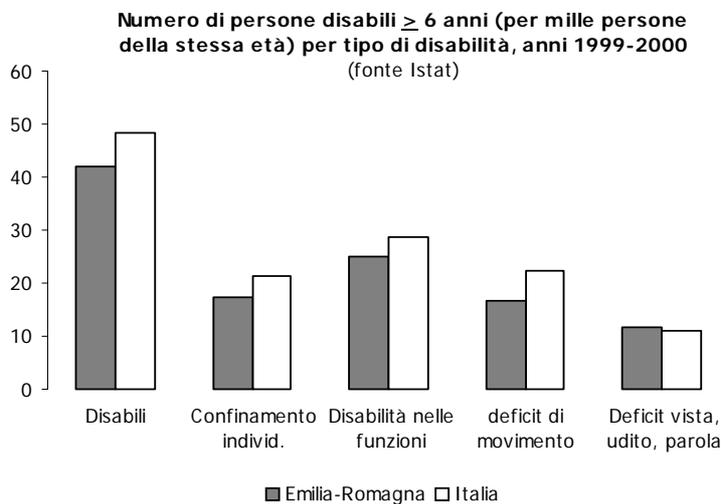
Proprio per impedire che dalla disabilità si passi all'*handicap* gli Enti pubblici, il non profit e il volontariato del territorio cesenate hanno ormai da tempo superato il concetto di semplice assistenza, sostenendo invece quello di disabile come risorsa per la società. Da qui l'attenzione al superamento di quegli ostacoli che, oltre a consentire il miglioramento della qualità della vita del disabile e della sua famiglia, concorre a realizzare condizioni di accessibilità alla città e ai servizi più funzionali per tutti i cittadini.

2.3.2 Un arcipelago di realtà diverse

Alcuni dati di sfondo per inquadrare i dati numerici della disabilità nel Comprensorio Cesenate

Nella regione Emilia-Romagna si stima una quota di persone disabili pari al 42 per mille della popolazione di 6 anni o più che vive in famiglia (Istat 1999-2000). Dall'analisi del fenomeno emerge la presenza tra i disabili di un cospicuo numero di anziani, in particolare donne.

Il notevole aumento della durata media della vita determina infatti la crescita della quota di popolazione anziana colpita dai normali processi degenerativi connessi all'invecchiamento; inoltre patologie che in passato erano irrimediabilmente fatali (esempio ictus, infarti, tumori) oggi sono più frequentemente curabili, anche se le persone colpite talvolta riescono a riconquistare solo una parziale autonomia.



Tra le diverse tipologie di disabilità

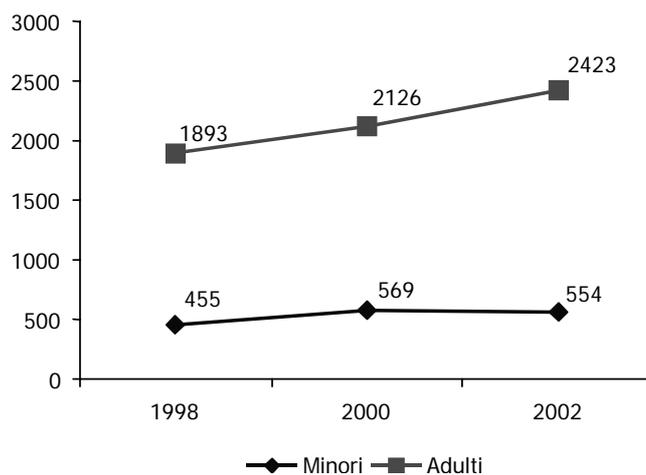
quella più grave è rappresentata dal "confinamento" (cioè la costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa del paziente) con livelli di autonomia del movimento pressoché nulli: questo isolamento dal contesto sociale riguarda 17 persone su mille in regione.

La disabilità nelle funzioni (cioè la riduzione di autonomia nell'espletare le principali attività di cura della propria persona) coinvolge, invece, 25 persone su mille.

La stessa persona è colpita spesso da più tipi di disabilità associate tra loro: quasi la metà dei disabili presenta difficoltà in più di una delle sfere considerate.

Nel territorio Cesenate sono stati inclusi in un sistema di classificazione i dati relativi alle persone con meno di 65 anni che presentano un'invalidità riconosciuta. Nell'archivio sono compresi i minorenni certificati dal Servizio materno-infantile o segnalati ai servizi territoriali, gli adulti (<65 anni) con un'invalidità superiore al 74%, gli adulti che hanno presentato domanda d'invalidità e gli adulti con riconoscimento invalidità INAIL superiore all'80%.

Numero di disabili residenti nel Comprensorio di Cesena, anni 1998 - 2002



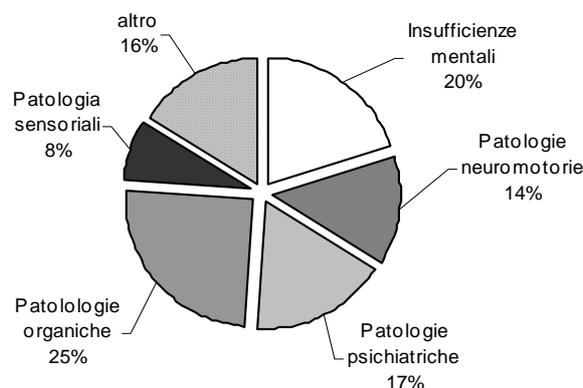
Da sottolineare che i due segmenti di popolazione (disabili e invalidi) sono solo parzialmente sovrapponibili, in quanto la popolazione che presenta invalidità solo parzialmente risulta colpita dalle corrispondenti disabilità e viceversa non tutte le persone disabili hanno avuto il

riconoscimento di invalidità. Le informazioni raccolte, tuttavia, permettono di delineare, anche se in modo approssimativo, la dimensione e le caratteristiche del fenomeno nella nostra realtà.

Al 31 dicembre 2002 il numero totale degli invalidi con un'età inferiore ai 65 anni residenti nel territorio Cesenate era di 2.977 persone, pari al 1,6% della popolazione. Il 19% dei disabili ha un'età inferiore ai 18 anni. La componente disabili adulti è andata in questi anni aumentando, probabilmente a seguito dell'aumento della speranza di vita e del fatto che con l'attivazione di nuovi servizi è stato possibile conoscere un maggior numero di utenti (oltre che l'emergere di nuovi bisogni)

Tra le patologie più rilevanti numericamente si osservano le insufficienze mentali che riguardano un disabile su cinque. Tale categoria comprende le persone con ritardo mentale (419 persone), ritardo dello sviluppo psicomotorio e/o del linguaggio (163 persone) e demenze (9 persone). Per quanto riguarda le fasce di età tra i minori la causa di invalidità più rappresentata è costituita dai "disturbi dell'apprendimento" (23%), mentre tra gli adulti emergono le patologie psichiatriche (16%) e i deficit neuromotori (15%). Nel 36% dei casi (1064 persone) la patologia principale è associata a una seconda patologia.

Distribuzione delle macrocategorie di patologie nei disabili 0-64 anni AUSL Cesena (al 31/12/2002)



Un aspetto importante riguarda la situazione dei familiari conviventi: il 15% delle persone disabili vive con un solo familiare che in un caso su tre ha più di 70 anni; ben il 9% vive da solo.

Una considerazione a parte meritano le forme di alta disabilità conseguenti a **gravi cerebrolesioni acquisite** (la cui origine può essere legata a traumi, a disturbi circolatori e ad anossia) per il prevalente coinvolgimento di giovani e di adulti in età lavorativa. Sono patologie con complessi esiti disabilitanti a forte impatto emotivo e materiale sul sistema familiare della persona colpita. Da un'indagine realizzata nel nostro territorio su alcune persone residenti colpite da gravi cerebrolesioni e a rischio di alta disabilità, emerge che circa il 65% ha meno di 65 anni; tra questi il 56% presenta uno stato di bassa responsività e il 25% esita in una grave disabilità con necessità di assistenza continuativa.

2.3.3 L'importanza di essere con gli altri

L'integrazione sociale dei disabili

Le possibilità di integrazione sociale delle persone disabili passa attraverso diversi momenti, che possono facilitare un rapporto con il mondo esterno in condizioni il più possibile di parità.

Tra questi l'ambiente scolastico e sportivo/ricreativo per i minori, e quello lavorativo e ricreativo/culturale per gli adulti sono di certo quelli più importanti.

Il Comprensorio Cesenate, grazie anche alla collaborazione tra Enti pubblici, non profit e volontariato, offre diverse occasioni di integrazione e socializzazione.

Per quanto riguarda i minori e l'ambiente scolastico, nel 2003 sono stati numerosi i bambini disabili che hanno ricevuto un supporto socio educativo presso la scuola, e alcuni di essi hanno svolto anche le attività educative e ricreative dei vari centri pomeridiani.

Per quanto riguarda gli adulti e l'inserimento lavorativo (importante momento di socializzazione, oltre che occasione per il mantenimento delle autonomie) la legge 68/99 offre prospettive d'inserimento dei disabili sia nel privato economico che nel privato 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. Proprio per valorizzare le prospettive offerte dalla 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.

Il territorio garantisce, in ogni caso, possibilità di impiego/formazione per quelle situazioni in cui la gravità della disabilità richiede contesti ambientali e lavorativi/formativi particolarmente protetti. Nei casi più complessi, nei quali non sono possibili né la scolarizzazione né l'inserimento lavorativo di alcun tipo, è possibile accedere, invece, a servizi socio-riabilitativi che, accanto al miglioramento/mantenimento delle autonomie personali, perseguono l'obiettivo dell'inserimento sociale.

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

2.3.4 Verso una progettazione partecipata

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

Come accennato in precedenza, sul fronte del sostegno alle persone disabili e alle loro famiglie il territorio cesenate esprime una realtà del non profit e del volontariato molto attiva e vivace: sono circa 40 i soggetti presenti, tra cooperative sociali e associazioni di volontariato. Questa realtà rappresenta una fondamentale risorsa per la costruzione di una rete capace di rilevare tempestivamente i bisogni e orientare la strategia dei servizi.

Proprio dal mondo del volontariato, in occasione del convegno "Progettare insieme l'integrazione"¹⁸, è emersa la richiesta di sviluppare sinergie con gli Enti Pubblici, nel tentativo di *affermare la disabilità e la diversità come risorsa/opportunità da valorizzare, utile per aumentare i livelli qualitativi ed educativo/sociali, per introdurre metodologie innovative e per attivare processi di sviluppo sociale e culturale per il Paese tutto*¹⁹.

Questo convegno è stato l'occasione per affermare quelle che per le Associazioni di volontariato rappresentano oggi le priorità nella programmazione dei servizi rivolti ai "diversamente abili", priorità di seguito riportate, anticipando in parte i temi di confronto della programmazione dei servizi sociali e sanitari rivolti ai cittadini disabili.

- *Il sostegno a chi sostiene.* L'irruzione di un evento traumatico quale la malattia e/o disabilità di un proprio membro minaccia in più punti l'evoluzione del ciclo vitale della famiglia. Se il membro colpito è il figlio, che fin dalla nascita presenta un deficit, tutto il ciclo vitale della

¹⁸ Convegno tenutosi a Cesena il 13 novembre 2004 e rientrante nel Progetto "Abilità diverse" volto, tra l'altro, alla promozione del valore del volontariato.

¹⁹ Tratto dall'intervento di Liviana Siroli, Presidente Ass. CVS, al convegno di cui alla nota precedente.

famiglia dovrà procedere secondo percorsi di sviluppo diversi da quelli seguiti in condizioni di normalità. Un figlio con disabilità, in taluni casi, rappresenta un dolore e una delusione profonda rispetto alle aspettative e ai progetti che ciascun genitore ha verso i propri figli, nonché un surplus di cure. Da qui l'importanza del sostegno psicologico ai genitori nel momento in cui viene comunicata la diagnosi relativa al proprio figlio, alla nascita o dopo un trauma o malattia che sia. Questo sostegno deve accompagnare la coppia anche durante la crescita del bambino dal punto di vista medico, educativo e riabilitativo. Un ruolo importante di sostegno emotivo in questa fase può essere svolto dall'associazionismo, sulle cui funzioni le famiglie dovrebbero essere informate subito.

- L'assistenza domiciliare. Svolge un ruolo essenziale nel sostenere il lavoro di cura delle famiglie, favorendo la permanenza del disabile nella propria abitazione e una sua vita maggiormente indipendente. E' pertanto un servizio che va opportunamente sviluppato e potenziato, nonostante la riscontrata difficoltà trovare personale adeguatamente formato e qualificato, cui affidare le cure del proprio familiare.

Nel territorio cesenate, sulla base di appositi disposti regionali²⁰, l'Azienda Sanitaria ha attivato una sperimentazione per elaborare progetti personalizzati, finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave, con particolare riguardo per chi è arrivato a questa condizione in età adulta.

- Accessibilità alle strutture sanitarie. Per accedere ai servizi sanitari a volte le persone disabili devono percorrere gli iter burocratici e i tempi di attesa previsti per tutti i pazienti. Se questa attesa può costituire un disagio per chi si trova in condizioni di normalità, per un disabile e la sua famiglia rende la situazione ancor più difficile e pesante. Pertanto, per garantire l'effettiva equità nell'accesso ai servizi sanitari, occorre favorire una priorità nell'accesso per le persone svantaggiate e le loro famiglie.
- Accessibilità alle strutture riabilitative. Le terapie riabilitative svolgono un ruolo fondamentale per il mantenimento e il miglioramento delle autonomie di base e le capacità comunicative e il potenziamento: appare indispensabile garantirne la massima accessibilità e il massimo utilizzo, fino a prevedere, nei casi particolarmente gravi, percorsi riabilitativi individualizzati.
- Accessibilità alla città. Tra gli impedimenti ad una vita il più possibile normale da parte delle persone disabili, vi sono senza dubbio le barriere architettoniche che precludono una piena fruizione della città e dei suoi servizi: progettare edifici, strade, quartieri senza barriere architettoniche dovrebbe essere la norma per ottenere una città più vivibile e sicura per tutti. Oggi la tecnologia offre opportunità straordinarie, ma è indispensabile partire dalla conoscenza dei bisogni della persona disabile per dare risposte utili; pertanto, in un percorso partecipato di programmazione del territorio, le associazioni dell'area handicap potrebbero essere fonte di suggerimenti e proposte preziosi.

Si tratta senza dubbio di un percorso lungo e difficile, ma occorre dare a questo tema un'attenzione continua che nasce dal superamento della barriera più grossa, quella culturale, affinché progettare la città possa concretamente divenire "progettare la normalità"²¹

²⁰ Si vedano la delibera di Giunta Regionale 1122 del 2002 istitutiva dell' "assegno di cura e di sostegno", e la delibera di Giunta Regionale 2068 del 2004 di definizione del "sistema integrato di interventi sanitari e socio - assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta"

²¹ Dal seminario con il medesimo titolo tenutosi nel 2003 in occasione di "Cesena città che cammina"

2.4. Gli Anziani

2.4.1 Anziani protagonisti

Le energie e le risorse della Terza Età rappresentano un patrimonio prezioso per loro stessi e per l'intera società

Anziani in salute, vitali e pieni di energie. È la fotografia che emerge da una ricerca intitolata "Invecchiare in salute", condotta dalla Fondazione Censis nel 2004.

Alcuni dei dati più significativi dell'indagine sono: il 17% degli anziani intervistati definisce il proprio stato di salute "ottimo", il 62% lo ritiene "buono", anche se con qualche disturbo; il 72% dice di "non sentirsi anziano", il 91% è padrone della casa in cui vive, ma il 78% ha visto nell'ultimo anno i propri risparmi ridursi.

Più intraprendenti rispetto ai loro coetanei di trent'anni prima, e con un'idea diversa del tempo libero, gli anziani di oggi sembrano più aperti alle novità e meno disponibili a subire passivamente "la vecchiaia" rispetto ai loro predecessori. D'altra parte la speranza di vita è aumentata significativamente nell'ultimo cinquantennio: nel 1951 un uomo di 75 anni aveva una speranza di vita di 7,2 anni e una donna di 7,8. Oggi la speranza di vita di un settantacinquenne è rispettivamente di 10,3 e di 12,8, e poiché la condizione anziana è legata alla percezione soggettiva del proprio stato (quindi alla qualità della propria vita, al benessere fisico, psichico e sociale) e all'orizzonte temporale che, ragionevolmente una persona ha davanti a sé, "si diventa anziani sempre più tardi".

Alla consueta disponibilità, ancora forte nella nostra rete sociale, ad offrire tempo ai familiari più giovani (per la custodia dei nipoti, per i lavori domestici o altro), alla nuova sensibilità a svolgere opera di volontariato, gli anziani hanno ora aggiunto la consapevolezza del diritto a vivere il proprio tempo. Nuove potenzialità e risorse si sono dunque dispiegate per le nuove generazioni di anziani, in un processo ancora in itinere e non generalizzato, ma che, forse per la prima volta, ha coinvolto anche le donne.

Nell'ottica degli obiettivi di integrazione sociale e culturale degli anziani sono aumentate le iniziative di sostegno alle forme di autoaiuto e di promozione della socialità, che gli stessi anziani sono andati nel frattempo sviluppando: i centri sociali o di aggregazione spontanea nei quartieri, le vacanze e le gite, le feste, i corsi di formazione (è attiva ormai da molto tempo l'Università della terza età, affiancata da alcuni anni da ulteriori corsi promossi da altre associazioni), le attività socialmente utili. La promozione di attività ricreative si fonda sulla valorizzazione delle potenzialità e capacità auto-organizzative degli stessi anziani. Il territorio cesenate dimostra al riguardo una ricca rete di associazioni composte da anziani e rivolte ad anziani, che esprimono una buona vivacità nella promozione e organizzazione di iniziative: vacanze, corsi, incontri, attività di aggregazione che si sviluppano lungo tutto il corso dell'anno. Nel 2003 oltre 1.500 anziani hanno partecipato alle vacanze promosse dalle associazioni in collaborazione con i Comuni.

Grazie alle attività socialmente utili, nuove figure sociali - il nonno vigile, il nonno giardiniere - sono diventati punti di riferimento per i quartieri e le frazioni di tutti i comuni cesenati, svolgendo attività che hanno un effetto diretto sulla comunità. Sono "lavori" (il mantenimento del verde pubblico, la vigilanza all'esterno delle scuole e durante le sagre, l'accompagnamento nello scuolabus, l'apertura e la chiusura dei cimiteri, la coltivazione degli orti, la compagnia e la promozione della socializzazione) per i quali ultrasessantacinquenni attivi s'impegnano, dedicando qualche ora alla settimana in cambio di un compenso minimo, valido come rimborso spese.

Le attività svolte si confermano importanti sia per i volontari, che riacquistano un ruolo sociale, sia per la cittadinanza, che trae vantaggio dagli interventi effettuati. La vigilanza davanti alle scuole (consacrata nella figura del "nonno vigile") ha determinato rapporti stretti tra i pensionati, gli alunni e i genitori, che favoriscono l'integrazione e lo svilupparsi di importanti relazioni sociali.

Oggi le associazioni di volontariato degli anziani sono una realtà attiva e diffusa e rappresentano, insieme ai sindacati dei pensionati, gli interlocutori più attenti, sul settore anziani, per le politiche sociali delle amministrazioni pubbliche.

A fianco di queste nuove forme di impegno civile, coesistono le reti informali di solidarietà (parentali, di vicinato, di paese), che si concretizzano in piccoli ma importanti gesti di aiuto reciproco, costituendo un capillare e diffuso reticolo di protezione contro l'isolamento e la degenerazione di situazioni ad alto rischio sociale (pensiamo ad anziani non autosufficienti o al limite dell'autosufficienza che vivono soli, magari anche in contesti lontani dai servizi).

2.4.2 Grandi vecchi in famiglie sempre più piccole

Lo sviluppo socio-demografico della popolazione anziana

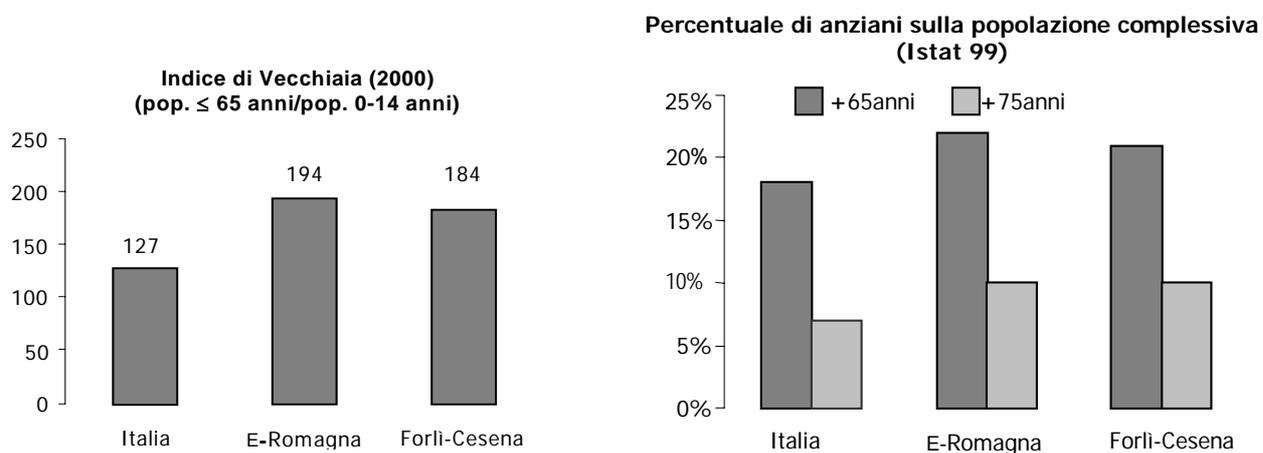
Le trasformazioni demografiche che hanno interessato negli ultimi decenni l'Italia si riflettono anche nel nostro territorio, sia per l'incremento del numero assoluto di anziani che della loro proporzione sul totale della popolazione.

A livello regionale, l'invecchiamento della popolazione si è progressivamente realizzato, attraverso queste caratteristiche:

- una crescente femminilizzazione della popolazione anziana (più dei 2/3 degli anziani sono donne),
- progressivo aumento dei "grandi vecchi" (ultraottantenni),
- modifiche delle strutture familiari (aumento delle famiglie unipersonali, per circa i 2/3 composte da persone con età superiore a 60 anni; riduzione del tasso di nuzialità, aumento del celibato e nubilato nella fascia 30-49 anni; aumento degli anziani che vivono soli, soprattutto donne ultraottantenni).

Questi aspetti qualitativi delle tendenze demografiche pongono seri problemi di tenuta della "circularità" della famiglia, vale a dire delle sue capacità di fornire sussidiarietà e attività di cura ai suoi componenti più deboli.

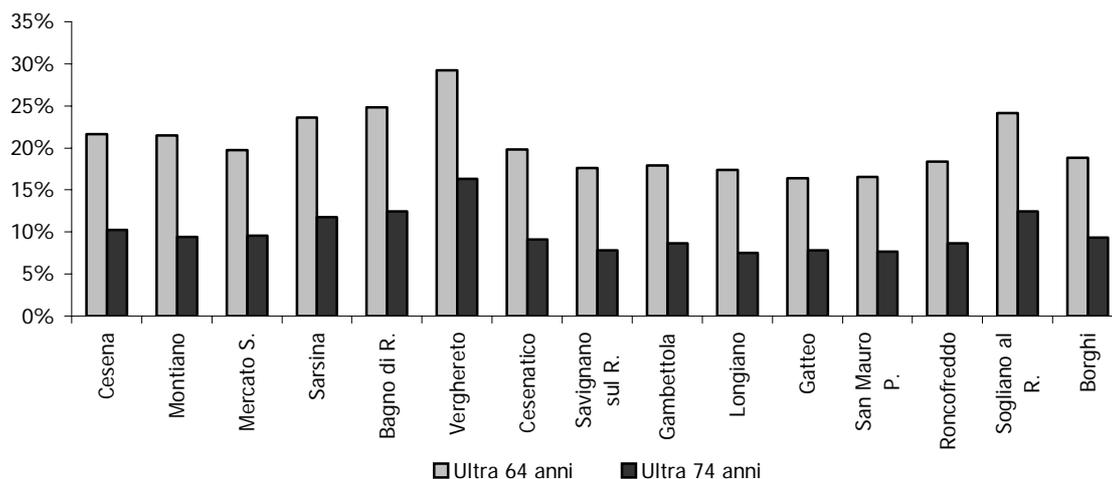
Nel territorio cesenate è anziana una persona su cinque (20%): i Comuni del Distretto di Cesena (in particolare in Valle del Savio) presentano mediamente una popolazione più anziana rispetto a quelli del Distretto Rubicone-Mare.



Distribuzione residenti con più di 65 anni comprensorio cesenate, anni 2001-2003

COMUNE	2001		2002		2003	
	n.	%	n.	%	n.	%
Cesena	19.114	21%	19.578	21%	20.040	22%
Montiano	331	21%	338	21%	341	22%
Mercato S.	1.259	20%	1.272	20%	1.249	20%
Sarsina	856	23%	870	23%	885	24%
Bagno di R.	1.512	25%	1521	25%	1.515	25%
Verghereto	577	29%	615	31%	590	29%
Totale Cesena Valle Savio	23.649	21%	24.194	22%	24.620	22%
Cesenatico	4217	19%	4.332	20%	4.476	20%
Savignano sul R.	2.526	17%	2.623	17%	2.729	18%
Gambettola	1.615	17%	1.658	17%	1.735	18%
Longiano	943	17%	975	17%	1.015	17%
Gatteo	1.106	16%	1.121	16%	1.157	16%
San Mauro P.	1.795	19%	1.710	17%	1.669	17%
Roncofreddo	513	18%	536	19%	545	18%
Sogliano al R.	677	24%	690	24%	715	24%
Borghi	363	18%	387	19%	406	19%
Totale Rubicone Costa	13.755	18%	14.032	18%	14.447	18%
Totale comprensorio cesenate	37.404	20%	38.226	20%	39.067	20%

Distribuzione percentuale residenti con più di 64 e di 74 anni nei comuni del comprensorio cesenate, anno 2003



Nei prossimi anni si accentuerà il processo di invecchiamento: le previsioni indicano per il 2010 una proporzione di anziani pari al 22% della popolazione. La possibilità di giungere alla longevità è ormai accessibile ad un numero crescente di persone: con l'aumento della speranza di vita assumono sempre maggiore importanza gli anni di vita "disability free", cioè anni vissuti senza problemi di salute invalidanti.

Territorio Cesenate: scenari futuri ipotizzati

Anno	N° Anziani	%
2000	36.737	20%
2005	38.971	21%
2010	41.552	22%

fonte dati: Regione Emilia-Romagna

In particolare la condizione di "non-autosufficienza" appare la determinante principale nell'influenzare sia la qualità della vita dell'anziano, sia la domanda socio- assistenziale.

Territorio Cesenate: stima e proiezione del numero di anziani non autosufficienti

Anno	2002	2005	2010
Totale anziani	37.833	38.971*	41.552*
Anziani non autosufficienti	6.050 -7.500	6.230 -7.800	6.650 -8.310

* dati Regione Emilia-Romagna (modello Mudea)

La maggior parte della popolazione anziana è costituita da conviventi in famiglie composte di soli anziani (44%) o da individui soli (22%); si tratta quindi di un elevato numero complessivo di anziani "fragili", ad alto rischio di perdita della propria autonomia personale.

La famiglia e le altre forme di rete sociale costituiscono elementi fondamentali per la qualità della vita delle persone anziane, in quanto rappresentano il contesto naturale entro il quale possono esercitare un ruolo attivo ricevendo sostegno e, se necessario, risposta alle loro esigenze di assistenza.

2.4.3 Invecchiamento e sviluppo sostenibile

....verso una società per tutte le età

Il passaggio da una visione assistenzialistica e sanitaria ad una in cui gli anziani sono artefici della qualità della loro vita, è avvenuto nel territorio cesenate anche grazie al protagonismo degli anziani stessi, che hanno progressivamente conquistato spazi e opportunità di socialità e di relazione. L'attenzione si è quindi spostata dai servizi socio-sanitari alla qualità della vita nel suo insieme. Una spinta in tal senso è stata recentemente ribadita, da linee di indirizzo regionali.

Il "Piano di azione per la comunità regionale. Una società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo", pone infatti l'obiettivo di superare le politiche di settore, in favore di una più ampia integrazione tra le politiche sociali, territoriali ed economiche.

La cosiddetta "idea perno" su cui fa leva il Piano è "la necessità di passare da una visione ristretta dell'integrazione limitata ai problemi socio-sanitari, all'integrazione delle politiche per rispondere in modo unitario ai bisogni e alle esigenze delle persone anziane, nella prospettiva di garantire le condizioni di una vita indipendente".

In questa prospettiva, l'orizzonte si amplia dalla salute in senso stretto e dalla rete dei servizi socio-sanitari alle dimensioni dell'abitare, del tempo libero, della fruizione della cultura, della sicurezza, dell'accesso alle nuove tecnologie, della mobilità, dell'apprendimento per tutta la vita.

In quest'approccio la priorità si sposta sull'insieme delle politiche in favore dello sviluppo sostenibile, di una società a misura di tutte le età, in cui sono garantite pari opportunità senza limitazione di genere e di età, rispetto alle politiche di settore di ampliamento dell'offerta di servizi. L'allungamento della vita non viene cioè subito come problema, ma valorizzato come opportunità e sfida per tutti i Paesi europei.

Questa proposta contiene una forte spinta verso l'innovazione in tutti i settori, in direzione non già della tutela di una fascia protetta di età, quanto della realizzazione di una società in cui i diritti di cittadinanza e di libertà di scelta siano garantiti per tutte le età. Parlare di politiche integrate, con questa accezione, significa quindi occuparsi di politiche abitative, ambientali, per la mobilità, la sicurezza, la fruizione degli spazi della città, la promozione della cultura e dell'apprendimento senza limiti di età. Quest'idea di sviluppo sostenibile chiama direttamente in causa, più che in passato, e in maniera molto più ampia rispetto ad una politica di interventi settoriali o socio-sanitari, l'intera comunità regionale e tutte le comunità locali, con le loro scelte programmatiche e le loro risorse.

"Abitare, muoversi, divertirsi, fare sport, mantenersi in buona salute, curarsi, fruire di cultura, viaggiare, vivere in sicurezza, utilizzare le nuove tecnologie": sono queste le domande cui il Piano di azione regionale invita a dare risposta.

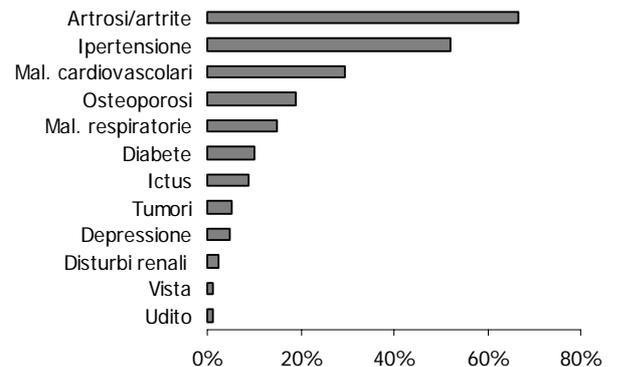
L'obiettivo generale del Piano di azione è quello di contribuire a realizzare **una società per tutte le età**, che riconosca i diversi bisogni e le diverse capacità dei propri membri, non più progettata facendo riferimento alle capacità di un uomo adulto ed in salute, ma tenendo conto delle esigenze di bambini, giovani, anziani, per superare ogni discriminazione fondata sull'età, dando ascolto alla voce, alle esperienze ed ai bisogni degli anziani nella definizione delle politiche di settore, mediante un coinvolgimento attivo ed organizzato degli anziani nella discussione delle politiche e degli interventi che hanno impatto sulla qualità della vita."

2.4.4 Quando con l'età aumentano gli acciacchi

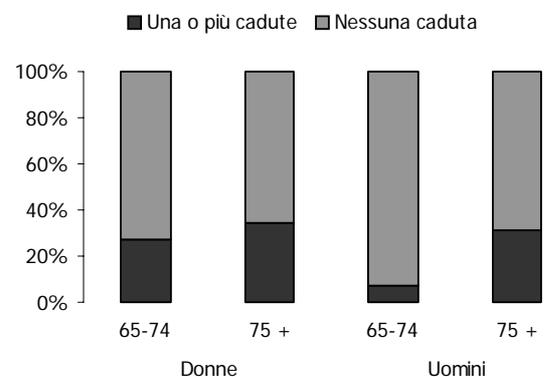
Lo stato di salute della popolazione anziana

- Nel territorio cesenate il 41% degli anziani giudica il proprio stato di salute buono, il 43% discreto ed il 16% cattivo.
- Si stima che circa il 16-20% degli anziani abbia problemi di autosufficienza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione.
- Un anziano su due dichiara di soffrire di 3 o più patologie: la presenza concomitante di più malattie cronico-degenerative rende l'anziano particolarmente "fragile" nel gestire la quotidianità e nella corretta assunzione dei farmaci.
- Anche le cadute sono spia di una condizione di fragilità del soggetto anziano: coinvolgono il 25-30% della popolazione anziana e le loro sequele (in particolare la frattura del collo del femore) sono spesso causa di perdita dell'autosufficienza.
- 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; il 9% ha problemi di udito.
- Un anziano su quattro presenta problemi alla masticazione, ma solo un terzo di questi si reca dal dentista.
- Il 20% degli anziani sopra gli 80 anni soffre di demenza. Il carico assistenziale di questa malattia è notevole: il percorso della malattia copre un arco medio di dieci anni.
- Due anziani su tre conducono uno stile di vita sedentario o non praticano l'attività fisica raccomandata (mezz'ora al giorno di esercizio moderato)
- il 57% è in sovrappeso o obeso.

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



**Cadute riferite nell'ultimo anno.
Emilia Romagna (Studio Argento, 2002)**

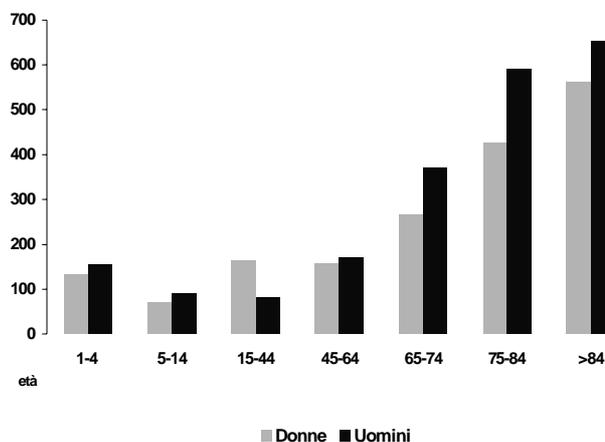


2.4.5 "Dottore, mi dica..."

Il rapporto fra gli anziani e i Servizi Sanitari è contrassegnato da un elevato numero di prestazioni, da un buon livello di soddisfazione e da crescenti bisogni

Gli anziani, pur rappresentando solo il 20% della popolazione generale, determinano circa la metà dei ricoveri in regime ordinario (47%) ed un terzo di quelli in day hospital (36%). Il tasso di ospedalizzazione nella fascia tra i 65-74 anni è pari a 316 per 1.000 abitanti, mentre sale a 492 nella fascia 75-84 anni e a 588 sopra gli 84 anni. La degenza media dei ricoveri in persone anziane è circa il doppio della degenza media nelle persone sotto i 65 anni (11 giorni contro 6 giorni).

Tassi di Ospedalizzazione per 1.000 residenti per sesso e fasce d'età (Ausl Cesena, 2003)



L'assistenza domiciliare integrata (ADI) di carattere sanitario è rivolta in maniera preponderante alle persone anziane (90%); il tasso di pazienti in ADI nel nostro territorio è pari a 18,7 per 1.000 residenti: è stato calcolato che la popolazione cesenate ha il 20% di possibilità in più di essere curata al proprio domicilio rispetto al riferimento regionale.

Il Medico di Medicina generale è un punto di riferimento importante per l'anziano²² e può giocare un ruolo centrale nel contatto con l'organizzazione dei servizi sanitari.

Nel 2003 gli anziani hanno utilizzato il 58% dei farmaci consumati sul territorio cesenate, pur rappresentando solo il 30% di tutti coloro che hanno assunto medicinali.

Nella campagna antinfluenzale 2003-2004 si è vaccinato il 69% delle persone sopra ai 65 anni, in linea con i dati regionali e vicino all'obiettivo raccomandato del 75%.

2.4.6 Quale giudizio danno gli anziani dei servizi offerti?

Da un'indagine realizzata in Emilia-Romagna dall'Eurisko nel 1999, emerge che ben 9 anziani su 10 hanno utilizzato i Servizi Sanitari nei 6 mesi precedenti l'intervista: il 76% di questi ha espresso un giudizio positivo sulla qualità dei Servizi Sanitari pubblici (a fronte di un 59% del resto della popolazione). Il giudizio migliora col crescere dell'età sia per i servizi territoriali (Medico di Medicina Generale, Servizi Domiciliari, Ambulatori Specialistici) sia per quelli ospedalieri e amministrativi. Il 12% degli anziani intervistati ha segnalato difficoltà d'accesso ai servizi, in particolare quelli ambulatoriali. Il 37% degli intervistati ha proposto i seguenti suggerimenti, che possono essere considerati indicativi delle aspettative di questa fascia particolare di popolazione:

- riduzione dei tempi di attesa e semplificazione dell'accesso ai servizi (58%),
- potenziamento dell'assistenza (15%),

²² Elemento emerso durante la ricerca sugli stili di vita e la percezione dello stato di salute della popolazione condotta nel 2003 nel contesto del Progetto Dioniso

- maggiore gentilezza e cortesia (10%),
- costi inferiori (9%),
- miglioramento dell'efficienza dell'organizzazione (8%),
- più competenza e professionalità nel personale medico e paramedico (7%).

L'Osservatorio-Laboratorio Anziani della Provincia di Forlì-Cesena ha condotto nel 2002 un'analisi della qualità percepita nei Servizi di Assistenza Domiciliare Comunale. Buono il livello di soddisfazione degli utenti nei confronti del servizio: in particolare sono apprezzati l'intervento tempestivo, l'adeguatezza delle informazioni, la preparazione e cortesia degli operatori. L'elemento critico maggiormente segnalato è rappresentato dall'inadeguatezza e dall'insufficienza degli orari del servizio erogato rispetto alle necessità.

2.4.7 Alcuni approfondimenti:

L'Assistenza privata a pagamento ("le badanti")

Il 50% degli immigrati regolarizzati in Emilia-Romagna lavora nel campo della collaborazione domestica e dell'assistenza familiare privata; in particolare, il fenomeno delle cosiddette 'badanti' è in costante sviluppo e sta cambiando il volto dell'assistenza domiciliare anche a livello locale.

La Regione Emilia-Romagna ha promosso la ricerca "*Chi cura gli anziani non autosufficienti?*", condotta dall'Istituto di Ricerche Sociali di Milano e realizzata a Cesena ed in alcuni territori delle province di Ravenna e Piacenza. Prendendo in considerazione la situazione degli *anziani residenti in regione con più di 74 anni*, lo studio ha stimato che:

- il 68% vive a domicilio ed è autosufficiente,
- il 26% vive a domicilio, ma non è autonomo in almeno una delle attività della vita quotidiana (ADL) con un quadro eterogeneo di bisogno assistenziale,
- il 6% vive in istituzioni (case protette, residenza sanitaria assistenziale, comunità alloggio) con notevoli problemi di autonomia.
- Fruisce dell'assistenza privata a pagamento:
- un anziano su cinque sopra ai 74 anni di età (pari al 21%, cioè circa 3.800 persone nel nostro territorio) con una spesa media mensile di 570 €; quando l'impegno prestato è continuativo (2 casi su 3) la spesa media mensile sale sui 900 -1000 €.;
- il 30% degli anziani sopra i 74 anni non autosufficienti;
- più della metà degli anziani (56%) beneficiari di assegno di cura (i beneficiari a livello regionale sono pari al 2-3% degli anziani residenti);
- circa la metà degli anziani (47%) beneficiari di assegno di accompagnamento (i beneficiari a livello regionale sono pari al 10% degli anziani residenti più un 10% in attesa di risposta).

Nel 73% dei casi l'assistente domiciliare viene individuata attraverso canali informali (amici e conoscenti)

Nel 90% si tratta di una donna proveniente dall'Est europeo (in genere dalla Polonia) con un'età media di 41 anni e un livello di scolarizzazione alto (diploma e laurea). Il livello di apprezzamento del lavoro svolto è notevole: in 9 casi su 10 gli intervistati riconoscono alle assistenti familiari capacità di cura, disponibilità, pazienza, simpatia e onestà. Tre datori di lavoro su quattro dichiarano di aver regolarizzato la collaboratrice straniera con la sanatoria.

La famiglia e la demenza di Alzheimer (studio Censis 1999)

Il Censis ha condotto una ricerca a livello nazionale su un campione rappresentativo di persone che si prendono cura (caregiver) di pazienti affetti da malattia di Alzheimer diagnosticata e non istituzionalizzati (in netta prevalenza anziani) per valutare il coinvolgimento della famiglia nella cura e nell'assistenza. Il quadro emerso dall'indagine conferma in modo drammatico il peso "familiare" di questa patologia: la maggior parte degli anziani dementi risiede presso il proprio domicilio e il maggior peso assistenziale grava sulle famiglie (si può globalmente parlare di *"famiglia fragile"*). Alcuni aspetti che caratterizzano le condizioni dei nuclei familiari costretti ad affrontare tale realtà:

- I familiari dei malati di Alzheimer dedicano mediamente sette ore al giorno all'assistenza diretta al paziente e quasi undici ore alla sua sorveglianza.
- I caregiver sono in prevalenza donne con famiglia e figli: la solidarietà intergenerazionale è confermata dal fatto che sono i figli e, soprattutto, le figlie dei malati i soggetti più attivi sotto il profilo assistenziale.
- Il sovraccarico assistenziale per il caregiver si somma all'impegno legato allo svolgimento di altri ruoli (professionali, familiari, genitoriali) con tutte le conseguenze che ciò comporta sulla dimensione affettiva, la disponibilità di tempo, lo stress psicofisico.
- Il sovraccarico assistenziale ha un forte impatto sulla vita lavorativa del caregiver: il 66 % ha dovuto lasciare il proprio lavoro (nel caso delle donne la percentuale sale al 72%), il 10% ha dovuto chiedere il part-time ed il 10% ha dovuto cambiare attività all'interno dello stesso lavoro.

In conclusione i nuclei familiari coinvolti per l'insorgere di Alzheimer sono costretti a mettere in campo risorse aggiuntive rispetto a quelle necessarie per portare avanti le ordinarie attività ed a ridefinire gli equilibri familiari (affettivi, di gestione delle risorse, psicologici) alla luce delle esigenze assistenziali del malato, peraltro crescenti con l'aggravarsi della malattia. In quest'ottica il rapporto tra la famiglia e la rete istituzionale dei servizi socio-sanitari appare un elemento di sostegno importantissimo.

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 sopracitati: 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 si lamenta una eccessiva burocrazia e lentezza da parte delle Istituzioni;
- il 90% dichiara 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.

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

"Italia, paese di immigrazione in un popolo di migranti": con questo slogan il Dossier Caritas-Migrantes 2003, che stima al 4,2% l'incidenza degli stranieri sull'intera popolazione²³, vuole sottolineare come l'immigrazione in Italia non possa più essere considerata un fenomeno emergenziale, bensì debba essere concepita come una dimensione strutturale della nostra società.

Nella Provincia di Forlì-Cesena gli immigrati residenti sono passati da una percentuale dell'1,8 nel 1999 al 4,2% nel 2003 con uno dei più alti incrementi della Regione.

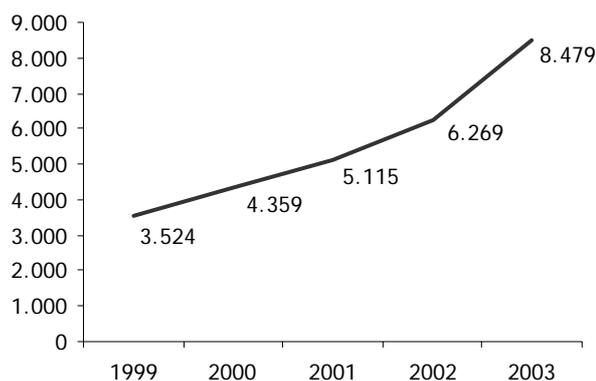
Al 31 dicembre 2003 nel Comprensorio Cesenate risultavano 8.479 stranieri residenti, pari al 4,4% sul totale dei residenti, con un aumento del 35% nell'ultimo anno e del 140 % nel corso degli ultimi quattro anni.

Il notevole incremento di residenti stranieri registrato nel corso del 2003 è in gran parte frutto degli effetti della "regolarizzazione": nel Comprensorio Cesenate sono state presentate circa 2.000 richieste di regolarizzazione.

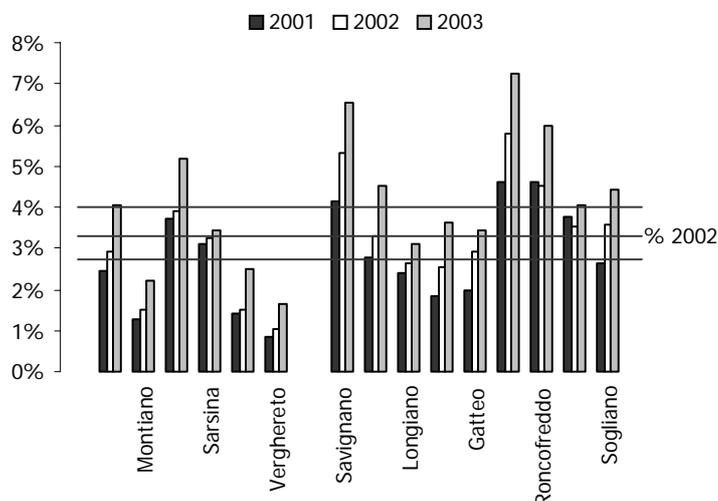
Da segnalare, inoltre, come il Distretto Rubicone-Costa negli ultimi anni abbia registrato percentualmente una maggiore presenza di residenti stranieri rispetto al distretto Cesena-Valle Savio.

Per quanto riguarda le nazionalità maggiormente rappresentate occorre fare riferimento ai dati dell'Osservatorio sull'Immigrazione della Provincia di Forlì-Cesena relativi al 31 dicembre 2002, che confermano l'Europa (3.156 residenti in totale) come principale continente di provenienza degli immigrati extracomunitari (2.735 residenti) per il nostro territorio di riferimento.

Numero immigrati nel comprensorio cesenate quinquennio 1999 -2003



Proporzione di stranieri tra i residenti nei comuni del circondario cesenate



²³ Il Dossier Caritas-Migrantes 2004, di recente pubblicazione, stima al 4,5% l'incidenza degli stranieri sull'intera popolazione

Più nel dettaglio la nazionalità maggiormente rappresentata è quella albanese, con 1.354 residenti, seguita da quella marocchina, con 1.149 unità, seguono con numeri molto inferiori la nazionalità bulgara (400), quella tunisina (395), quella cinese (289), quella senegalese (280) e via via tutte le altre. Nel complesso le nazionalità rappresentate risultano essere 104.

2.5.2 Il dialogo fra le culture per una cultura del dialogo

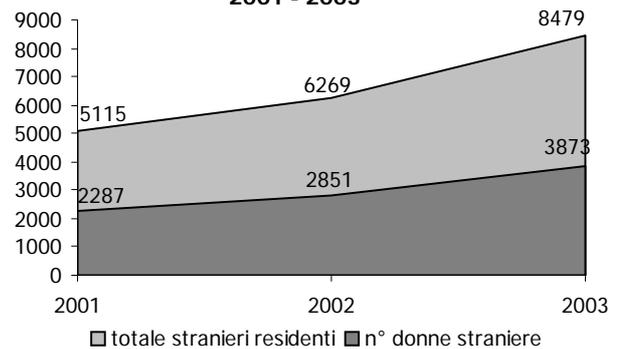
L'integrazione e l'orientamento ai Servizi del territorio

L'incontro tra popoli e culture differenti rappresenta un eccezionale momento di crescita per tutti i soggetti coinvolti, ma necessita di alcuni processi di reciproca integrazione e comprensione che spesso non sono di semplice assimilazione. Da qui la fondamentale importanza delle attività di mediazione socio-culturale e di facilitazione all'accesso ai servizi territoriali, attività che devono sapersi adattare ad un processo migratorio in continuo cambiamento, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo

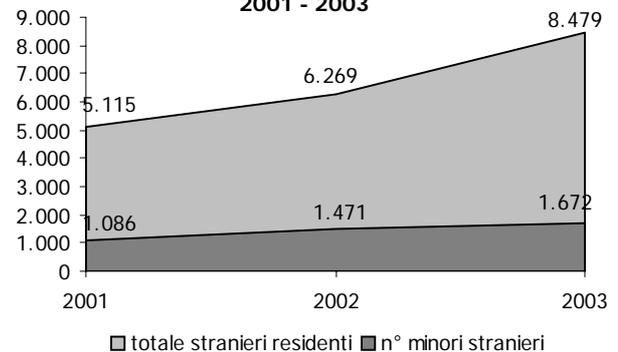
Negli ultimi anni l'immigrazione cesenate deve molto del suo incremento al fenomeno dei ricongiungimenti familiari. Questo indica che è mutato l'atteggiamento degli stessi immigrati rispetto al loro processo migratorio e, al tempo stesso, fa avanzare un tipo d'immigrazione più strutturato, con bisogni sociali sempre più complessi, che spesso devono essere affrontati senza poter contare sul sostegno familiare e sociale.

I ricongiungimenti familiari portano inevitabilmente l'attenzione sulla specificità dell'integrazione delle **donne straniere**, che nel 2003 risultavano essere il 46% dell'intera popolazione immigrata straniera. Alfabetizzazione, coinvolgimento nella vita sociale, formazione professionale e ingresso nel mondo del lavoro con supporto alla conciliazione tra i tempi della cura domestica con i tempi di lavoro, sono alcuni degli obiettivi specifici del percorso di integrazione delle donne straniere. Con la diffusione delle famiglie immigrate va registrato anche l'incremento di **minori stranieri**, per i quali le esigenze proprie dell'età evolutiva si associano alla complessità psicosociale del vivere in contesti socio culturali spesso profondamente differenti tra loro, come la famiglia d'origine e l'ambiente sociale circostante (scuola, amici, sport, ecc.). I dati 2003 relativi al comprensorio cesenate dimostrano che la presenza di bambini in età scolare e prescolare rappresenta più del 20% dell'intera popolazione straniera residente e quasi il 6% dell'intera popolazione minore.

Distribuzione donne straniere su totale stranieri nel comprensorio cesenate anni 2001 - 2003



Distribuzione minori stranieri su totale stranieri nel comprensorio cesenate anni 2001 - 2003



Questi dati confermano l'importanza che, in ambito scolastico, deve esser attribuita al tema dell'integrazione dei bambini stranieri e della mediazione culturale a più livelli (bambini - insegnanti, genitori - figli, genitori - insegnanti, ecc.).

Un ruolo molto importante nel processo d'integrazione socio-culturale viene svolto dalle opportunità di partecipazione attiva alla vita della collettività offerte agli stranieri.

In tal senso vanno segnalate le esperienze delle "consulte immigrati", luoghi di confronto degli immigrati fra loro e con gli organismi politici dei Comuni, nonché la diffusione dell'"associazionismo etnico", capace di realizzare attività di promozione/informazione sulle culture d'origine e di diffusione della ricchezza dell'integrazione multi-etnica.

2.5.3 Con la valigia accanto al letto

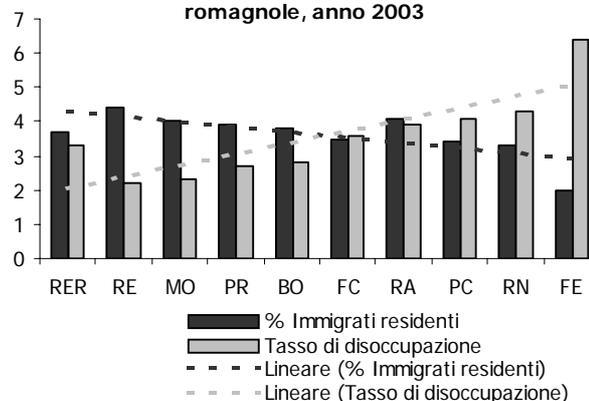
Gli immigrati e il lavoro: condizioni, dinamiche, esigenze

Nel determinarsi delle dinamiche migratorie un ruolo fondamentale è svolto dalla capacità di un territorio di offrire opportunità di lavoro: gli stranieri residenti nel nostro territorio sono infatti in maggioranza adulti attivi e dotati di permessi di soggiorno registrati dalla Questura per motivi di lavoro. Il IV° rapporto sull'immigrazione in Emilia-Romagna, mostra una significativa relazione inversa tra la presenza degli stranieri e il tasso di disoccupazione: nelle province dove la prima variabile è maggiore, è minore la seconda.

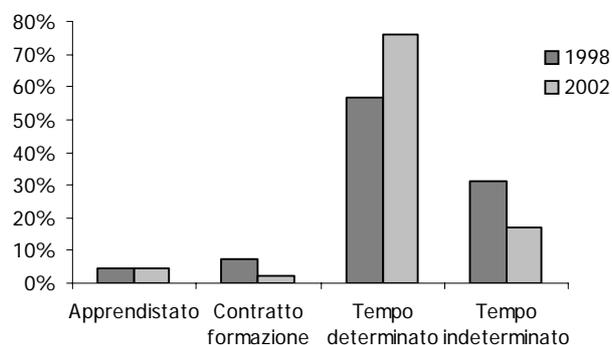
Tali circostanze confermano il permanere anche di un consistente numero immigrati, solitamente singoli, dediti ad un'immigrazione meno strutturata - "con la valigia accanto al letto" - (lavoratori stagionali o con contratto a tempo determinato), tipologia di immigrazione facilitata anche dalla legge "Bossi-Fini", che tende a prorogare nel tempo la stabilizzazione del lavoratore immigrato, favorendone una permanenza strettamente legata alle esigenze del mercato del lavoro (Bernardotti M. 2001).

Ad incrementare i numeri di questa immigrazione vi sono poi gli immigrati giunti sul nostro territorio direttamente dall'estero con permesso di soggiorno per lavoro stagionale. Nel 2003 i permessi di questo tipo sono stati a 1.344; i lavoratori che rientrano in questa categoria sono richiesti soprattutto dal turismo e dall'agricoltura, e quindi la loro presenza interessa in particolar modo il territorio cesenate.

Confronto immigrati residenti tassi di disoccupazione nelle province emiliano romagnole, anno 2003



Distribuzione per tipologia di avviamenti al lavoro degli immigrati, anno 1998 - 2002



Questo tipo d'immigrazione comporta la necessità di specifici servizi socio-assistenziali e di accoglienza che tengano in considerazione l'elevata mobilità territoriale del lavoratore immigrato singolo.

Il lavoro non è solo elemento fondamentale per condizionare i processi migratori, ma anche strumento decisivo per determinare i redditi familiari e i relativi bisogni (casa, servizi scolastici, servizi sanitari, ecc.). In proposito va sottolineato come negli ultimi anni si sia delineata una lenta, ma progressiva tendenza delle famiglie immigrate straniere a superare alcuni retaggi culturali, che vogliono la donna, specie se sposata, dedita solo alla famiglia e alle faccende domestiche, a favore della ricerca di un secondo stipendio ad integrazione di quello del marito. Tale affermazione viene confermata dal rapporto Antares-Serinar "Economia, Lavoro e Società" che, analizzando i dati del Centro per l'Impiego provinciale, evidenzia come la quota di donne straniere avviate al lavoro è passata dal 24% del 1998 al 34% del 2002.

Parallelamente a questo dato positivo il suddetto rapporto mette in evidenza, però, un incremento degli avviamenti al lavoro con contratti a tempo determinato a scapito di quelli a tempo indeterminato, con inevitabili ripercussioni negative sulla consistenza dei redditi.

2.5.4 Per una integrazione compiuta: La Casa

Ipotesi e strategie per affrontare il problema abitativo degli immigrati²⁴

Nella classifica dei bisogni degli immigrati, dopo il lavoro e la prima accoglienza, viene senza dubbio la necessità di un'abitazione adeguata. Il suo raggiungimento segna in modo decisivo lo stato di avanzamento dello stesso processo d'integrazione. Purtroppo il repentino incremento del tasso immigratorio di questi ultimi anni, la liberalizzazione dei contratti d'affitto, i tempi lunghi e costi elevati di costruzione, hanno fatto sì che nel Comprensorio Cesenate, come in gran parte d'Italia, vi siano alcune difficoltà nel dare risposte adeguate a questo bisogno.

E' questo un problema complesso la cui soluzione esige strategie incentrate sulla predisposizione di una serie di risposte integrate che, accessibili paritariamente da tutti i cittadini, tengano in considerazione i diversi livelli di bisogno di alloggio e coinvolgano anche altri soggetti del territorio oltre agli Enti Locali. Sulla base di alcune esperienze nazionali ed internazionali²⁵ condotte in paesi di più antica immigrazione viene suggerito di porre l'attenzione sui seguenti ambiti di intervento:

- 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.

Particolarmente utile potrebbe risultare, poi, l'istituzione di un innovativo servizio di "mediazione all'abitare" volto ad accompagnare e formare le persone straniere rispetto all'uso dell'alloggio, al fine di prevenirne comportamenti impropri che possono favorire il deperimento dell'alloggio e il sorgere di rapporti conflittuali con il vicinato.

²⁴ Per un'approfondimento della materia si vedano: Marcetti C., Solimano N., Tosi A., a cura di, 2000; Zonin R., a cura di, 2003; Bernabini F. 2002; SUNIA, Ancap-Legacoop, a cura di, 2001; Stevenato S., 1999; Bernardotti M. G., a cura di, 2001.

²⁵ Il 19 e 20 novembre 2004 si è tenuto Cesena il Convegno "Immigrazione e nuovi scenari delle politiche abitative" che ha permesso di conoscere alcune importanti esperienze nazionali.

2.5.5 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

Il progetto migratorio spesso prevede che le famiglie di origine concentrino le loro risorse economiche sugli individui che, per livello di istruzione e condizioni di salute, hanno maggiori probabilità di avere successo. Lo stato di salute degli immigrati che giungono da noi per cercare lavoro e "fare fortuna" è quindi generalmente molto buono (**effetto "migrante sano"**). Purtroppo le difficoltà di natura socio-economica incontrate all'arrivo porta in alcuni casi queste persone a perdere il loro patrimonio di salute e ad ammalarsi (**fragilità sociale**).

L'effetto "migrante sano" è valido per le comunità di recente immigrazione, ma il fenomeno del ricongiungimento familiare, che richiama nel nostro paese parenti e congiunti (persone anziane, donne e bambini) di immigrati presenti da più tempo, tende a modificare il profilo di salute di questa fascia di popolazione, facendo emergere problemi e bisogni legati alla gravidanza e alle fasi estreme della vita.

Dai dati nazionali del rapporto Caritas 2003 emerge che il profilo di salute dell'immigrato in gran parte è sovrapponibile a quello della popolazione italiana di pari età, anche se le precarie condizioni di vita e di accesso ai servizi, specialmente nelle prime fasi dell'immigrazione, comportano talvolta più casi di malattie respiratorie (causate da abitazioni insalubri e sovraffollate), disturbi gastrointestinali (dovute a un'alimentazione inadeguata), malattie dermatologiche (determinate dall'alta promiscuità abitativa e da carenze igieniche), traumatismi (riconducibili spesso al lavoro irregolare), disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol (disagio sociale). Per le donne straniere si evidenzia un numero superiore di patologie della gravidanza ed un ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza superiore a quanto non si rilevi tra le donne italiane, anche se inferiore a quanto si registra nei paesi d'origine.

Tale situazione è in parte confermata dai dati locali²⁶: tra gli stranieri residenti di età compresa tra i 18 e i 44 anni, ricoverati nell'Azienda Sanitaria di Cesena (2002-2003) le cause più frequenti di ricovero sono state per le donne le complicazioni della gravidanza e/o del parto (46% dei ricoveri delle straniere vs 39% di quelli delle italiane), la gravidanza e/o il parto normali (13% vs 10%) e gli aborti indotti (11% vs 3%); mentre per gli uomini le fratture agli arti, al cranio, alla faccia e in altre sedi (14% dei ricoveri di stranieri vs 10% dei ricoveri di italiani), i disturbi mentali (8% vs 5%) e le patologie delle vie respiratorie superiori (7% vs 6%).

Molte persone ritengono, erroneamente, che le malattie più frequenti tra gli immigrati siano le malattie infettive; in realtà esse nella nostra realtà sono poche in numeri assoluti. A Cesena nel 2002 le malattie infettive sono state causa di circa l'1% dei ricoveri di immigrati, percentuale sovrapponibile a quella degli italiani.

Dopo questa importante premessa si può notare che, per quanto riguarda i casi di AIDS notificati a livello nazionale in cittadini stranieri, questi sono risultati pari al 14% (2000-2001) a fronte di una presenza straniera nello stesso periodo pari a circa il 3%. Nella provincia di Forlì-Cesena la proporzione di nuovi casi di AIDS diagnosticati in stranieri è passata dallo 0% del periodo 1987-1988 al 5,4% del periodo 2001-2003, toccando tra il 1998 e il 2000 la punta del 6,7%²⁷.

²⁶ Fonte dati: Schede di dimissione ospedaliera AUSL Cesena Anni 2002-2003

²⁷ Fonte dati: Servizio Sanità Pubblica Assessorato alla Sanità. Regione Emilia-Romagna

Anche la tubercolosi è in costante aumento tra i cittadini stranieri: i dati locali mostrano che nel periodo 2000-2002 il 16% dei casi si è verificato in stranieri; il dato è confermato anche a livello nazionale, dove si è passati dal 8% nel 1992 al 17% del 1998. La causa di questo aumento pare legata alla facilità di esposizione all'infezione nei paesi di provenienza, ma soprattutto alle precarie condizioni di vita nelle quali gli immigrati spesso vivono e che facilitano la riattivazione di forme primarie altrimenti silenti. Inoltre, le maggiori difficoltà nell'individuazione e nella gestione dei casi in pazienti stranieri rendono più complicata la terapia e il controllo della diffusione dell'infezione tra i conviventi e i contatti.

I pochi casi di malaria registrati tra il 2000 e il 2002 nel territorio cesenate²⁸, sono stati soprattutto a carico di stranieri (5 casi su 7). Questo è dovuto al fatto che gli immigrati quando tornano ai loro Paesi di origine solitamente non adottano le necessarie misure di prevenzione, non valutando che il soggiorno in Italia ne può avere indebolito le barriere immunitarie: è pertanto importante comunicare loro questo rischio e consigliare una adeguata profilassi.

Gli infortuni sul lavoro tra gli immigrati, pur non disponendo di una rilevazione sistematica del fenomeno, sembrano essere un problema emergente. Alcuni dati relativi a ricoveri e prestazioni in pronto soccorso causate da "traumatismi" o "incidenti domestici" potrebbero essere legati ad infortuni sul lavoro, svolto clandestinamente. I dati cesenati sugli "Stranieri Temporaneamente Presenti" (cioè sui cosiddetti "irregolari") segnalano che i ricoveri per "traumatismi e avvelenamenti" sono stati il 9% del totale nel 2003 (Epicom news n. 4).

Per quanto riguarda la salute materno-infantile i dati nazionali evidenziano la presenza di una disuguaglianza di salute nelle primissime fasi della vita. Tra gli stranieri è presente un eccesso di nati prematuri, di basso peso alla nascita e di morbilità perinatale. Questa situazione pare correlata alla presenza di barriere culturali e linguistiche all'accesso ai Servizi di prevenzione, diagnosi e cura.

Anche a livello locale i dati confermano il maggior rischio fra gli stranieri di nascite premature, di basso peso alla nascita o di patologie perinatali, eventi che interessano 19 su 1.000 minori residenti tra gli stranieri e 7 su 1.000 tra gli italiani.

Da un'analisi dell'accesso ai servizi di cura prenatale effettuata nel 2002 nell'Azienda Sanitaria di Cesena (Epicom news n. 3), risulta che le donne straniere ricevono complessivamente un buon livello di assistenza, anche se la percentuale di gravide straniere che non effettua la prima visita entro la 13^a settimana come consigliato, è maggiore rispetto alle italiane (7% vs 1%), lasciando intravedere l'esistenza di ambiti di miglioramento dell'informazione e dell'accesso da affrontare. Per quanto riguarda le modalità del parto non esistono differenze tra italiane e straniere, sottoposte a taglio cesareo in uguale percentuale (in media 23% del totale).

Nel 2002 si è verificato a Cesena un solo caso di nato morto da una donna straniera e 5 casi da donne italiane²⁹. Considerando che i parti delle straniere sono stati il 10% del totale questo evento collocherebbe la percentuale di nati morti osservata per le straniere (17%) al di sopra dell'atteso, ma i numeri sono troppo esigui per poter affermare qualcosa che vada oltre la semplice casualità. Per quanto riguarda il maggiore ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) i dati locali confermano un'elevata incidenza del fenomeno tra le straniere. Nel periodo 2002-03 nel cesenate le donne straniere hanno eseguito il 32% delle IVG totali (125 su 390) pur rappresentando solo il

²⁸ Registro Notifiche malattie infettive Ausl Cesena 2001-2003

²⁹ Fonte archivio schede CEDAP Ausl Cesena 2002

3% della popolazione femminile totale. Tra queste donne sono particolarmente numerose quelle provenienti dalla Penisola Balcanica (10% di tutte le IVG). Questo dato pare legato soprattutto alla scarsa conoscenza e utilizzo di metodi contraccettivi e, per alcune donne, all'esercizio della prostituzione. In alcuni casi, inoltre, entrano in gioco fattori culturali e abitudini importate dal Paese d'origine, dove è più comune e socialmente accettato il ricorso all'IVG rispetto all'utilizzo di metodi contraccettivi.

Per quanto riguarda la salute dei bambini e adolescenti figli di stranieri (0-17 anni) si nota che questi hanno un'incidenza di ricoveri per alcune patologie superiore ai figli di italiani .

**Numero di ricovero per patologia ogni 1000 residenti minorenni, confronto italiani e stranieri .
Territorio cesenate-2002/2003**

Patologie	stranieri	italiani
	n. ricoveri ogni 1000 residenti minorenni	n. ricoveri ogni 1000 residenti minorenni
Totale ricoveri	263,9	124,5
Malattie delle vie respiratorie superiori (tonsilliti, laringiti,,,))	27,4	13,4
Patologie perinatali (basso peso, prematurità, ipossia e asfissia alla nascita, ittero...)	23,6	7,9
Disordini dei liquidi e degli elettroliti (disidratazione...)	13,3	4,0
Bronchite acuta	9,9	4,0
Asma	7,9	2,2
Otite media e condizioni correlate	4,8	1,5
Infezioni intestinali	1,0	0,3

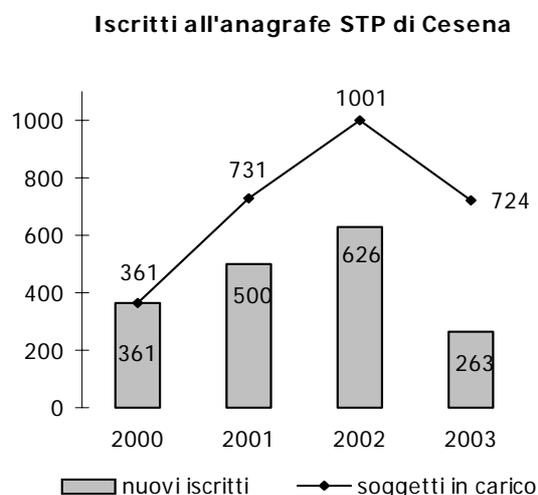
I ricoveri in ospedale sono più frequenti tra i figli di stranieri e sono principalmente dovuti a patologie legate all'abitazione in ambienti insalubri (umidi e con cattivo sistema di riscaldamento), alla scarsa igiene degli alimenti e al difficoltoso accesso ai servizi sanitari di base.

Tra i residenti del comprensorio cesenate, dal 1999 al 2003, si sono verificati 3 decessi di minorenni stranieri, circa il 6% di tutti i morti minorenni. I pochi casi non permettono di trarre delle conclusioni su una maggiore incidenza tra gli stranieri di mortalità tra i minorenni, ma devono essere comunque osservati e monitorati nel tempo.

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 non ha modificato 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.

Questa possibilità abbatte un'importante barriera all'accesso, quella giuridico-legale ed economica, ma purtroppo permangono altri ostacoli da abbattere per favorire il godimento pieno del diritto



alla salute. Ad esempio esistono barriere di tipo linguistico-culturali che possono ridursi con l'intervento di mediatori culturali, con il miglioramento dell'informazione, con la formazione degli operatori dei Servizi sociosanitari. Ostacoli burocratico-amministrativi ed organizzativi richiedono, invece, interventi di semplificazione amministrativa e di maggiore flessibilità dei Servizi.

Nel 2003 il numero di persone in carico all'Anagrafe STP (aventi tesserino valido per almeno un giorno dell'anno) è stato pari a 724; come per il 2002 si è trattato in prevalenza di donne (60%).

I nuovi iscritti sono stati 263, circa il 28% in meno rispetto al 2002, in controtendenza rispetto agli anni precedenti (probabilmente per regolarizzazione in seguito all'adozione della legge Bossi-Fini).

2.5.6 Il dramma dell'immigrazione forzata

Profughi, rifugiati politici, tratta di essere umani e prostituzione

Il processo migratorio può assumere aspetti particolarmente drammatici quando eventi violenti e involontari che si realizzano nel paese d'origine portano le persone a divenire profughi e/o rifugiati politici, oppure ad essere vittime della tratta di essere umani e costrette alla prostituzione. Queste persone arrivano spesso in condizioni di sofferenza, soprattutto psicologica, per gli abusi e le violenze subite, e necessitano di una adeguata accoglienza socio sanitaria.

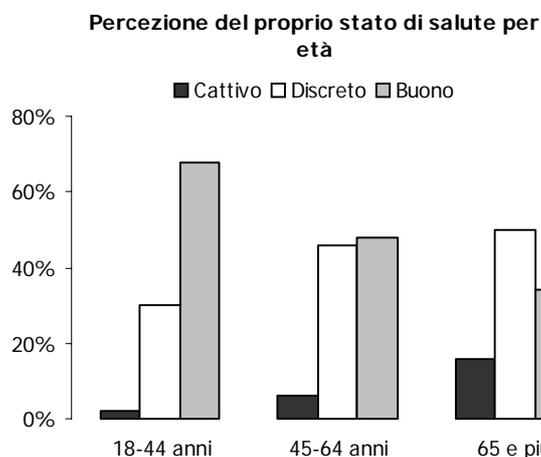
Anche il comprensorio cesenate è interessato a questo tipo di immigrazione, in particolare la presenza di località turistiche molto frequentate ha favorito la presenza di un'immigrazione illegale finalizzata alla prostituzione.

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

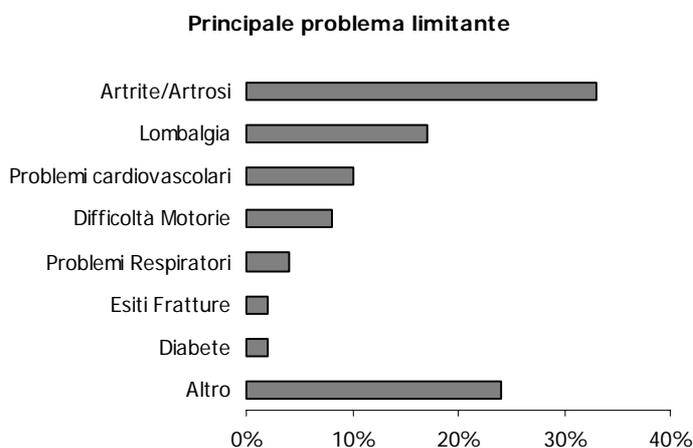
In diversi studi condotti su scala internazionale la percezione soggettiva del proprio stato di salute è risultata essere un predittore di salute più significativo rispetto a indicatori tradizionali, come mortalità e morbosità. In particolare, lo stato di salute autopercepito si è mostrato correlato non solo alla qualità della vita, ma anche alla frequenza del ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione. Nello studio 'Dioniso', condotto nel 2003 nel territorio dell'Azienda sanitaria di Cesena, sono emersi i dati di seguito riportati.



Poco più della metà della popolazione residente (53%) definisce la propria salute in modo positivo (buona o molto buona), il 40% la giudica discreta, mentre il 7% la ritiene cattiva o molto cattiva. A giudicare in modo più negativo il proprio stato di salute sono soprattutto le donne (8% rispetto al 4% degli uomini) e gli anziani (16% degli oltre sessantacinquenni).

Un intervistato su quattro (24%) riferisce di avere difficoltà a svolgere le proprie attività quotidiane per un problema di salute. La presenza di limitazioni è maggiormente avvertita dalle donne (28%) rispetto agli uomini (20%).

Il problema che limita con maggior frequenza le attività quotidiane, secondo le indicazioni degli intervistati, è l'artrite/artrosi (33%); seguono lombalgia/mal di schiena (17%), problemi cardiaci (10%) e difficoltà motorie (8%).



La percezione relativa al proprio stato salute appare correlata anche al livello di istruzione. La percentuale di intervistati che giudicano positivamente il proprio stato di salute aumenta al crescere del titolo di studio: tra i laureati è dell'81%, tra le persone in possesso di licenza media superiore è pari al 63% e con licenza media inferiore al 54%. Si scende al 41% tra gli intervistati con la sola licenza elementare e al 28% tra coloro che non hanno conseguito alcun titolo di studio (in questo caso si tratta essenzialmente di persone anziane).

Esiste infine una differenza tra i residenti nelle diverse aree territoriali. Nell'Area di Cesena l'8% degli intervistati valuta negativamente il proprio stato di salute, in quella del Rubicone-Mare il 6%, mentre nella zona della Comunità Montana solo il 2%.

3.1.1 Dove si nasconde il pericolo?

Fra i fattori percepiti come rischio per la salute i tumori, gli incidenti stradali, l'inquinamento

In occasione di una ricerca denominata "Sviluppo di un sistema di sorveglianza dei rischi di incidenti stradali" realizzato negli anni 2002-2003 in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna è stato intervistato un campione statisticamente significativo della popolazione residente in tre comuni (Cesena, Cesenatico e Savignano sul Rubicone).

Ai 541 intervistati si è chiesto di indicare il proprio grado di preoccupazione (riferito a sé e ad "altri significativi"³⁰) per ciascuna delle tematiche di rilevanza sociale, indicate nella tabella sotto riportata.

Lo scopo era verificare quanto erano percepiti gli incidenti stradali come problema rispetto ad altri. Si ritiene che i risultati raccolti possano offrire un'interessante visione delle preoccupazioni dei residenti.

Si nota che vi è una generale sottostima del rischio riferito a sé rispetto a quello riferito ad altri.

Tra le aree che preoccupano di più i cittadini dei tre Comuni coinvolti nella ricerca sono prevalenti i **tumori**, gli **incidenti stradali**³¹ e l'**inquinamento atmosferico**; destano minori preoccupazioni l'AIDS, la presenza di immigrati extracomunitari e la droga.

Preoccupazione per sé e per altri su tematiche di rilevanza sociale. Analisi per comune (percentuali relative alle risposte "molto" e "moltissimo" sul totale delle risposte) -anni 2002/2003

	Preoccupazioni per sé				Preoccupazioni per altri			
	Cesena	Cesenatico	Savignano S/R	Totale	Cesena	Cesenatico	Savignano S/R	Totale
Tumori	67,4	65,7	68,7	67,3	69,8	68,3	64,5	68,7
Incidenti della strada	57,6	58,7	56,0	57,5	70,7	78,2	68,8	71,9
Inquinamento atmosferico	54,4	34,9	39,8	48,1	51,4	50,5	41,6	49,7
Fumo da sigarette	44,5	30,3	48,2	42,2	51,1	52,5	44,2	50,3
Alimenti geneticamente modificati, BSE	42,4	36,7	33,3	39,9	45,3	53,5	36,8	45,7
Microcriminalità	36,9	40,4	34,5	37,2	51,4	53,5	48,1	51,3
Mancanza garanzie economiche e assistenziali	38,2	35,8	32,5	36,8	47,7	62,4	36,4	48,9
Elettrosmog	39,7	29,9	31,3	36,4	44,1	49,0	37,7	44,1
Solitudine	25,3	34,9	30,1	28,0	33,8	43,6	22,1	34,0
AIDS	26,5	31,2	24,1	27,1	40,3	50,0	29,9	40,6
Presenza di immigrati extracomunitari	30,2	12,8	24,4	25,8	35,0	36,6	27,3	34,2
Droga e tossicodipendenze	25,9	32,1	8,4	24,4	36,6	48,5	27,3	37,5

³⁰ Per "altro significativo", in psicologia, si intende una persona con cui si ha una relazione emotivamente rilevante.

³¹ Poiché la ricerca è incentrata sul tema della sicurezza stradale, la voce "incidenti della strada" può risultare in parte sopravvalutata.

Emergono alcune differenze nei Comuni coinvolti: l'inquinamento atmosferico, l'elettrosmog, le problematiche legate all'alimentazione e la presenza di immigrati extracomunitari raggiungono valori più alti a Cesena; solitudine, AIDS e droga sono particolarmente avvertiti a Cesenatico, mentre la preoccupazione per il fumo di sigarette è più rilevante a Savignano s/R.

Su alcune categorie di rischio quali i tumori, gli incidenti stradali, la microcriminalità e l'AIDS, le donne intervistate esprimono livelli di preoccupazione per sé e per altri molto maggiori rispetto agli uomini. Per quanto riguarda le classi d'età, i più giovani esprimono maggiori preoccupazioni personali per i tumori, gli incidenti stradali e la mancanza di garanzie economiche e assistenziali.

Gli adulti (30-64 anni) sono concordi nel valutare più preoccupanti i tumori, gli incidenti della strada e l'inquinamento acustico, mentre gli anziani, oltre ai tumori, evidenziano la microcriminalità, gli incidenti stradali e il fumo da sigarette.

3.2. Pigri e golosi? Così non va

Fra i fattori di rischio più diffusi ci sono la sedenterietà, il sovrappeso, il fumo e l'alcol

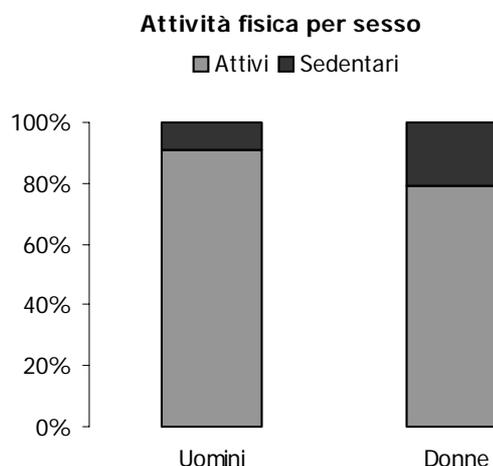
Sedentarietà, sovrappeso, abitudine al fumo, consumo eccessivo d'alcol sono tra i maggiori responsabili delle cause di morte e malattia più diffuse nella nostra popolazione (malattie cardiovascolari, tumori, malattie broncopolmonari...). Del resto, l'adozione di un particolare stile di vita non è legata semplicemente ad una scelta individuale, frutto di conoscenze, credenze, valori, ma è condizionata anche da diversi fattori socioeconomici e ambientali (reddito, relazioni sociali, leggi e norme vigenti, disponibilità di risorse per la salute) che possono pertanto determinare disuguaglianze nella popolazione.

Nel territorio cesenate il fattore di rischio più diffuso è l'insufficiente attività fisica (51%); a seguire ci sono il sovrappeso (42%), il fumo (26%) e l'alcol (6%). Questi dati appaiono in linea con quelli dell'indagine multiscopo ISTAT (1999-2000) riferita a tutto il territorio nazionale. In base ai risultati ottenuti nel campione si può stimare, nel territorio cesenate, la presenza di circa 81.500 persone che non praticano sufficiente attività fisica (di cui 25.600 sono sedentari), di 49.500 persone in sovrappeso e 17.600 obese, di 42.200 fumatori e di 9.700 persone con problemi di eccessivo consumo di alcol.

3.2.1 Diamoci una mossa

Nel comprensorio cesenate oltre metà della popolazione svolge un'attività fisica insufficiente

I benefici per la salute indotti da un'attività fisico-motoria svolta con regolarità sono ormai noti: l'esercizio fisico regolare ha 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. Il 51% dei residenti nel territorio cesenate pratica un'attività fisica, compresa quella condotta in ambito lavorativo o domestico, insufficiente; di questi il 16% ha uno stile di vita del tutto sedentario.



La differenza tra i due sessi appare rilevante: tra le donne la scarsa attività fisica sale al 58% a fronte del 42% negli uomini, fra questi gli inattivi sono rispettivamente 21% e 9% .

Un anziano su tre (32%) conduce uno stile di vita sedentario.

Gli indici di qualità della vita appaiono globalmente migliori nelle persone con stile di vita attivo. I sedentari appaiono poco motivati ad attivarsi: solo la metà di loro pensa di voler incrementare l'attività fisica in futuro.

Tra le persone con basso titolo di studio la percentuale di persone con stile di vita sedentario sale al 24%, mentre è del 14% tra quelle con titolo alto.

3.2.2 Per qualche chilo in più

La diffusione dei problemi di sovrappeso e obesità

Il sovrappeso e l'obesità rappresentano un importante fattore di rischio per la salute. L'eccesso di peso comporta complicanze cardiovascolari e dell'apparato muscoloscheletrico; favorisce l'insorgenza di ipertensione, diabete e alcuni tipi di neoplasie.

Fattori di tipo genetico e fisiologico predispongono all'insorgenza dell'obesità, associati ad altri di tipo comportamentale ed ambientale, come, ad esempio, una scorretta alimentazione, l'assunzione di eccessive quantità di zuccheri e di grassi, uno stile di vita sedentario.

Il 31% dei residenti nel territorio cesenate è in sovrappeso e l'11% è obeso. Il sovrappeso riguarda più gli uomini che le donne (38% contro 25%), così come l'obesità (13% contro il 9%).

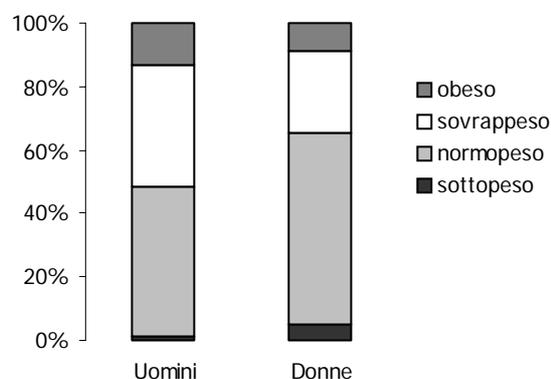
Il sovrappeso aumenta con l'età: tale condizione riguarda il 17% delle persone della fascia 18-44 anni contro il 47% degli anziani.

Per quanto concerne l'obesità la classe di età più colpita è quella tra i 45 e i 64 anni (18%).

Tra le persone con un titolo di studio alto la percentuale gli obesi è del 7%, mentre sono più del 15% tra quelle con al massimo la licenza elementare; lo stesso andamento si osserva per il sovrappeso.

In particolare sono le condizioni dei bambini e dei ragazzi a destare maggiore preoccupazione, perché l'obesità infantile è il principale fattore di rischio per lo sviluppo dell'obesità da adulti: da un'indagine campionaria recentemente condotta nelle scuole dell'infanzia del territorio cesenate, emerge che il 15% dei bimbi di 6 anni è in sovrappeso e il 9% obeso.

Indice di massa corporea: distribuzione per sesso



3.2.3 "Bionde" pericolose

L'abitudine al fumo nel comprensorio cesenate

Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato la forte relazione tra esposizione al fumo di tabacco e salute. Il fumo rappresenta, infatti, uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose malattie cronicodegenerative come ad esempio il tumore polmonare, l'enfisema, le malattie cardiovascolari, etc.

Circa un quarto degli intervistati fuma (26%): la percentuale degli uomini fumatori è superiore a quella delle donne (33% vs il 21%); con

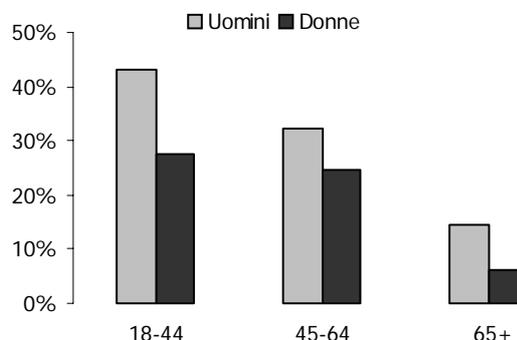
l'aumentare dell'età diminuisce il numero di fumatori (oltre i 65 anni solo il 9% fuma).

Si tratta prevalentemente di fumatori "medi" (42%) o "moderati" (28%).

L'intenzione di sospendere il fumo è abbastanza diffusa: il 60% dei fumatori dichiara di "volere smettere" e il 44% pensa di sperimentare questo cambiamento entro un anno.

La percentuale dei fumatori, in entrambi i sessi, è più alta tra le persone con la licenza media (36% vs 22% tra i laureati).

Fumatori: distribuzione per età e sesso



3.2.4 La salute comincia nel piatto

Le abitudini alimentari nel nostro territorio

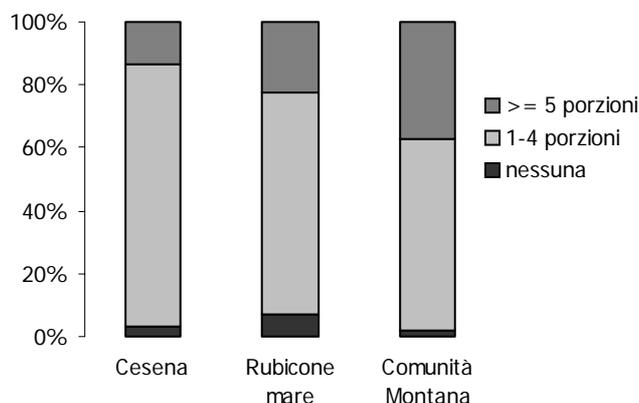
Tra gli stili di vita legati alla salute

l'alimentazione ricopre un ruolo fondamentale: una nutrizione non corretta contribuisce in misura determinante all'insorgenza di molte malattie cronicodegenerative.

Nonostante la vocazione agricola del territorio, si mangia poca frutta e verdura: solo un intervistato su cinque consuma le cinque porzioni al giorno consigliate (14% a Cesena, il 23% nel Rubicone-Mare e il 37% nella Comunità Montana). Il consumo di carne

avviene in media tre volte a settimana, quello di salumi due volte; il consumo è più frequente tra i residenti nell'Area della Comunità Montana. L'80% del campione consuma pesce almeno una volta alla settimana, anche se una persona su dieci dichiara di non mangiarlo mai. Un terzo del campione dichiara di consumare quotidianamente il vino, ma in quantità moderata (poco più del 50% negli anziani). Il consumo della birra è prevalente nella fascia di età 18-44 anni.

Consumo di frutta e verdura: numero di porzioni giornaliere



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

Compresenza di più fattori di rischio

La compresenza di più fattori in uno stesso individuo aumenta la percentuale del rischio per la salute.

- Circa un terzo degli intervistati dichiara di non avere alcun fattore di rischio tra quelli considerati; il 67% ne presenta almeno uno, il 21% almeno due e il 4% almeno tre; nessun intervistato presenta tutti e quattro i fattori esaminati.
- In base ai risultati ottenuti, si possono stimare nella popolazione cesenate 106.400 persone con almeno 1 fattore di rischio, 33.200 con due e 7.000 con tre. Non si sono riscontrate differenze territoriali significative.

Compresenza dei fattori di rischio (fumo, sovrappeso, sedentarietà, alcool)

	Valori percentuali	Popolazione stimata
Nessun fattore di rischio	33%	53.400
Almeno 1 fattore di rischio	67%	106.400
Almeno 2 fattori di rischio	21%	33.200
Almeno 3 fattori di rischio	4%	7.000

Le donne intervistate adottano uno stile di vita più sano rispetto agli uomini: questi presentano due o più fattori di rischio in una percentuale più alta rispetto alle donne in tutte le età della vita.

Le donne presentano invece indici di qualità di vita percepita globalmente peggiori rispetto agli uomini.

All'aumentare del livello di istruzione raggiunto cresce progressivamente il numero di persone senza fattori di rischio: si passa dal 20% delle persone con basso titolo di studio al 49% delle persone con alto titolo.

Le persone con più di due fattori di rischio presenti contemporaneamente sono il 33% tra coloro con basso titolo di studio e 14% tra coloro con alto titolo di studio.

4. Indicatori sanitari

4.1. 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). In genere le cause di morti evitabili sono suddivise in tre grandi gruppi:

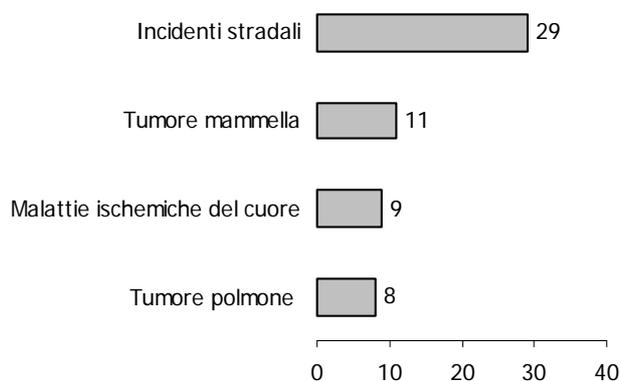
- **prevenzione primaria:** comprende le morti che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenirle (es. decessi da incidenti stradali o dovuti a malattie correlate con fumo ed alcol, ecc.).
- **diagnosi precoce e terapia:** comprende 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 territorio cesenate la mortalità evitabile rappresenta circa il 10% dei decessi complessivi (13% negli uomini e 6% nelle donne), in linea con i dati nazionali e regionali; nel quadriennio 2000-2003 si sono avuti circa 145 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" (67%, pari ad una media di 98 decessi all'anno): in questo gruppo le cause di decesso più frequenti sono rappresentate dal tumore del polmone (28%) e dagli incidenti stradali (21%), per i quali ogni deceduto perde rispettivamente 8 e 29 anni di vita (le morti per incidente, infatti, riguardano soprattutto i giovani).

Il 23% delle morti evitabili (34 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 (67%) è rappresentata dalle malattie ischemiche del cuore (tra cui l'infarto del miocardio) con una perdita di 9 anni di vita per deceduto.

Anni di vita persi per deceduto e per principali cause di morte evitabile Regione 2002



Il 10% delle morte evitabili (15 decessi in media all'anno) sono infine correlati col gruppo "Diagnosi precoce e terapia": in questo gruppo il tumore della mammella rappresenta l'83% dei decessi, con una perdita di 11 anni di vita per deceduta.

Negli ultimi 15 anni si evidenzia un trend calante nei tassi di mortalità da cause evitabili: nelle morti evitabili del primo gruppo la diminuzione è particolarmente evidente negli uomini (legato alla diminuzione del numero di fumatori e quindi di tumore polmonare), mentre in quelle del secondo 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).

4.2. La "cartella clinica" del Cesenate

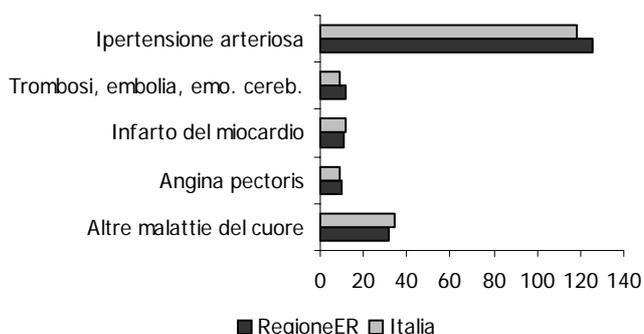
Le malattie principali nei 15 Comuni del comprensorio

4.2.1 Malattie del Sistema Circolatorio

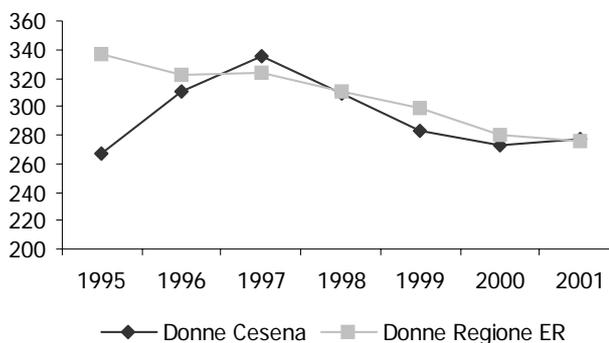
Le malattie del sistema cardiocircolatorio con decorso cronico sono particolarmente diffuse nella popolazione, soprattutto fra gli anziani.

- In Emilia-Romagna una persona su cinque (221 ogni 1.000 abitanti) presenta una patologia di questo tipo (dati Istat)
- Particolare importanza assume l'ipertensione arteriosa, che interessa circa un terzo della popolazione adulta (37% negli uomini e 29% nelle donne) e rappresenta un importante fattore di rischio per le altre malattie cardiovascolari (dati Progetto Cuore-ISS).
- Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte sia nel territorio regionale sia in quello cesenate (41% delle morti complessive): nel 2001 il tasso di mortalità è stato pari a 402 morti per 100.000 abitanti, con una prevalenza di decessi nelle donne.
- Tra i decessi per malattie del sistema circolatorio, un quarto è causato dai disturbi del circolo cerebrale (es. ictus), maggiormente frequenti 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.

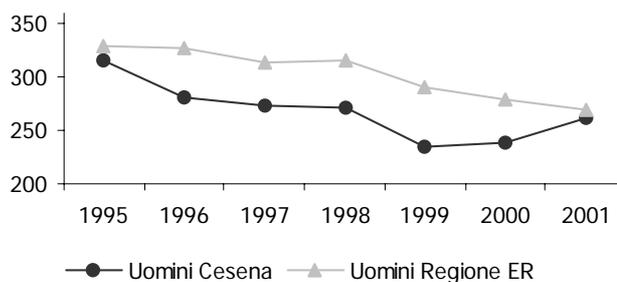
Prevalenza patologie cardiovascolari
(quozienti standardizzati ISTAT 1999-2000)



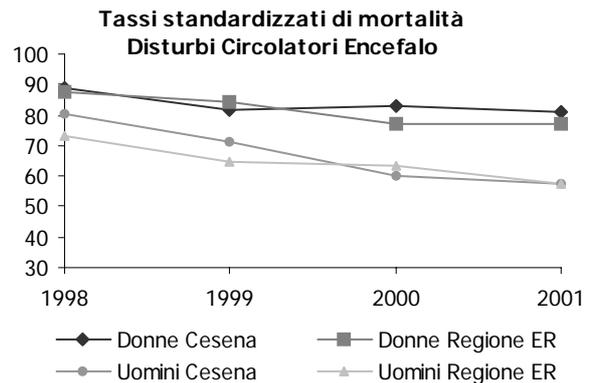
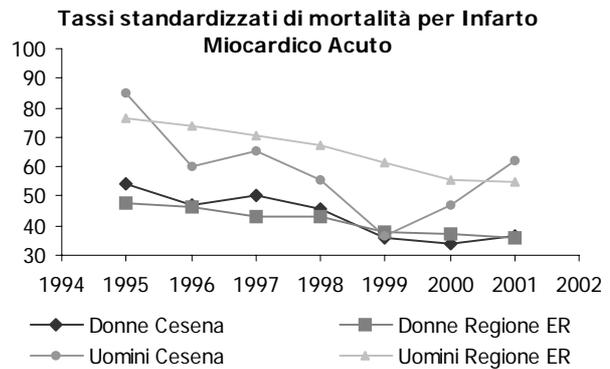
Tassi standardizzati di mortalità per
malattie del sistema circolatorio
Donne



Tassi standardizzati di mortalità per
malattie del sistema circolatorio
Uomini



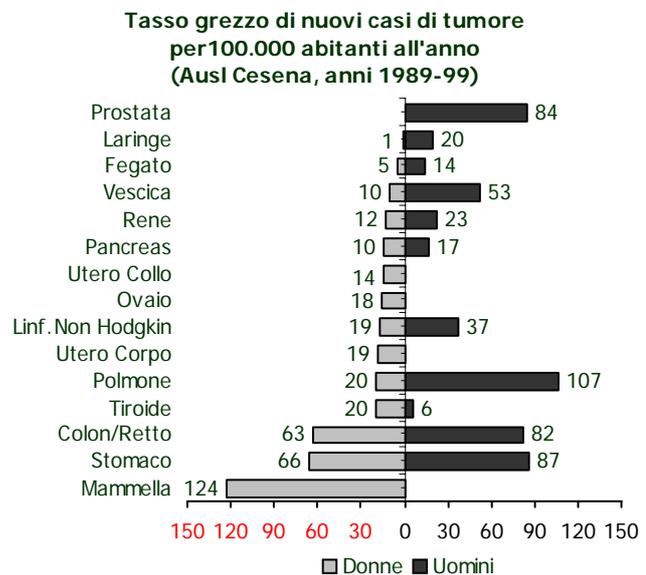
- Circa il 20% di morti per causa cardiovascolare è attribuibile all'**infarto del miocardio (IMA)**, con tassi più elevati negli uomini.
- Anche la mortalità per questa patologia presenta un trend in diminuzione con un dimezzamento dei valori nell'ultimo ventennio.

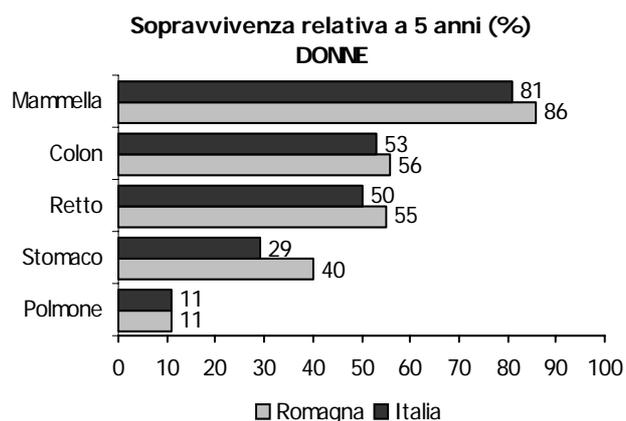
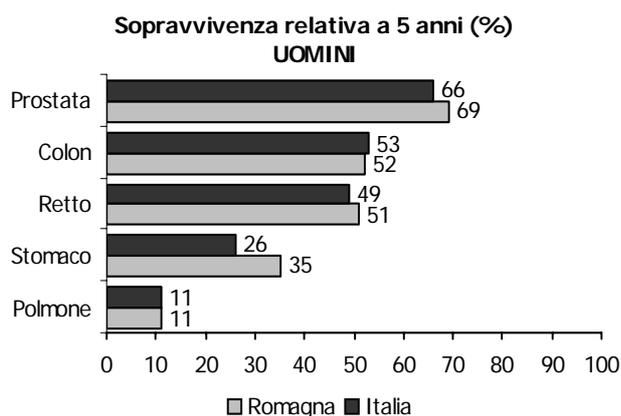


4.2.2 Tumori

Il numero di nuovi casi di tumore è in aumento soprattutto per l'invecchiamento della popolazione, ma la mortalità per questa causa è parallelamente in diminuzione, sia per la diagnosi precoce legata agli screening, sia per i progressi terapeutici.

- Ogni anno si registrano nella nostra popolazione circa 1.000 nuovi casi di tumore, il 55% dei quali colpisce gli uomini.
- Le sedi maggiormente colpite negli uomini sono polmone, stomaco, prostata e colon-retto, nelle donne invece mammella, stomaco e colon-retto.
- Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte (32% dei decessi complessivi).
- Nel territorio romagnolo, come pure in quello regionale, la sopravvivenza è mediamente più elevata rispetto a quella italiana; in particolare tra i tumori più diffusi, quello della mammella presenta una buona sopravvivenza a 5 anni (86%), mentre quella del polmone è bassa (11%).





•

4.2.3 Il tumore della mammella

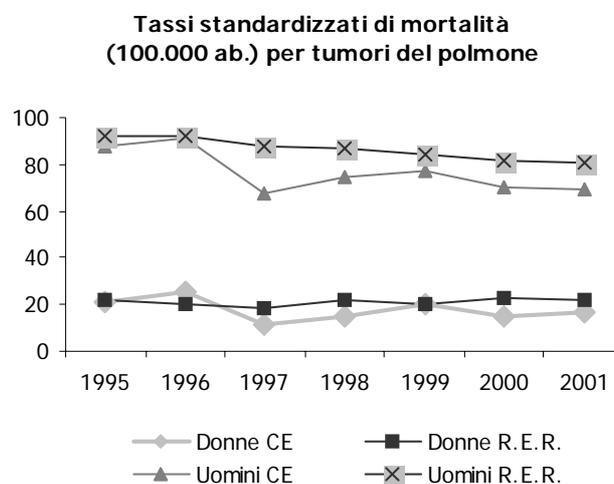
I nuovi casi di tumore alla mammella sono in crescita sia a livello regionale che nazionale: nel decennio 1989-1999 nel territorio cesenate si sono registrati in media 124 nuovi casi all'anno per 100.000 donne.

La mortalità per questa neoplasia è invece in diminuzione sia a livello regionale sia a livello locale: nel 2001 si è avuto un tasso di mortalità pari a 31 decedute per 100.000 donne.

4.2.4 Il tumore del polmone

• I nuovi casi di tumore al polmone mostrano una tendenza alla diminuzione sia a livello regionale sia nazionale: questa appare significativa negli uomini, mentre le donne al contrario registrano un trend in aumento. Nel territorio cesenate il numero di nuovi casi all'anno è pari a 107 per 100.000 abitanti negli uomini e 20 nelle donne.

• La mortalità per questa patologia mostra un trend in diminuzione, in particolare per gli uomini: nel 2001 nel territorio cesenate si è avuto un tasso di mortalità pari a 88 decessi per 100.000 abitanti negli uomini e 20 nelle donne.



4.2.5 Il tumore dello stomaco

• Nonostante la netta tendenza alla diminuzione, il tumore allo stomaco rimane più frequente in Romagna rispetto alla Regione e all'Italia: in particolare il massimo rischio si registra nel territorio cesenate, con un numero di nuovi casi all'anno pari a 87 per 100.000 abitanti negli uomini e 66 nelle donne. Tra i più colpiti vi sono le persone anziane.

- Anche il tasso di mortalità rileva una tendenza alla diminuzione, pur mantenendosi ancora più alto al livello locale rispetto alla Regione e all'Italia: nel 2001 si registra un tasso pari a 50 decessi per 100.000 abitanti per gli uomini e 34 per le donne.
- La tendenza alla diminuzione di questa neoplasia si registra su scala anche mondiale verosimilmente correlata al miglioramento nell'alimentazione (maggior consumo di verdura e frutta fresche e migliore conservazione dei cibi).

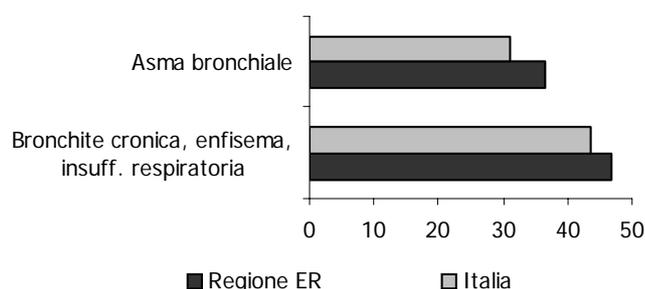
4.2.6 Il tumore del colon retto

- I nuovi casi di tumori del colon e del retto mostrano una tendenza all'aumento, sia a livello locale, sia nazionale, in entrambi i sessi: nel territorio cesenate si sono registrati in media 82 nuovi casi per 100.000 abitanti per gli uomini e 63 per le donne.
- Nel 2001 nel territorio cesenate si è registrato un tasso di mortalità pari a 27 morti per 100.000 abitanti negli uomini e 18 nelle donne per il tumore del colon e rispettivamente di 19 e 17 per il tumore del retto.

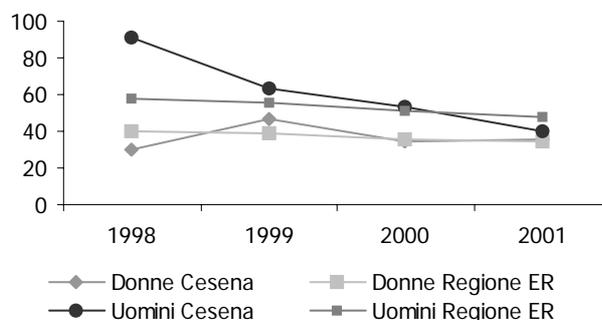
4.2.7 Malattie dell'apparato respiratorio

- Le malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (bronchite cronica, enfisema ed insufficienza respiratoria) colpiscono più frequentemente la popolazione anziana.
- In Emilia-Romagna ne soffre l'1% della popolazione: in particolare si stimano 54 malati per 1.000 abitanti per bronchite cronica, enfisema ed insufficienza respiratoria e 38 per l'asma bronchiale (dati Istat).
- Nel territorio cesenate le malattie del sistema respiratorio rappresentano la terza causa di morte (5% delle morti complessive), anche se negli ultimi anni si è avuta una forte diminuzione: nel 2001 il tasso di mortalità è stato pari a 58 morti per 100.000 abitanti negli uomini e 55 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 da traffico.

Prevalenza patologie respiratorie (quozienti standardizzati ISTAT 1999-2000)



Tassi standardizzati di mortalità per malattie del sistema respiratorio



4.2.8 Malattie infettive

Fino a pochi decenni fa questo gruppo di malattie costituiva la causa di morte principale, mentre oggi non rappresenta nemmeno l'1% delle cause di morte; alcune patologie continuano a rivestire un rilevante interesse: AIDS e tubercolosi.

Hiv e Aids

- L'AIDS rappresenta il prototipo delle malattie infettive emergenti, comportando pesanti condizionamenti dei comportamenti sessuali e perfino, in alcune aree del mondo, dello sviluppo socio-demografico.
- In Italia negli ultimi anni 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 il 43% delle persone si scopre malato di AIDS senza essere venuto prima a conoscenza della propria sieropositività al virus HIV (si ricorda che il tempo di incubazione mediano è di circa 10 anni). Tale dato testimonia la scarsa sensibilità al pericolo AIDS. Promuovere pertanto comportamenti sessuali sicuri rimane un compito prioritario per contrastare la diffusione dell'epidemia.
- Non esiste una registrazione dei casi di infezione da HIV e le informazioni disponibili si ricavano da sistemi di sorveglianza attivati in alcune zone limitate d'Italia: nella nostra regione opera l'Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV di Modena. Sulla base dei dati rilevati si stima che in Emilia-Romagna il numero delle persone che hanno contratto l'infezione da HIV oscilla fra le 11.000 e le 15.000 unità. Per quanto riguarda le nuove infezioni il trend mostra una lieve diminuzione nell'ultimo triennio.
- Nella nostra Regione il numero di nuovi casi di AIDS ha subito una forte diminuzione a partire dal periodo 1996-1999, mostrando poi una sostanziale stabilità nel triennio successivo.
- Nel territorio cesenate, nel periodo 2001-2002, si sono registrati circa 3 nuovi casi di AIDS all'anno ogni 100.000 abitanti; la prevalenza di questa malattia riguarda 29 persone su 100.000 residenti (dato al 31/12/2002)
- Nel 2001 nella popolazione del territorio cesenate si sono registrati 11 decessi su 100.000 abitanti per gli uomini e 2 su 100.000 abitanti per le donne.

4.2.9 Tubercolosi

L'aumento dei casi di tubercolosi negli ultimi anni è stato influenzato da due nuovi fenomeni: la diffusione dell'infezione da HIV e l'aumento dell'immigrazione da Paesi stranieri in cui tale malattia infettiva è ancora abbastanza diffusa.

- Nella Regione Emilia-Romagna l'andamento della tubercolosi mostra un numero di nuovi casi di malattia più elevato rispetto alla media nazionale
- (legato soprattutto alla componente immigratoria).
- Il numero di nuovi casi nel periodo 1995-2003 è sostanzialmente stabile a livello regionale con valori di 12 casi per 100.000 abitanti nel 2003. Nel territorio cesenate negli ultimi anni si denota una tendenza all'incremento, anche se il dato va considerato con cautela, visto l'esiguo numero di casi all'anno.

Numero di casi di tubercolosi e tassi di notifica per 100.000 abitanti

ANNO	Ausl Cesena		Regione	
	<i>n. casi</i>	<i>tasso</i>	<i>n. casi</i>	<i>tasso</i>
1996	19	10	476	12
1997	7	4	457	12
1998	21	12	480	12
1999	33	18	479	12
2000	17	9	459	11
2001	13	7	415	10
2002	21	11	473	12
2003	39	21	480*	12

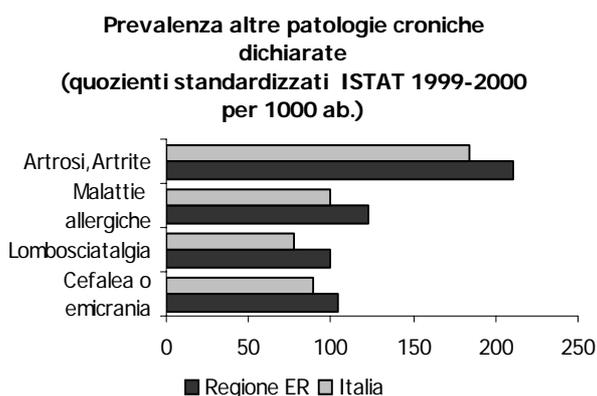
Fonte: Regione Emilia-Romagna(*dati preliminari)

- La fascia d'età maggiormente interessata è quella sopra ai 65 anni (19 casi per 100.000 abitanti), seguita da quella 25-44 anni (15 casi per 100.000 abitanti).
- Il 68% dei casi notificati è risultato a localizzazione polmonare (forma contagiosa), mentre il restante 32% è extrapolmonare (forma non contagiosa).
- Nel periodo 1995-97 la mortalità per tubercolosi ha registrato un tasso pari a 0,8 x 100.000 abitanti.

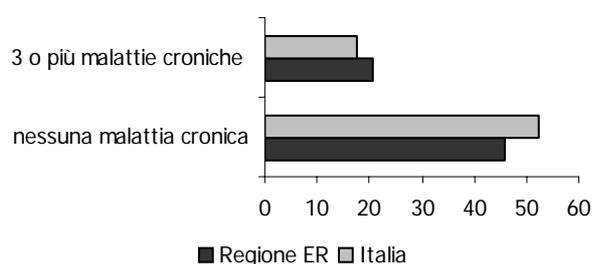
4.2.10 Altre malattie croniche

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 gli anziani).

- In Emilia-Romagna risultano più diffuse, rispetto alla media italiana l'artrosi e l'artrite (239 malati per 1.000 abitanti), le malattie allergiche (119 casi per 1.000 abitanti), le lombosciatalgie (110 casi per 1.000 abitanti) e la cefalea o emicrania (109 casi per 1.000 abitanti) (dati Istat).
- In regione le persone affette da una patologia cronica grave rappresentano il 15% della popolazione e quelle affette da 3 o più malattie croniche (con condizioni di salute limitanti) il 23%.



**Prevalenza di malattie
(quozienti standardizzati ISTAT 1999-
2000)**



- All'aumentare dell'età corrisponde un progressivo incremento della diffusione di quasi tutte le patologie croniche, con l'eccezione delle malattie allergiche, che colpiscono maggiormente i più giovani.
- Le donne presentano generalmente prevalenze significativamente più elevate per tutte queste patologie (in particolare per l'osteoporosi).

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

4.2.11 Malattie mentali

- La malattia mentale comporta un alto carico in termini di sofferenza umana e di costi sociali ed economici. Negli Stati Uniti il costo economico della depressione è stimato essere sovrapponibile a quello determinato dalle malattie cardiocircolatorie. La patologia mentale è causa del 28% degli anni di vita vissuti con una disabilità.
- Le stime sono impressionanti: una persona su quattro è o sarà affetta da un qualche disturbo mentale nel corso della sua vita. Il trend non mostra alcuna tendenza alla diminuzione: la depressione, ad esempio, è considerata a livello mondiale la prima causa di malattia nella donna. Si stima inoltre circa l'8% di bambini e adolescenti soffrano di disturbi mentali non adeguatamente trattati.
- A livello nazionale - sulla base dei risultati di uno studio condotto a Sesto Fiorentino - si stima che il 25% della popolazione sia interessata da disturbi psichici di primo livello (cioè affrontabili dal paziente insieme con il Medico di Medicina Generale), mentre il 6% è costretto a fare i conti con quelli di secondo livello (che richiedono un percorso specialistico). Altri studi sottolineano come i disturbi d'ansia siano i più frequenti.
- Numerosi studi hanno evidenziato come i disturbi mentali siano più frequenti nelle donne, tra i disoccupati, tra le persone affette da malattie fisiche gravi e tra persone che hanno familiari con le medesime patologie.
- Nel 2000 il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria di Cesena ha seguito 3.088 casi, pari a 168 ogni 100.000 abitanti.
- Nel 2003 nell'Azienda Sanitaria di Cesena i ricoveri per disturbo psichiatrico in persone residenti sono stati 300 per 100.000 abitanti; i TSO (trattamenti sanitari obbligatori) sono stati 38 per 100.000 abitanti.
- Tra i pazienti in carico nel Distretto di Cesena e Valle del Savio, le diagnosi più frequenti nelle donne sono rappresentate dai Disturbi nevrotici (27% ansia e depressioni nevrotiche), negli

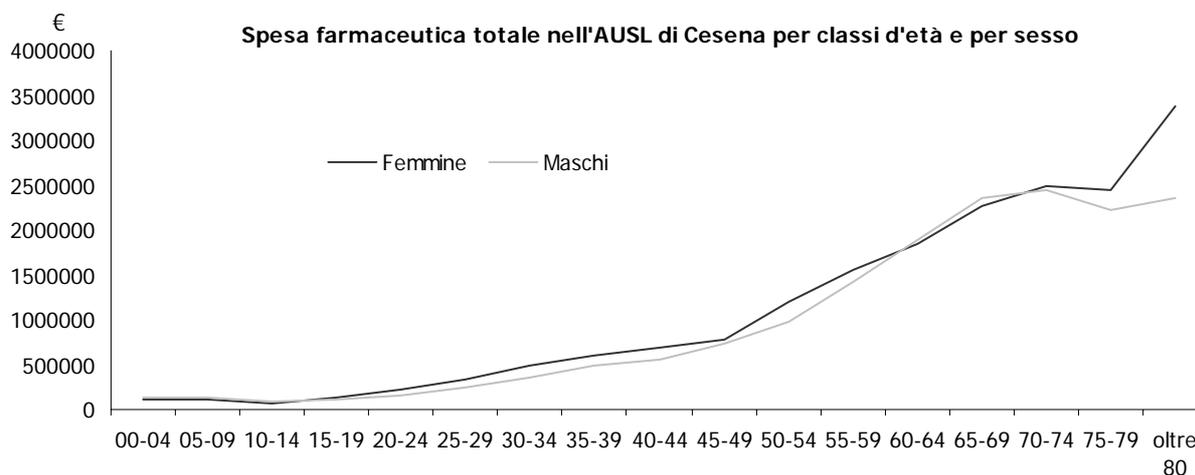
uomini invece si registra una predominanza di disturbi schizofrenici (32%). Tra i nuovi accessi avvenuti nel 2003, gli anziani costituiscono il 28% dei casi e gli adulti tra 35-44 anni il 22%.

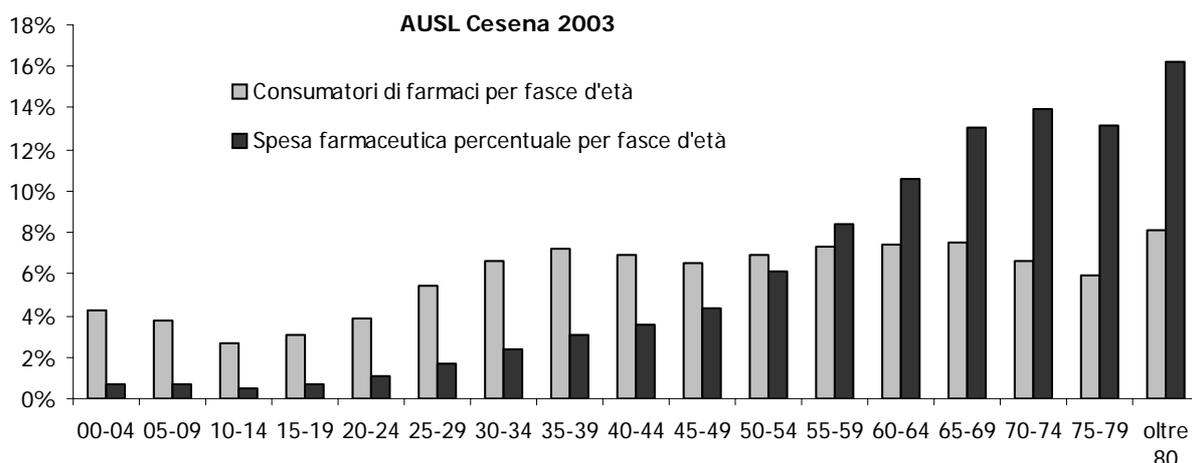
- Il suicidio rappresenta un fenomeno inquietante e clamoroso, più frequente all'aumentare del livello di benessere. Ogni giorno in Italia si tolgono la vita in media 12 persone, con un numero di 8 morti ogni 100.000 abitanti l'anno (uno dei valori più bassi d'Europa).
- L'Emilia-Romagna presenta uno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

4.3 L'utilizzo dei farmaci

Fra i fattori che incidono sulla spesa farmaceutica c'è il crescere dell'età

Si è scelto di valutare l'utilizzo di farmaci nel territorio cesenate attraverso la spesa effettuata per i farmaci prescritti dai medici tramite il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questa scelta è condizionata dalle modalità di raccolta dei dati relativi all'acquisto di farmaci, che rende difficile avere informazioni circa i farmaci non rimborsati dal SSN. La spesa complessiva sostenuta nel 2003 è stata pari a 35.793.674 Euro; la spesa farmaceutica totale aumenta al crescere dell'età dei consumatori, particolarmente dai 50 anni in su. L'andamento è abbastanza simile tra i due sessi, anche se nelle fasce d'età più avanzata, dopo i 75 anni, la spesa totale per le donne è superiore, in ragione della loro maggior numerosità. È interessante osservare che le persone con più di 60 anni costituiscono il 36% dei consumatori e che la spesa sostenuta per essi rappresenta il 66% del totale.

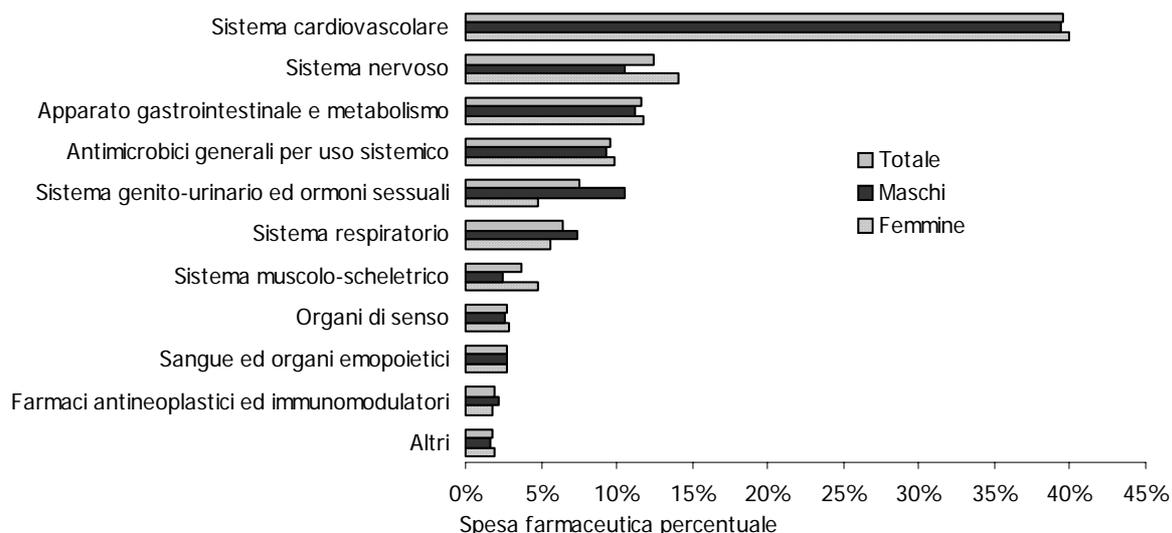




Ai farmaci attivi sul sistema cardiovascolare è destinata la quota più consistente della spesa totale in entrambi i sessi (40% della spesa totale), seguono i farmaci per il sistema nervoso (12%), quelli per l'apparato gastro-intestinale e per il metabolismo (12%), gli antimicrobici per uso sistemico (10%).

Per il gruppo dei farmaci attivi sul sistema genito-urinario e degli ormoni sessuali la spesa relativa sostenuta per gli uomini è maggiore che per le donne. Questo vale anche per i farmaci per il sistema respiratorio, mentre il contrario accade per quelli per il sistema nervoso per l'apparato gastro-intestinale e per il metabolismo.

AUSL di Cesena, anno 2003
Distribuzione percentuale della spesa farmaceutica per le principali categorie di farmaci attivi su:



4.4. Dipendenze patologiche (droghe, alcol e fumo di tabacco)

Un fenomeno di difficile analisi

Non è facile analizzare un fenomeno complesso come l'uso-abuso e la dipendenza da sostanze psicotrope, legali e illegali, a causa di una serie di fattori che includono la difficoltà nella definizione di caso, il confine - spesso sfumato - tra uso, abuso e dipendenza, il sommerso legato all'illegalità della sostanza, etc.. Per delineare il fenomeno nel territorio cesenate si farà riferimento ai dati provenienti da diverse fonti (Ser.T, Regione Emilia-Romagna, Ministero della Salute, OEDT, etc) con l'obiettivo di fornire un quadro più esaustivo possibile della situazione.

4.4.1 Uso/abuso di sostanze illegali

Da uno studio sulla popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 44 anni (IPSA 2001), risulta una diffusa sperimentazione delle diverse sostanze: 22% per la cannabis, 3,4% per la cocaina, 3,3% per le sostanze psicostimolanti (amfetamine,

Stima del numero di consumatori, per frequenza di consumo, nella popolazione di 15-44 anni dell'AUSL di Cesena sulla base della prevalenza risultante da studio IPSAD 2001

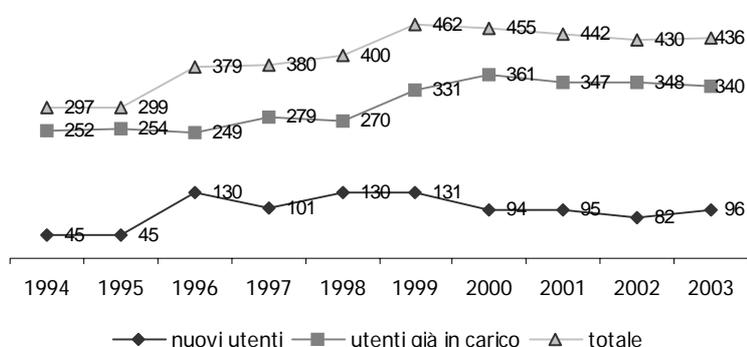
	cannabis	eroina	cocaina	Anfetamine	ecstasy
Una tantum (nella vita)	17.311 (22%)	711 (0,9%)	2.687 (3,4%)	1.186 (1,5)	1.423 (1,8%)
Uso recente (ultimi 12 mesi)	4.901 (6,2%)	395 (0,5%)	869 (1,1%)	79 (0,1%)	158 (0,2%)
Uso corrente (ultimi 30 gg.)	3.478 (4,4%)	158 (0,2%)	553 (0,7%)	-	158 (0,2%)
Utenti SerT '03 uso primario	55 (0,06%)	285 (0,3%)	68 (0,08%)	3 (0,003%)	7 (0,008%)

ecstasy) e 0,9% per l'eroina. Sulla base dei dati ottenuti dallo studio nazionale è possibile ipotizzare una stima della prevalenza d'uso di sostanze nel nostro territorio. Il dato che emerge con chiarezza è lo scarto tra il numero dei soggetti in trattamento presso il Servizio Tossicoalcolodipendenze (Ser.T) e il numero di chi ha assunto più volte droghe nell'ultimo anno, in particolare per la cannabis e la cocaina. Nel 2003 il Ser.T. di Cesena ha inserito in un percorso terapeutico strutturato 436 soggetti, di cui 96 nuovi e 340 già in carico. Quelli residenti nei Comuni del Comprensorio Cesenate sono 391, quindi circa 5 persone su 1.000 abitanti, con età compresa tra i 14 e i 44 anni, hanno usufruito di questo servizio.

Negli ultimi anni il numero di accessi al servizio è stato

abbastanza costante così come si è stabilizzato il rapporto tra nuovi ingressi e totale

Numero utenti tossicodipendenti in carico al Ser.T dell'AUSL Cesena

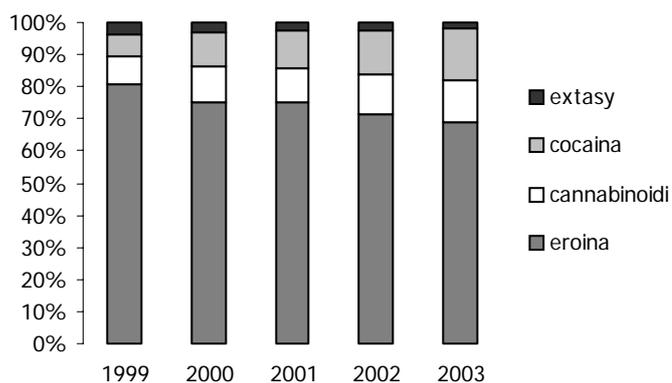


utenti in carico (22% nel 2003). Tuttavia si sta assistendo a una diversificazione del quadro di consumo, caratterizzato dall'affermarsi di nuovi significati e stili di consumo, che si traducono anche in fenomeni di poli-assunzione o di ampia sperimentazione.

Gli utenti tossicodipendenti hanno età comprese prevalentemente tra i 25 e i 39 anni (63%) e sono maschi nell'82% dei casi. I più giovani (15 e i 19 anni) costituiscono l'8% dell'utenza. Per lo più sono nubili/celibati (74%), hanno un livello di scolarizzazione medio basso (7% licenza elementare, 64% licenza media inferiore) ed hanno un'attività lavorativa regolare (53%).

L'eroina si conferma la principale sostanza di abuso primario (65% degli utenti), seguono cocaina (16%) e cannabis (13%). Il consumo di eroina sembra essere in costante diminuzione negli ultimi anni, mentre quello di cannabis e, soprattutto, di cocaina sono in ascesa. Variazioni di rilievo si riscontrano anche nelle modalità di assunzione: sta diminuendo la quota di soggetti che assume droghe per via iniettiva e aumentano la cocaina e l'alcol come sostanze di abuso secondario.

Sostanza d'abuso primario tra gli utenti tossicodipendenti del Ser.T. di Cesena



4.4.2 Sostanze da "sballo"

Adolescenti e giovani: nuovi consumi

I dati italiani della ricerca internazionale ESPAD (2003) sul consumo di droghe illegali tra gli studenti di 15-19 anni mostrano che la sostanza più usata negli ultimi 12 mesi è la cannabis (27% degli intervistati), seguita dalla cocaina (5%) consumata più sporadicamente. Altro dato di rilievo è la diffusione dell'eroina "fumata" (3%), anche se il consumo è sporadico e diminuisce con il crescere dell'età. Una ricerca condotta tra i giovani (16-34 anni) in contesti di divertimento notturno (discoteche, feste, pub...) del territorio cesenate (Ser.T 1999; 2003) mostra come vi sia un uso abituale di tabacco (59%) e di alcol (59%). Per tutte le sostanze oggetto di indagine si registra un aumento nel periodo considerato sia del consumo occasionale sia di quello abituale. Per la cocaina si evidenzia un aumento della sperimentazione: chi ha avuto un approccio con la sostanza passa dal 7% al 10%.

I dati relativi agli utenti del Centro di Ascolto Nuove Droghe del Ser.t (servizio che offre consulenze e terapie psicologiche a forte valenza preventiva nei confronti di problematiche adolescenziali e giovanili connesse all'uso ed abuso di sostanze) indicano come principali sostanze di abuso i cannabinoidi (40% degli utenti), la cocaina (27%) e l'eroina (17%). Gli utenti di questo Servizio sono soprattutto persone molto giovani, con una importante quota di minorenni: il 43% del totale ha età compresa tra 15 e 19 anni, ed il 41% tra i 20 e i 24 anni. Gli uomini sono più numerosi delle donne (76% vs 24%).

L'alcol è particolarmente consumato nella fascia d'età 15-19 anni, così come i cannabinoidi e le anfetamine; mentre nella fascia d'età 20-24 anni il consumo prevalente riguarda allucinogeni, cocaina ed ecstasy.

4.4.3 Un bicchiere di troppo

L'abuso di alcol e l'intervento dei servizi

L'alcol è causa di un'elevata percentuale di anni di vita persi complessivamente dalla popolazione italiana e di anni di vita vissuti in disabilità. Infatti, l'abuso di alcol si correla all'insorgenza di patologie quali epatiti, cirrosi, problemi circolatori, neurologici, neoplasie gastriche, in grado di compromettere gravemente le funzioni psicofisiche fondamentali e di ridurre fortemente l'aspettativa di vita.

In Italia sarebbero più di 4 milioni le persone che presentano problemi connessi all'uso di alcol e circa 1.600.000 gli alcolisti (dati Società Italiana di Alcologia). Ogni anno il numero di nuovi alcolisti si aggira intorno alle 50 mila persone.

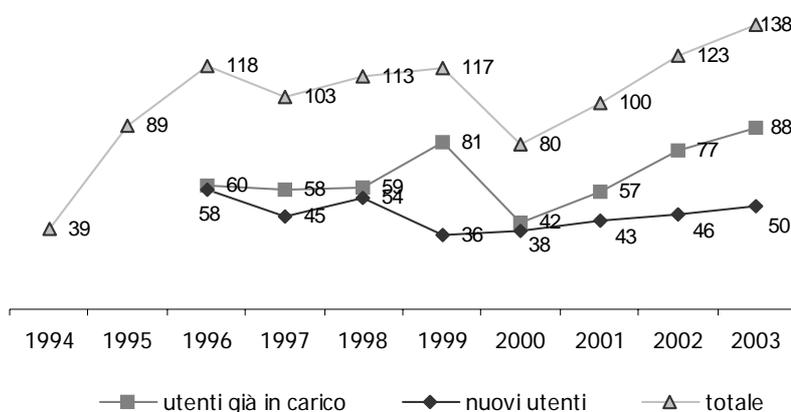
Nel il 2003 il Ser.T. di Cesena ha seguito 138 alcolisti, di cui 50 nuovi e 88 già in carico. Altri 14 hanno avuto contatti col Servizio, ma non hanno aderito a programmi di trattamento strutturati. Gli alcolisti in carico hanno un'età prevalentemente compresa tra 30 e 49 anni, sono uomini nel 64% dei casi, ma la quota femminile è in aumento rispetto agli anni precedenti. Nella maggior parte dei casi hanno un lavoro regolare e nel 5% dei casi sono dei pensionati. La bevanda d'abuso prevalente è il vino (55% dei casi), seguito da birra (18%) e da superalcolici (15%).

Fattori di rischio e disabilità. Italia, 1999

	% decessi totale	% anni di vita persi sul totale	% anni di vita vissuti da disabili sul totale	% Disabilità aggiustata per Anni di Vita Persi sul totale*
Uso di tabacco	14,9	16	7,4	11,7
Uso di alcool	1,2	5,1	15,6	10,3
Uso di droghe illegali	0,4	1,4	3,3	2,3

*La Disabilità aggiustata per Anni di Vita Persi (DALYs) è un parametro che misura nel complesso i costi sanitari dovuti alla precocità di morte rispetto alla speranza di vita e gli anni vissuti da disabile. Rispetto a questo parametro, nei Paesi industrializzati, il peso dei problemi alcool-correlati e quello dei problemi fumo-correlati si equivalgono.

Numero utenti alcolisti in carico al Ser.T dell'AUSL di Cesena



4.4.4 Quanto è difficile dire addio alla sigaretta

Anche il fumo di tabacco rappresenta una forma di dipendenza

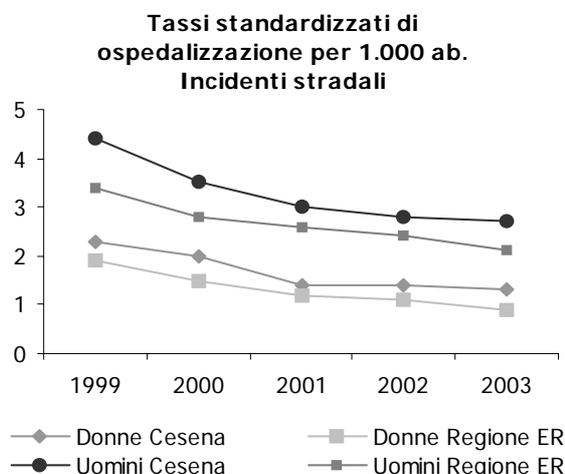
Il fumo di sigaretta, oltre ad essere uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose malattie cronico-degenerative, rappresenta un'importante forma di dipendenza. Infatti, la nicotina, contenuta nel tabacco, è una sostanza psicoattiva capace di indurre una forte dipendenza sia psichica che fisica.

Per quanto riguarda le dimensioni del problema nel Comprensorio Cesenate si rimanda al paragrafo 3.3.3

4.5 Troppo sangue sulle strade

Gli incidenti stradali nel territorio cesenate³²

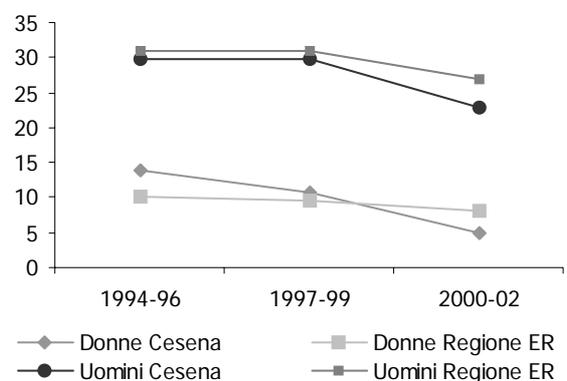
- In Italia si verificano circa 652 incidenti stradali al giorno, con una media di ben 926 feriti e 18 morti ogni anno. Nel 2002 la stima dei costi sociali degli incidenti stradali è risultata pari a 34.108 milioni di euro (più del 2% del Prodotto Interno Lordo).
- Il Piano Sanitario Regionale ha assegnato la massima priorità alla prevenzione degli incidenti da traffico, dal momento che la regione Emilia-Romagna, rispetto alla media nazionale, presenta tassi di mortalità più elevati proprio per questa causa.
- In particolare gli incidenti stradali sono la prima causa di morte nei giovani tra i 15-35 anni: queste morti premature, oltre a rappresentare un'indubbia tragedia umana, determinano costi particolarmente elevati per la società, sia per la perdita di produttività, sia per il costo dei trattamenti medici e dell'assistenza necessaria per le invalidità permanenti o di lunga durata riportate.
- Nel 2002 nella provincia di Forlì-Cesena si sono registrati 2.766 incidenti stradali (Istat); negli ultimi anni si registra una tendenza in crescita del numero di sinistri, anche a causa del continuo aumento di veicoli. Gli incidenti mortali rappresentano il 2% del totale, in linea col dato italiano.
- Le strade urbane sono il luogo dove più di frequente si verificano incidenti (79%); solo l'8% avviene su strade statali e il 5% su quelle provinciali.
- Negli ultimi 5 anni, tra i residenti nel territorio cesenate, si sono registrati in media 450 ricoveri/anno determinati da incidente stradale: nel 2003 si sono avuti 2 ricoverati circa per 1.000 abitanti. L'andamento dei ricoveri in marcata diminuzione va ricondotto all'introduzione della legge sul casco e sulle cinture di sicurezza e alla conseguente diminuzione della gravità dei traumatismi.



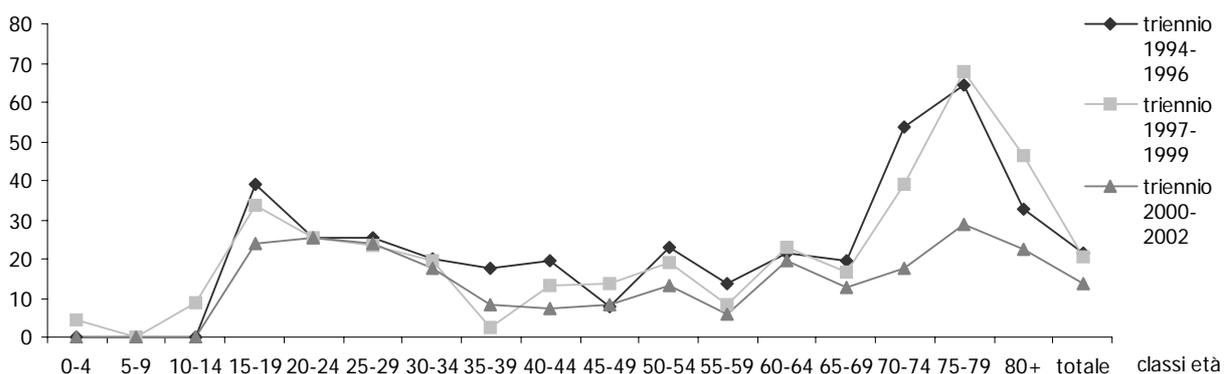
³² L'argomento è stato trattato anche al paragrafo 2.1.10 e 2.2.5

- Gli uomini sono maggiormente coinvolti (rapporto di 2 a 1).
- I ricoveri sono più frequenti nelle classi di età tra i 14 e i 24 anni e oltre i 70. Nella classe d'età compresa tra 18 e 24 anni i ricoveri sono più frequenti nei giorni di sabato e domenica.
- Le patologie più frequenti provocate dagli incidenti stradali sono le fratture e lussazioni degli arti (39%), i traumi e le fratture del cranio (34%), i traumi toracici e dell'addome (17%); sotto i 14 anni, i traumi e fratture del cranio sono responsabili del 45% dei ricoveri.
- La durata media di degenza è risultata pari a circa 13 giorni.
- In termini di mortalità, durante il periodo 1994-2002, si sono verificati in media 34 decessi/anno da incidente stradale.
- La mortalità mostra una tendenza alla diminuzione, soprattutto nell'ultimo triennio.
- Gli uomini sono più colpiti rispetto alle donne (rapporto di 3 a 1).
- In media ogni decesso per incidente stradale determina una perdita di ben 29 anni di vita.
- La percentuale di decessi più elevata è stata riscontrata nelle classi di età 15-19 anni e sopra ai 65 anni (età per le quali nell'ultimo triennio si è registrato un netto calo di deceduti).

Tassi standardizzati di mortalità per 100.000 ab. Incidenti Stradali



Mortalità per incidenti stradali nel comprensorio cesenate. Tassi per età (x 100.000) per triennio



- Le patologie che più frequentemente hanno causato il decesso sono i traumi e le fratture del cranio (55%) e i traumi toracici e dell'addome (32%).
- Una valutazione riguardante i motociclisti, deceduti per trauma cranico, residenti in Romagna: un'analisi effettuata prima e dopo l'introduzione della legge sull'obbligo del casco ha permesso infine di rilevare una significativa diminuzione nel numero di decessi.

4.6. Sicurezza sul lavoro

4.6.1 "Il pericolo non è il mio mestiere"

Gli infortuni sul lavoro costituiscono un grave problema diffuso in tutti i paesi del mondo: oltre 2,2 milioni di casi/anno con 350.000 morti per infortunio sul lavoro (di cui 22.000 minori).

L'Italia si colloca al di sotto delle medie europee per il complesso degli infortuni, dietro a Spagna, Francia e Germania (dati Eurostat, 2001).

Nel nostro Paese si conferma il calo degli infortuni: in particolare, dal 2002 al 2003 la diminuzione è stata complessivamente dell'1,5%; più sensibile il calo in agricoltura (3,5%), mentre fra i dipendenti dello Stato si è registrato un aumento del 2%. Si stima un trend in discesa anche per il 2004 compreso tra l'1 ed il 2%.

Più spiccata è la diminuzione degli infortuni mortali (6%), anche se nel 2003 si sono registrati ben 1.394 decessi da infortunio sul lavoro.

Nel 2002 nel territorio regionale gli infortuni denunciati all'INAIL sono stati 141.600, di cui 175 mortali (il dato non considera gli infortuni con prognosi fino a tre giorni).

Il costante mutamento del mondo del lavoro, recentemente arricchitosi di precise normative riguardanti i rapporti di dipendenza, di fatto ha inciso sulle condizioni più specifiche che determinano gli infortuni. Lavoratori precari, interinali, con contratti cosiddetti flessibili, rappresentano oggi – e molto probabilmente anche nel prossimo periodo - una categoria più a rischio delle altre. La precarizzazione del lavoro mal si concilia, infatti, con la tutela del diritto alla salute.

I lavoratori extracomunitari infortunatisi nel 2003 sul territorio nazionale sono stati 107.000, di questi 157 sono morti sul lavoro. Questa categoria di lavoratori normalmente viene impiegata in lavorazioni più a rischio, spesso lavoro di tipo stagionale e quindi precario, senza dimenticare il fenomeno del cosiddetto lavoro nero. Nel settore costruzioni un incidente mortale su quattro ha riguardato lavoratori extracomunitari.

La Regione Emilia-Romagna si colloca al terzo posto in Italia per frequenza di incidenti nei settori dell'industria e dei servizi. La provincia di Forlì-Cesena detiene il primato a livello regionale per incidenza infortunistica (indicatore calcolato rapportando il numero di infortuni al numero di lavoratori).

Nel biennio 2000-2001 si è confermata una marcata differenza dell'incidenza infortunistica provinciale rispetto a quella regionale; nell'anno 2001 i casi mortali a Cesena sono diminuiti, ma permane alta la gravità dei casi, che hanno avuto esiti permanenti nel 3%. (fonte INAIL).

Infortuni totali per gli anni 2000 e 2001

Tutti i Settori	2000			2001		
	Addetti	Eventi	Incidenza (*) Infortunistica	Addetti	Eventi	Incidenza Infortunistica
Regione	1.418.178	79.110	5,6	1.588.384	80.555	5,2
Provincia	113.799	7.768	6,8	121.515	8.262	6,8
AUSL Cesena	56.060	3.844	6,8	60.811	4.086	6,7

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

Conseguenze degli infortuni: inabilità temporanea, permanente, mortali nel 2000 e 2001

Tutti i Settori	2000				2001			
	TEMP.	PERM.	MORTI	Durata media	TEMP.	PERM.	MORTI	Durata media
Regione	77.105	1.857	148	23	79.086	1.332	137	25
Provincia	7.557	197	14	24	8.057	200	5	24
AUSL Cesena	3.650	182	12	30	3.934	150	2	28

Per essere ben compresa, la dimensione qualitativa e quantitativa del “problema infortuni” deve essere approfondita ed integrata dalla conoscenza del tessuto produttivo locale, nonché dei determinanti sociali ed economici del territorio in continua evoluzione.

La nostra provincia a livello regionale presenta uno dei tassi di occupazione più alti (Camera di commercio, 2003). Settori come l'agricoltura e il turistico-alberghiero rappresentano situazioni tipiche del lavoro stagionale, ambito privilegiato per il lavoro femminile e anche per lavoratori stranieri.

Le aziende locali hanno mediamente 2,4 addetti e presentano una spiccata vocazione all'impresa individuale. Studi recenti correlano le dinamiche infortunistiche all'individualizzazione del mercato del lavoro: il lavoro individuale e parasubordinato produce un aumento del rischio, basti pensare alla cantieristica edile, con il fenomeno del subappalto e del lavoro sommerso.

Anche il ricorso alla manodopera extracomunitaria, fra l'altro in aumento nel nostro territorio in ambiti produttivi più a rischio (filiera avicola, agricoltura, metalmeccanica), pone concreti problemi di tutela legati soprattutto al precario rapporto di lavoro, per lo più stagionale, ma anche difficoltà a garantire adeguata formazione.

A partire dal 2002 l'INAIL ha messo a disposizione dei Dipartimenti di Sanità Pubblica un sistema di flussi informativi, relativo alla definizione dei casi d'infortunio per aziende e lavoratori del territorio cesenate. Il nuovo flusso informativo è in via di implementazione; attualmente non consente una lettura del fenomeno a livello locale oltre il biennio 2000-2001: nel periodo precedente, infatti, non era possibile lo scorporo dei dati al di sotto della dimensione provinciale.

L'analisi per singoli comparti produttivi mette in risalto alcune disomogeneità fra regione e provincia e per i lavoratori metalmeccanici, in particolare sostanziali differenze fra il dato provinciale e quello cesenate (2000-2001).

Per i lavoratori del comparto legno l'incidenza degli eventi è diminuita dell'11% circa in due anni e l'unico caso mortale è avvenuto nel cesenate nel 2000. Il 9% degli infortunati subisce postumi permanenti nel 2000 mentre diminuiscono fino al 6% nell'anno successivo.

Infortuni Comparto Legno: anni 2000 e 2001

Comparto Legno	2000			2001		
	ADDETTI	EVENTI	Incidenza infortunistica	ADDETTI	EVENTI	Incidenza infortunistica
Regione	14.243	1.197	8,4	14.243	1.149	8,1
Provincia	2.335	193	8,3	2.335	181	8,0
AUSL Cesena	1.121	95	8,5	1.087	82	7,5

**Conseguenze degli infortuni (Comparto Legno):
inabilità temporanea, permanente, mortali nel 2000 e 2001**

Comparto Legno	2000				2001			
	temp.	perm.	morti	Durata media	temp.	perm.	morti	Durata media
Regione	1.157	39	1	27	1.115	34	0	26
Provincia	184	8	1	29	171	10	0	23
AUSL Cesena	86	8	1	29	77	5	0	28

Anche per i metalmeccanici, nel medesimo biennio, gli indici sono in calo (6,8% a Cesena e 5,5% in Provincia; mediamente in Regione il calo è stato dell'8%).

Infortuni Comparto Metalmeccanica: anni 2000 e 2001

Comparto Metalmeccanica	2000			2001		
	addetti	eventi	Incidenza infortunistica	addetti	eventi	Incidenza infortunistica
Regione	84.690	7.852	9,3	88.703	7.555	8,5
Provincia	5.850	853	14,6	6.095	840	13,8
AUSL Cesena	2.178	278	12,8	2.210	263	12

**Conseguenze degli infortuni (Comparto Metalmeccanica):
inabilità temporanea, permanente, mortali nel 2000 e 2001**

Comparto Metalmeccanica	2000				2001			
	temp.	perm.	morti	Durata media	temp.	perm.	morti	Durata media
Regione	7.646	194	12	21	7.431	112	12	23
Provincia	836	16	1	23	816	24	0	21
AUSL Cesena	267	10	1	27	248	15	0	30

Il settore costruzioni (da sempre settore sensibile per il numero di casi e soprattutto per la gravità delle conseguenze) mostra, oltre agli 8 casi mortali nell'intera provincia, un sostanziale permanere di casi gravi.

Infortuni Comparto Costruzioni , anni 2000 e 2001

Comparto Costruzioni	2000			2001		
	addetti	eventi	Incidenza infortunistica	addetti	eventi	Incidenza infortunistica
Regione	132.194	11.212	8,5	140.688	10.818	7,7
Provincia	13.173	1.250	9,5	13.697	1.195	8,7
AUSL Cesena	6.579	673	10,2	6.823	654	9,6

**Conseguenze degli infortuni (Comparto Costruzioni):
inabilità temporanea, permanente, mortali nel 2000 e 2001**

Comparto Costruzioni	2000				2001			
	temp.	perm.	morti	Durata media	temp.	perm.	morti	Durata media
Regione	10.761	422	29	26	10.530	262	26	30
Provincia	1.203	42	5	27	1.154	41	0	26
AUSL Cesena	633	37	3	31	623	31	0	30

4.6.2 Lavoratori sulla strada: il pericolo dietro l'angolo

Nel quadro degli infortuni sul lavoro la preoccupante realtà di quelli stradali

Anche nel nostro territorio gli infortuni sul lavoro che avvengono sulla strada hanno un peso crescente nel quadro complessivo degli infortuni sul lavoro.

Nel comprensorio cesenate gli infortuni "su strada", comprendenti quelli in itinere, evidenziano situazioni di particolare gravità non solo per i casi mortali occorsi (6 nell'anno 2000), ma per le conseguenze invalidanti permanenti nel 6% dei lavoratori coinvolti nel biennio 2000-01. Gli infortuni "in itinere" sono stati complessivamente 499 nel 2000 e 559 nel 2001, pesando rispettivamente per un 81% e per un 85% circa sul totale degli incidenti stradali.

Infortuni "su strada" nel 2000 e 2001

Comparti	2000				2001			
	Addetti	N°totale infortuni	N°infort. stradali	I.I. stradali	Addetti	N°totale infortuni	N°infort. stradali	I.I. stradali
legno	1.121	95	18	1,6	1.087	82	8	0,7
metalmeccanica	2.178	278	22	1,0	2.210	263	32	1,4
costruzioni	6.579	673	60	0,9	6.823	654	49	0,7
trasporti	3.152	284	65	2,0	3.488	297	56	1,6
tutto	56.060	3.844	613	1,1	60.811	4.086	658	1,08

Conseguenze degli infortuni "su strada": inabilità permanente e mortali nel 2000 e 2001

comparti	2000				2001			
	infortuni stradali	perman.	mortali	Durata media	infortuni stradali	perman.	mortali	Durata media
legno	18	2	1	29	8	1	0	28
metalmeccanica	22	1	0	32	32	2	0	30
costruzioni	60	3	0	31	49	2	0	30
trasporti	65	4	3	39	56	2	0	31
tutti	613	42	6	30	658	34	0	28

4.6.3 L'incidenza degli infortuni nei vari comparti produttivi

Fra i settori più a rischio il metalmeccanico

Nell'ultimo triennio sono stati elaborati i dati ricavati da un campione di aziende locali appartenenti ai comparti più a "rischio" del nostro territorio (metalmeccanica, legno, calzaturiero, allevamenti avicoli) al fine di valutare più accuratamente il fenomeno e realizzare interventi di prevenzione promozione della sicurezza occupazionale (programmi poliennali ricerca andamento qualitativo – quantitativo degli infortuni, dati SPSAL).

Fra le lavorazioni più a rischio nel cesenate spiccano le metalmeccaniche: all'interno di queste le carpenterie hanno un forte peso nel determinare l'indice d'incidenza infortunistico. In questo ambito lavorativo gli extracomunitari hanno un rischio relativo di infortunio più alto rispetto agli italiani addetti alle stesse lavorazioni: confrontando italiani ed immigrati, nel nostro campione abbiamo un indice infortunistico di 7,8 per gli italiani contro 66,7 per gli extracomunitari nel 2000 e di 11,2 vs. 50 nel 2001.

Negli ultimi anni si è svolta una ricerca sul comparto "allevamento avicolo" che ha evidenziato interessanti dati anche sugli infortuni; su un campione di 23 aziende si sono rilevati i seguenti dati:

Allevamenti avicoli, Infortuni totali e Senza in itinere (1999-2002)

Cesena	1999		2000		2001		2002	
allevamenti avicoli	totali	senza in itinere						
indice di incidenza	11,9	11,3	18,6	17,3	16,9	15,1	19	16,8
durata media(in giorni)	33	36	29	29	52	53	36	37

Gli allevamenti avicoli costituiscono un ambito lavorativo peculiare per il cesenate.

I processi produttivi sono costituiti da fasi di lavoro molto semplici, ma inseriti in un contesto strutturale ed organizzativo in cui pesano particolarmente il turnover dei lavoratori (per gran parte extra comunitari e a rapporto di lavoro precario), l'impiego di manodopera in genere poco qualificata. Il tutto si manifesta nell'alta incidenza di eventi infortunistici e nella gravità degli stessi (con una durata media che ha raggiunto i 52 giorni nel 2001 e 36 nel 2002).

5. Le caratteristiche ambientali

5.1. L'ambiente

5.1.1 Per respirare a pieni polmoni

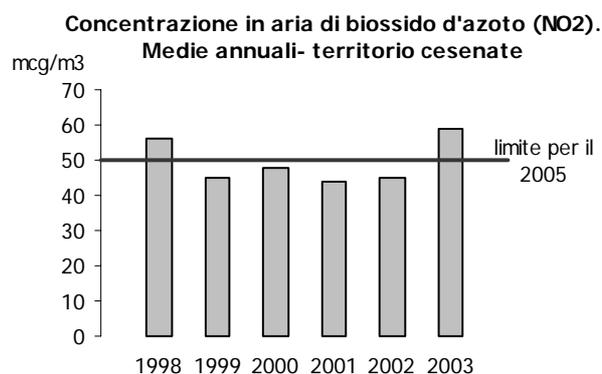
La qualità dell'aria, sempre più compromessa, richiede strategie e interventi contro l'inquinamento

L'aria è la componente ambientale maggiormente associata alla percezione del rischio, anche perché l'esposizione risulta comune a tutta la popolazione e poco controllabile. Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato un'associazione tra i livelli di inquinanti atmosferici, cui la popolazione è normalmente esposta nelle città, e una serie di effetti negativi sulla salute (MISA, 2001; Pope CA, 2002) .

Nella maggior parte di questi studi l'inquinamento atmosferico è stato determinato dalla presenza nell'aria delle particelle in sospensione (PM10), di ossidi di azoto (NOx), di anidride solforosa (SO2) e di monossido di carbonio (CO). Tuttavia, nell'insieme degli studi, le particelle in sospensione (soprattutto le frazioni di più piccole dimensioni come il PM10 e il PM2,5) sono risultate l'indicatore di qualità dell'aria più consistentemente associato con una serie di effetti avversi sulla salute. La fonte maggiore di inquinamento dell'aria è rappresentata dalle emissioni del traffico veicolare e, in misura minore, quelle delle industrie e del riscaldamento.

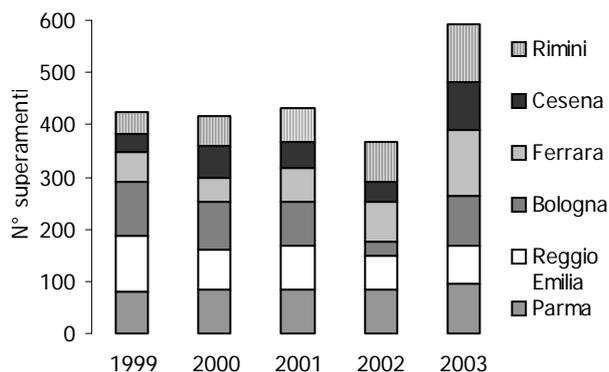
Considerando i vari indicatori, la qualità dell'aria nel nostro territorio presenta le seguenti caratteristiche:

- già da diversi anni nel nostro territorio non si registrano superamenti né del livello di allarme (30mg/m³ media oraria), né del livello di attenzione (15mg/m³ media oraria) del **monossido di carbonio**
- nel corso del 2003 non si sono verificati superamenti dei livelli di attenzione oraria (270 microgr/m³ max oraria) per gli **ossidi di azoto**. I dati rilevati evidenziano come dopo una forte flessione delle quantità di biossido di azoto rilevate negli scorsi anni a seguito dell'introduzione delle marmitte catalitiche, i valori misurati negli ultimi cinque anni si sono stabilizzati e nell'ultimo anno hanno superato il valore limite della protezione della salute umana al 2005 (pari a 50 microgrammi/m³). Tutti i valori rilevati si collocano abbondantemente al di sopra dei 40 µg/m³, valore limite per la salute umana al 2010.



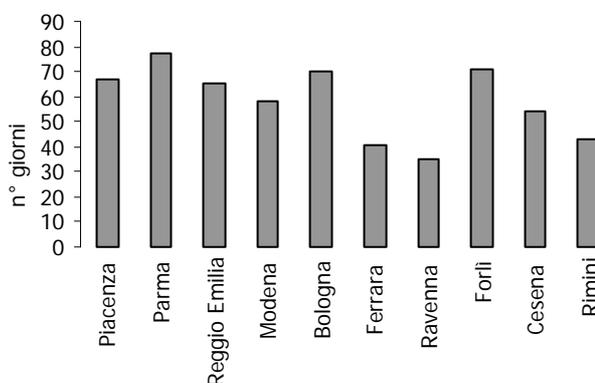
- l'ozono** rappresenta un inquinante critico per i superamenti dei livelli di attenzione ($180\mu\text{g}/\text{m}^3$) che si verificano soprattutto nel periodo estivo, anche se non si sono mai verificati superamenti del livello di allarme ($360\text{ microgrammi}/\text{m}^3$ media oraria). Rispetto agli anni passati, il 2003 ha visto un aumento sostenuto dei valori e dei superamenti, probabilmente anche a causa dei particolari fattori meteorologici che hanno caratterizzato l'estate.

Superamenti dei limiti di legge per l'ozono (O3) sia orari ($180\mu\text{g}/\text{m}^3$) sia sulle 8 ore ($110\mu\text{g}/\text{m}^3$)



- le polveri sottili** rappresentano uno degli inquinanti più critici per la qualità dell'aria in tutta la regione: i dati rilevati evidenziano come i superamenti dei limiti di legge giornalieri più il margine di tolleranza per il 2003 ($60\text{ microgrammi}/\text{m}^3$) risultino abbondantemente sopra al massimo di giornate consentite in un anno (35 giornate).

PM10 - Superamenti del limite di legge giornaliero più il margine di tolleranza al 2003 ($60\mu\text{g}/\text{m}^3$)



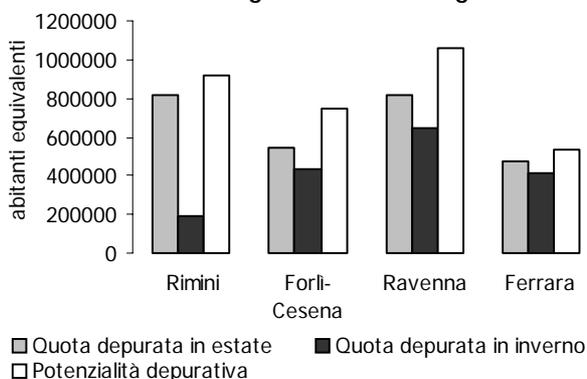
5.1.2 Chiare, fresche, dolci acque?

Il quadro delle risorse idriche nel comprensorio cesenate

La principale fonte d'approvvigionamento di acqua potabile del comprensorio cesenate è la diga di Ridracoli, integrata al bisogno dai pozzi per l'area di Cesena e del Rubicone. Questa miscelazione può determinare alcuni problemi per quanto riguarda la durezza e la presenza di nitrati, che potrebbero essere risolti con appositi impianti di depurazione.

I dati relativi ai controlli di potabilità sulla rete acquedottistica nel periodo 2000-2003 mostrano un numero di irregolarità limitato. Per quanto riguarda i parametri microbiologici, la percentuale dei campioni non conforme oscilla tra l'1% e il 5%: tali irregolarità sono riconducibili ad alcuni acquedotti localizzati in aree della Comunità Montana; le irregolarità chimico-fisiche sono praticamente nulle.

Impianti di depurazione delle acque reflue
Fonte: Regione Emilia-Romagna-2000



Per tutelare la salute umana e la qualità delle acque, i Comuni della regione Emilia-Romagna si sono dotati di sistemi fognari e di depurazione dei reflui, in particolare sul litorale. Il grafico illustra, per le province della costa emiliano-romagnola, le potenzialità ed i quantitativi effettivamente depurati negli impianti di secondo livello (biologici) riferiti all'anno 2000.

5.1.3 Adriatico sorvegliato speciale

Le condizioni delle acque marino costiere

La sorveglianza sulla qualità e sulla sicurezza igienico sanitaria delle acque destinate alla balneazione ha evidenziato come, dal punto di vista microbiologico, le condizioni delle nostre acque marino-costiere siano buone e come le maggiori criticità riguardino i parametri correlati allo stato trofico.

Nel 2003 l'Indice di Qualità Microbiologica si è mantenuto, in più del 95% dei campionamenti effettuati, su valori indicativi di una buona qualità delle acque.

Le criticità legate allo stato trofico si verificano prevalentemente in inverno, primavera ed autunno, dato l'incremento della portata dei fiumi alimentato dalle abbondanti precipitazioni. L'andamento di questi parametri è quasi totalmente condizionato degli apporti provenienti dal bacino padano.

L'accumulo di mucillagini, sostanze polisaccaridiche secrete dalle alghe, non rappresenta un pericolo per la salute umana, anche se in via cautelativa è sconsigliata la balneazione in caso di lesioni cutanee o condizioni precarie di salute, per la possibile proliferazione di batteri opportunisti. Qualora i controlli (che sono effettuati con regolarità) evidenzino la presenza di microalghe produttrici di biotossine potenzialmente patogene, viene tempestivamente bloccata la pesca per impedire la raccolta e la distribuzione di pesce contaminato.

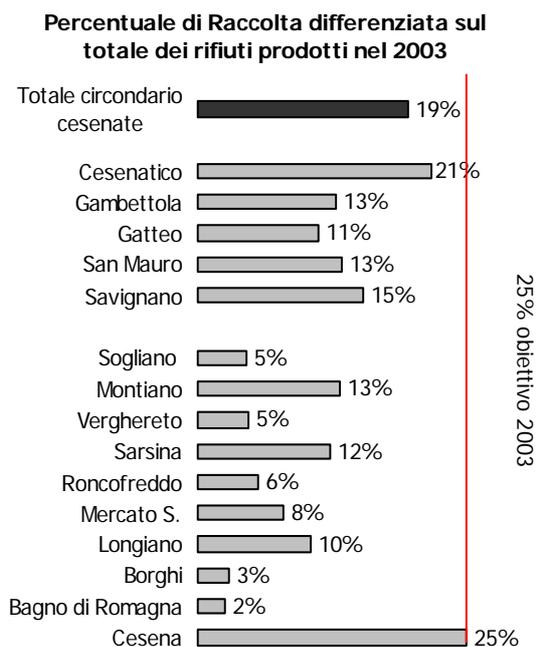
5.1.4 Centoventicinquemila tonnellate da buttare

La raccolta e lo smaltimento dei rifiuti

La produzione pro-capite di rifiuti urbani costituisce un utile indicatore per valutare il carico ambientale generato dai consumi.

Un irrazionale accumulo dei rifiuti può essere un'importante causa di deterioramento del benessere e dell'ambiente di vita. I danni possono derivare dall'inquinamento delle acque superficiali e profonde, dalla produzione di aerosol microbici, dalla formazione di fumi e gas nocivi e dal richiamo di topi e insetti.

Negli ultimi anni la produzione dei rifiuti nella nostra regione è aumentata progressivamente passando dai 572 Kg/procapite del 1997 a 644 Kg/procapite del 2002, con un incremento del 12%, superando sia la media nazionale (466 Kg/procapite nel 2000) che quella europea (507 Kg/procapite).



Nel V Programma europeo di Azione Ambientale (2000) è stato fissato come limite auspicabile una produzione pro-capite di 300 Kg all'anno.

Nel comprensorio cesenate sono presenti due impianti di smaltimento dei rifiuti: la discarica nella vallata di Rio della Busca, che prevede anche un sistema dei compostaggio, e la discarica di Ginestreto a Sogliano che dal 1998 ha iniziato a produrre energia elettrica grazie allo sfruttamento dei biogas

Nel 2003 sono stati prodotti nel territorio cesenate circa 125.000 tonnellate di rifiuti di cui il 19% è stato raccolto in modo differenziato. Tale valore si colloca al di sotto di quello regionale (28%) e di quello previsto dal D.lgt. 22/97 (25%) anche se esiste una forte variabilità tra i diversi comuni: la percentuale di raccolta differenziata è più alta nei comuni di Cesena (25%) e di Cesenatico (21%).

5.1.5 Non è solo questione di rumore

L'inquinamento acustico e i controlli sul territorio

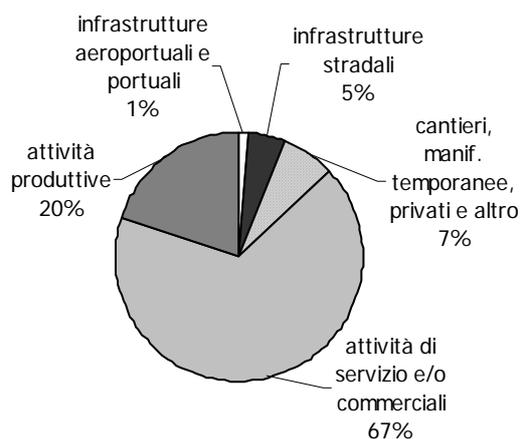
Il rumore è una delle tematiche ambientali che maggiormente influenza la qualità della vita, infatti l'esposizione al rumore, oltre agli effetti sull'apparato uditivo, è in grado di indurre una serie di effetti extrauditivi fra i quali il disturbo del sonno, l'interferenza sulla comunicazione verbale e sull'apprendimento, effetti sulla salute mentale e sulle prestazioni, etc.

È possibile osservare che le sorgenti controllate a livello regionale (677 nell'anno 2003) sono in grande prevalenza attività produttive e attività di servizio e/o commerciali (in quest'ultima categoria emergono i pubblici esercizi ed i circoli privati). L'attività di controllo si esplica per lo più a seguito di segnalazioni dei cittadini (nel 2003, globalmente, per il 90 % delle sorgenti controllate).

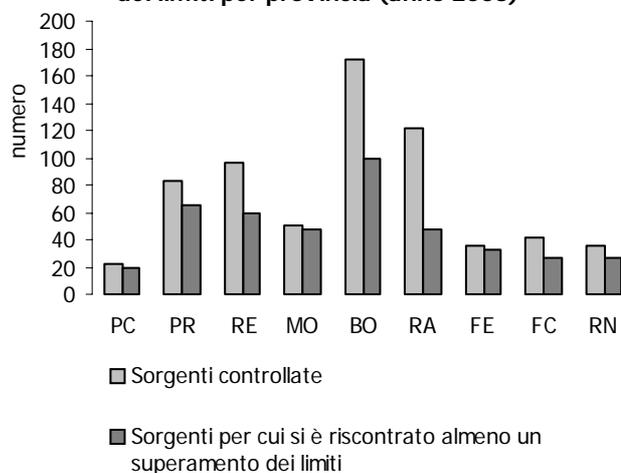
I controlli evidenziano un effettivo problema d'inquinamento acustico (rilevazione di almeno un superamento dei limiti vigenti) per il 60 % delle sorgenti controllate nel 2003; tale percentuale era pari al 48 % nel 2000, al 52 % nel 2001, al 68 % nel 2002.

L'attuale normativa in materia di inquinamento acustico definisce i limiti diversificati, a seconda della destinazione d'uso del territorio, ed affida alle Amministrazioni Comunali il compito di

Distribuzione delle sorgenti di rumore controllate nelle diverse categorie considerate (Regione E. R. 2003)



Numero di sorgenti controllate e relativi superamenti dei limiti per provincia (anno 2003)



effettuare la Zonizzazione acustica del territorio che rappresenta la premessa per poi predisporre piani di risanamento acustico.

Al 31 dicembre 2003 sono due (Cesena e Savignano sul Rubicone) i Comuni del nostro territorio con il piano di zonizzazione acustica approvato.

5.1.6 "Onda su onda"

Il proliferare di nuovi impianti pone l'accento sui campi elettromagnetici

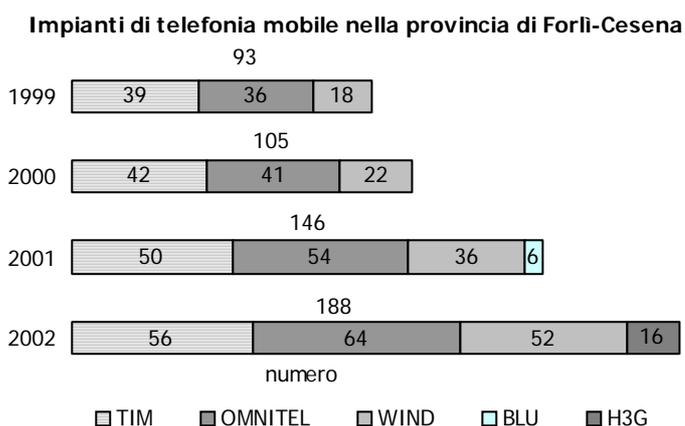
L'uso sempre crescente delle nuove tecnologie ha portato, negli ultimi decenni, a un aumento, sul territorio nazionale, della presenza di sorgenti di campo elettrico, campo magnetico e campo elettromagnetico, rendendo sempre di maggiore attualità la problematica dell'esposizione alle radiazioni non ionizzanti.

In ambito regionale sono aumentati gli impianti di telefonia mobile di circa il 115% nel periodo 1999-2002, passando da circa 900 impianti a circa 2000.

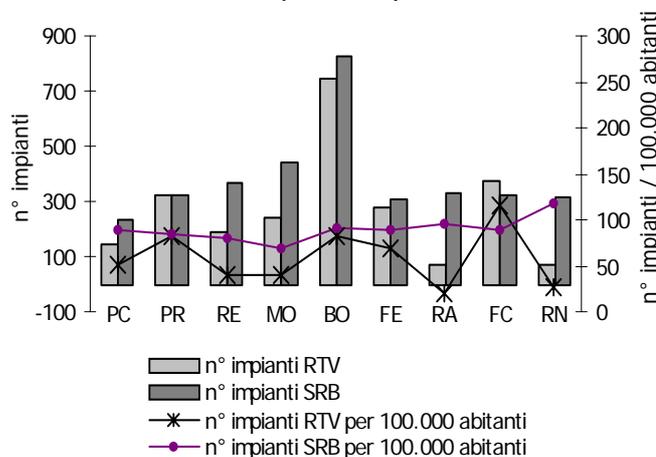
I campi elettromagnetici sono classificati sulla base della frequenza in:

- campi a frequenza estremamente bassa (ELF) generati dagli elettrodomesti e dagli elettrodomestici
- radiofrequenze e microonde (RF) generate da impianti di telefonia mobile (SRB), di emittenza radiotelevisiva e dai telefoni cellulari. Allo stato attuale delle conoscenze le radiazioni ELF sono state classificate come "possibile cancerogeno", basando tale definizione sulla "limitata evidenza" di aumento del rischio di leucemie infantili per esposizioni

a valori superiori a 0.4 microtesla, mentre viene escluso tale rischio per esposizioni a valori inferiori. Il quadro di conoscenze scientifiche in materia di radiazioni non ionizzanti, ancora incompleto e incerto, sposta l'attenzione sulla necessità di adottare politiche cautelative tese a minimizzare i livelli di esposizione che nella nostra regione trovano espressione nella legge regionale n. 30 del 2000 e successive modifiche. Per quanto riguarda l'esposizione a radiofrequenze e microonde i dati Arpa aggiornati al 2003, non evidenziano nella nostra provincia particolari criticità: non sono rilevati superamenti dei valori di cautela per gli impianti di telefonia mobile, mentre per i superamenti riscontrati negli impianti radioTV sono in corso o già concluse le procedure per la bonifica e delocalizzazione degli impianti.



Numero di impianti per radiotelecomunicazione e densità per abitante, diversificati per tipologia e per provincia (anno 2003)

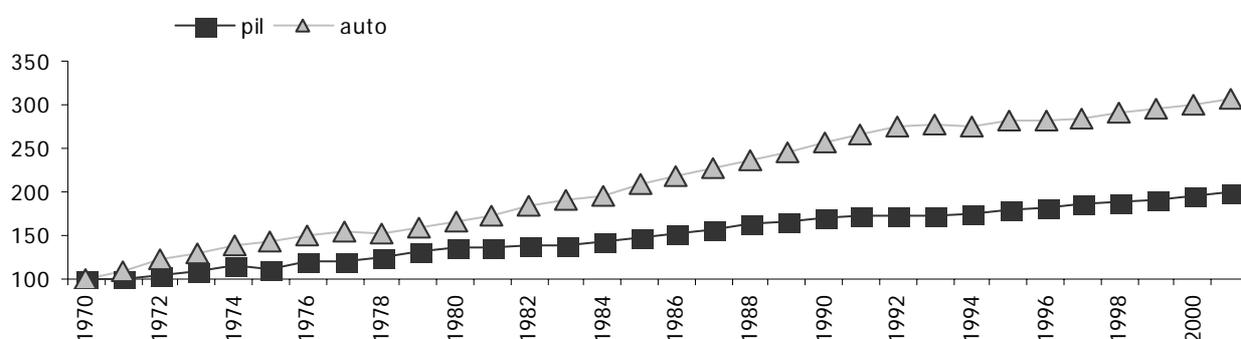


5.2. Un fiume d'auto sulle strade

Il tasso di motorizzazione nella nostra realtà è uno dei più alti d'Italia

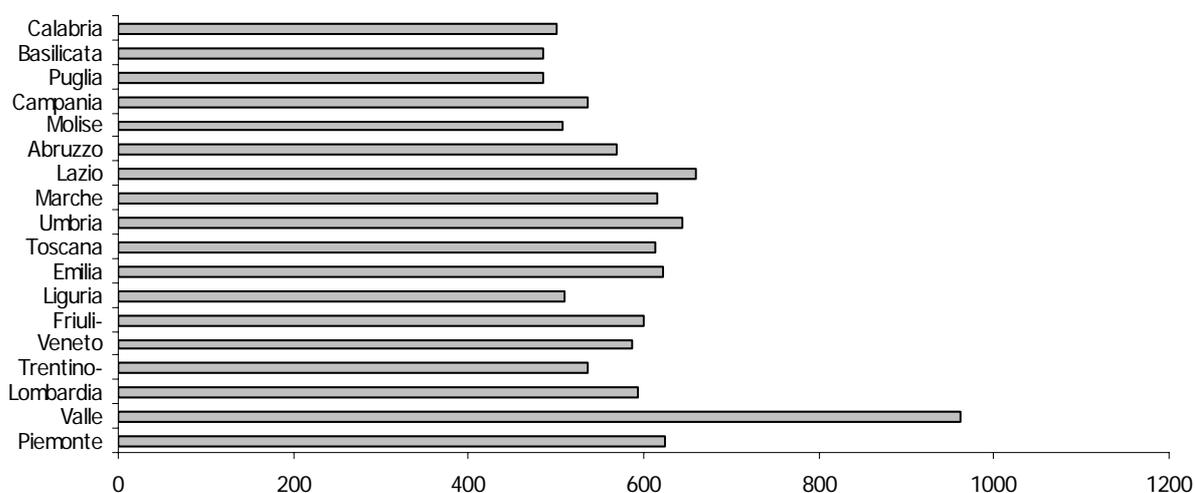
Negli ultimi dieci anni, in tutti i Paesi sviluppati, si è verificata una continua crescita della domanda di trasporto: attualmente le persone e le merci si muovono in misura maggiore di quanto non sia mai accaduto nel passato. Questo fenomeno è accompagnato da profonde trasformazioni nelle caratteristiche della domanda di trasporto che, oltre ad aumentare costantemente, si rivolge in misura prevalente alla strada. Tra il 1991 e il 2001 nel nostro Paese vi è stata una crescita del 17% delle autovetture, del 47% dei motocicli e del 45% degli autocarri adibiti al trasporto merci. L'Italia ha uno dei più alti tassi di motorizzazione del mondo: tra il 1970 ed il 2001 il prodotto interno lordo pro-capite a prezzi costanti è raddoppiato, mentre il numero di auto circolanti è triplicato.

Indice di prodotto interno lordo pro-capite (a prezzi costanti 1985) e indice del numero di autovetture per 1000 abitanti (base 1970 = 100)



Il tasso di motorizzazione è salito tra il 1991 e il 2001 da 501 a 574 autovetture ogni 1000 abitanti. La regione Emilia-Romagna si colloca tra le prime cinque regioni con tasso di motorizzazione più alto, pari a 618 autovetture per 1.000 abitanti.

Tasso di motorizzazione (autovetture per 1000 abitanti) per regione - anno 2001



Nella provincia di Forlì-Cesena il parco circolante è di 287.111 veicoli (dato 2000) di cui il 76% autovetture e l'11% autocarri. Dai dati sulla viabilità provinciale si nota che tra il 1980 e il 2000 il traffico giornaliero è praticamente raddoppiato passando da 113.800 a 209.557 veicoli. Nella rete viaria provinciale le prime tre strade per intensità di traffico si trovano nel Comprensorio Cesenate: si tratta della "Diegaro-S.Egidio" (circa 16.000 veicoli al giorno), la SP 33 "Gatteo" (circa 12.500 veicoli al giorno) e la provinciale 10 "Cagnona" (10.400 veicoli al giorno). Dall'analisi dei dati sul traffico nelle strade provinciali emerge un altro elemento interessante relativo all'alta velocità: sei automobilisti su dieci non rispettano i limiti e il 40% di questi oltrepassa la soglia di sicurezza (dati Censimento 2001-2002 della circolazione stradale extraurbana Provincia Forlì-Cesena)

5.2.1 Gli spostamenti quotidiani

Nel 2002 gli spostamenti per recarsi nel luogo di studio o di lavoro hanno interessato più di 30 milioni di italiani. La mobilità ha caratteristiche differenti per le varie tipologie di popolazione: gli studenti si spostano a piedi nel 28% dei casi, mentre i lavoratori fanno maggior uso dei mezzi di trasporto (87%) e solo l'11% di essi si reca a lavoro a piedi.

Nella nostra realtà regionale gli studenti usano più frequentemente i mezzi di trasporto (86% vs 70% in Italia) per recarsi a scuola, e pochi raggiungono il luogo di destinazione a piedi (13%). Più diffuso invece l'uso della bicicletta (7%) rispetto al dato nazionale (3%).

Le persone residenti in regione si recano al lavoro utilizzando prevalentemente la propria autovettura (76%) e una quota superiore alla media nazionale utilizza la bicicletta (7% vs 3%).

**Studenti fino a 34 anni per mezzo di trasporto utilizzato per andare a scuola
(per 100 persone della stessa età). Anno 2002.**

	Va a scuola a piedi	Usa mezzi di trasporto	Auto come conducente	Auto come passeggero	Tram e Pullman	bicicletta	Altro (treno moto, etc)	
Emilia-Romagna	13%	86%	7%	44%	16%	18%	7%	11%
Italia	28%	70%	5%	32%	12%	18%	3%	12%

**Persone di 15 anni e più occupate, per eventuali mezzi di trasporto utilizzati per andare al lavoro
(per 100 persone della stessa età). Anno 2002.**

	Va al lavoro a piedi	Usa mezzi di trasporto	Auto come conducente	Auto come passeggero	Tram e Pullman	bicicletta	Altro (treno moto, etc)	
Emilia-Romagna	8%	91%	76%	4%	4%	1%	7%	5%
Italia	11%	87%	68%	6%	5%	3%	3%	9%

Attraverso i dati di un'indagine che ha coinvolto un campione di soggetti residenti in alcuni Comuni del nostro territorio (Cesena, Cesenatico e Savignano sul Rubicone) è stato possibile analizzare le caratteristiche della mobilità, in termini di modalità e motivazioni che inducono i cittadini a spostarsi. Sono stati presi come riferimento alcuni spostamenti abituali quali i percorsi casa-scuola, casa-lavoro, per l'accompagnamento, per gli acquisti e il tempo libero.

- Per quanto riguarda il *percorso casa-scuola e casa-lavoro* è evidente come *l'automobile* sia il mezzo più utilizzato (tre adulti su quattro). Se si considera che tale percorso è quotidiano, si comprende come ciò rappresenti un nodo centrale della criticità degli spostamenti. Le motivazioni principali che spingono gli utilizzatori dell'automobile a muoversi con questa modalità riguardano l'ottimizzazione spazio-tempo e la non disponibilità di altre soluzioni. La motivazione della scelta del mezzo in funzione della sicurezza urbana e stradale risulta del tutto irrilevante (1%). L'utilizzo dei mezzi pubblici coinvolge solo l'8% dei cittadini e la modalità ciclo-pedonale il 14%.
- Gli *spostamenti per gli acquisti o commissioni* coinvolgono soprattutto le persone anziane che, a differenza dei giovani-adulti, tendono a fare numerosi spostamenti nell'arco della settimana utilizzando prevalentemente la bicicletta (41%) o spostandosi a piedi (23%). Questo aspetto sottolinea l'importanza di tenere conto dell'evoluzione del bisogno degli utenti deboli della strada nella pianificazione del sistema dei trasporti e nella progettazione urbanistica e infrastrutturale (es. ampliare e mettere in sicurezza i percorsi ciclopedonali).
- Anche per gli spostamenti *per svago e tempo libero* in ambito urbano si osserva, con l'aumentare dell'età, la tendenza alla riduzione dell'uso dell'auto a vantaggio degli spostamenti pedonali e ciclistici. Il centro che registra il maggior numero di spostamenti tra gli anziani, con le modalità ciclopedonali, è Cesenatico (57% si sposta tre o più volte a settimana) seguito da Cesena (46%) e Savignano sul Rubicone (40%). Per quanto riguarda gli spostamenti nel tempo libero verso *spazi extraurbani*, il 50% del campione dichiara di spostarsi almeno una volta alla settimana, con valori che sfiorano il 70% tra i giovani (meno di 30 anni) e l'unico mezzo utilizzato è l'automobile.

5.2.2 Fermata d'autobus

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

Secondo un'indagine svolta nel 2002 in Italia "l'utenza dei mezzi pubblici urbani risulta pari a circa un quarto della popolazione di 14 anni e più (24%)".

Nel comprensorio cesenate è l'Agenzia per la Mobilità (Consorzio ATR), di cui sono proprietari gli Enti Locali (la Provincia di Forlì-Cesena e tutti i Comuni del territorio), che 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, nonché quelli stabiliti dalle leggi regionali sui trasporti e quelli concordati con gli Enti Locali. Il Consorzio ATR sovrintende quindi al trasporto pubblico locale, ai servizi scolastici e alla sosta regolamentata e partecipa alla gestione dei Piani Urbani del Traffico. L'erogazione dei trasporti è invece demandata a società private attraverso gare d'appalto. Le scelte programmatiche sono volte al miglioramento dei servizi offerti, soprattutto in funzione delle esigenze dell'utenza, e all'incentivazione della mobilità ciclopedonale attraverso l'allestimento di aree strategiche di sosta e di scambio auto/bus/bici. Sono già stati realizzati progetti di questo

tipo a Cesena e Cesenatico, dove nel periodo estivo sono attivi anche servizi di navetta per il collegamento di tre parcheggi scambiatori con la spiaggia. Uno degli obiettivi perseguiti per migliorare la vivibilità delle nostre città è la riduzione dell'intensità del traffico e, conseguentemente, degli incidenti stradali e dell'inquinamento atmosferico. Ad esempio l'offerta di corse ad alta frequenza nelle ore di punta oppure altre iniziative, come la navetta per gli spostamenti notturni tra le varie mete di divertimento, possono rappresentare una concreta alternativa alla mobilità privata.

Atr promuove, quindi, la mobilità sostenibile: da un lato, attraverso azioni per il miglioramento dell'offerta di trasporto collettivo; dall'altro, pone in essere azioni relative al rinnovo del parco veicolare con mezzi a ridotto impatto ambientale e all'introduzione di modalità di trasporto alternative.

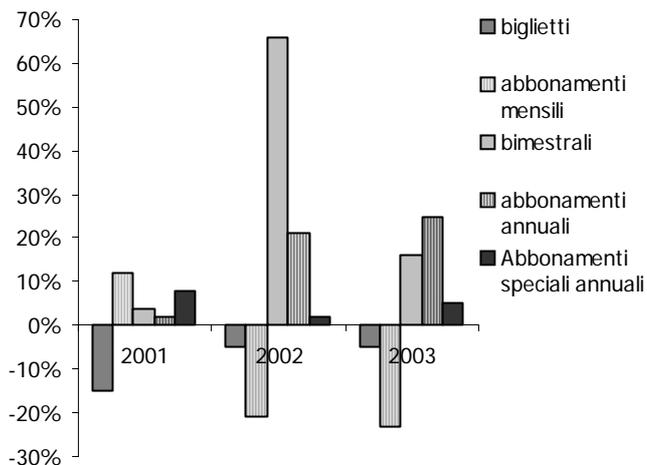
A queste azioni, si è aggiunta la presenza di Atr in qualità di stakeholder nelle iniziative delle Amministrazioni locali di supporto all'Agenda 21. Al momento, l'Agenzia ha partecipato al processo di attivazione di Agenda 21 Locale nel Comune di Cesena, nei 4 Comuni di Costa (Cesenatico, Gatteo, San Mauro Pascoli, Savignano sul Rubicone) e nella Provincia di Forlì-Cesena, contribuendo all'elaborazione del Piano di Azione Locale per uno sviluppo durevole e sostenibile. L'obiettivo è quello di integrare le politiche e i programmi degli Enti anche in senso intercomunale, per dare alle prossime iniziative una visione più ampia sia dal punto di vista temporale che territoriale.

Per contribuire alla riduzione delle cause di inquinamento ambientale, l'Agenzia privilegia l'impiego di mezzi, tecnologie e carburanti meno inquinanti.

Nella rete urbana di Cesena il servizio è cresciuto di circa il 2% soprattutto grazie all'ampliamento della linea elettrica nel quartiere ex zuccherificio, al potenziamento delle linee elettriche in occasione delle targhe alterne, e ad alcuni interventi alla viabilità che hanno consentito la riduzione di ritardi su alcune linee. Il servizio extraurbano e suburbano offerto su tutto il territorio provinciale nel 2003 si è attestato sui 5.288.766 vettori per km, 1,4% in più rispetto al 2002. Per rispondere alle esigenze del territorio sono state potenziate alcune linee nelle ore di punta e sono state introdotte nuove corse.

A seconda del tipo di servizio che si deve utilizzare (urbano o extraurbano) o dell'uso che s'intende fare del mezzo pubblico, sono a disposizione diverse soluzioni tariffarie. Esistono anche abbonamenti a tariffe agevolate riservate a particolari categorie di clienti, quali studenti, lavoratori, pensionati e invalidi. Queste strategie hanno favorito, in particolare, l'acquisto degli abbonamenti, che negli ultimi tre anni mostrano un trend in crescita.

Trasporti pubblici: variazione percentuale per tipo di abbonamento per anno. Cesena



Bibliografia

Studi e Ricerche

- AUSL di Cesena (a cura di) *Sviluppo di un sistema di sorveglianza dei rischi di incidenti stradali*, Ricerca realizzata nel territorio cesenate Anni 2002-2003.
- AUSL Cesena (a cura di) *Indagine Dioniso. Studio sugli stili di vita e la percezione della salute*, Novembre 2003
- AUSL Cesena (a cura di) *Sorveglianza nutrizionale nelle scuole materne dell'Azienda Sanitaria di Cesena* Novembre 2004
- Baraldi C. Rossi E. (a cura di) *La prevenzione delle azioni giovanili a rischio*, Milano, Angeli, 2002.
- Bernabini F. "Cercando casa". *Immigrazione e questione abitativa in Provincia di Ravenna*, 2002.
- Bernardotti M. G. (a cura di) *Con la valigia accanto al letto: Immigrati e casa a Bologna*, 2001.
- Berti P. Rapporto di ricerca, *I familiari di malati di Alzheimer: carico assistenziale e qualità di vita*, Cesena, Il Ponte Vecchio, 2001.
- Coluccia A. Ferretti F. (a cura di) *Immigrazione nuove realtà e nuovi cittadini*, Milano, Angeli, 2002.
- Fondazione Censis, (a cura di) *Invecchiare in salute*, anno 2004.
- Gaggi M. (a cura di) *In strada con i ragazzi*, Cesena, Arco Edizioni sociali, 2003.
- Ginsborg P. *La società italiana 1945-2000*, in S. Cassese (a cura di) *Ritratto dell'Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2001.
- Livi Bacci M. *Gli italiani*, in Cassese S. (a cura di), *Ritratto dell'Italia*, Roma-Bari, Laterza, 2001.
- MISA Group (a cura di), *Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico*, *Epidem Prev*, 2001; 25 (supp2)
- Marcetti C., Solimano N., Tosi A. (a cura di) *Le Culture dell'Abitare*, Firenze 2000.
- Pieri R. (a cura di) *Siamo fuori dal mondo? Un'esperienza di ricerca/intervento partecipata nella realtà giovanile della valle del Savio*, Cesena, Il Ponte Vecchio, 1995.
- Pope CA, Burnet RT, Thun MJ, et al. *Lung cancer, cardiopulmonary mortality and long-term Exposure to fine particulate air pollution*, *JAMA*, 2002 287:1132-1141
- Regione Emilia Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale (a cura di) *Progetto SIDRIA: Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente*, www.sidria.net.
- Ronfani L., Tamburini G. (a cura di) *La salute del bambino in Italia 2004: problemi e priorità*, Seconda edizione del Rapporto sullo stato di salute in Italia.
- Stevenato S. *Da due diventano dieci. Immigrazione, mercato degli alloggi e modi dell'abitare*, 1999.
- SUNIA, Ancab-Legacoop (a cura di) *Condizioni abitative degli immigrati in Italia*, 2001.
- Zonin R. (a cura di) *Il fabbisogno di alloggi per extracomunitari nella Provincia di Verona*, 2003.
- Zurla P. (a cura di) *Tempi quotidiani di vita e di lavoro. Verso una regolazione degli orari a Cesena*, Milano, Angeli, 2000.

Zurla P., De Luigi N., Martelli A. (a cura di) *Radicalamento e Disincanto. Una indagine sui giovani della Provincia di Forlì-Cesena*, Milano, Angeli, 2004.

Zurla P. (a cura di) *Volto della dispersione scolastica e formativa: Una indagine in provincia di Forlì-Cesena*, Milano, Angeli, 2004.

Rapporti

AUSL Cesena (a cura di) *La salute nella terza età* Gennaio 2005.

Antares, *Atlante Socio-Economico della Provincia di Forlì-Cesena*, anno 2001.

Antares-Serinar (a cura di) *Economia, lavoro e società. Rapporto 2002*.

ARPA, *Annuario 2004*.

Assessorato Lavori Pubblici, Viabilità e Mobilità della Provincia di Forlì-Cesena (a cura di) *Censimento 2001/2002 della circolazione stradale extraurbana*.

Camera di Commercio I.A.A. di Forlì-Cesena, Unioncamere Emilia-Romagna, *Rapporto sull'economia della Provincia di Forlì-Cesena*, anno 2003.

Comune di Cesena, *Bilancio sociale*, anno 2002.

Comune di Cesena, *Bilancio sociale*, anno 2003.

Caritas-Migrantes (a cura di) *XXIII Rapporto sull'immigrazione*, dossier statistico 2003.

Caritas-Migrantes (a cura di) *XXIV Rapporto sull'immigrazione*, dossier statistico 2004.

Dipartimento Cure primarie AUSL Cesena, *Tutela a promozione della salute materno-infantile*, Relazione annuale 2003.

ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), ricerca 2003.

IARD, *Rapporto 2000*.

IPSAD (a cura di) *Relazione annuale al Parlamento italiano sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, anno 2001.

IPSAD (a cura di) *Relazione annuale al Parlamento italiano sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, anno 2003.

ISTAT (a cura di) *Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2002*, Roma, 2003.

ISTAT (a cura di) *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, Anni 1999-2000, Roma 2001.

ISTAT (a cura di) *Statistiche dei trasporti Anno 2001*, Annuario n. 3, Anno 2003.

ISTAT (a cura di) *I Servizi pubblici e di pubblica utilità: utilizzo e soddisfazione. Indagine multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana*, Anno 2001.

Istituto Tagliacarne (a cura di) *Report sul settore nonprofit nella provincia di Forlì-Cesena*, Progetto QUASAR, anno 2003.

Osservatorio Europeo, delle Droghe e delle Tossicodipendenze, *Relazione annuale 2003*.

Osservatorio Tossico-Alcolodipendenze Ser.T AUSL Cesena (a cura di) *Epidemiologia dei servizi Ser.T per droghe e alcol*, Report 2003.

Riviste

Epicom news n. 3, *Analisi sulle disuguaglianze di accesso alle cure prenatali delle partorienti presso la Ausl di Cesena 2002* a cura del Servizio di Epidemiologia e Comunicazione AUSL di Cesena.

Epicom news n. 4, *Report Progetto Salem anno 2003* a cura del Servizio di Epidemiologia e Comunicazione AUSL di Cesena.

Sestante n. 19 *Mission SerT e PerCorsi valutativi*, AUSL Cesena, luglio 2003.

Sestante n. 20-21, *La memoria epidemiologica del divenire servizio AUSL Cesena*, novembre 2003.

Sestante n. 22, *Ricerca socio-epidemiologica ed operatività nelle dipendenze*, AUSL Cesena, dicembre 2004.

Siti internet

www.welfare.gov.it (Ministero del Welfare)

www.ministerosalute.it (Ministero della Sanità)

www.minambiente.it (Ministero dell'ambiente)

www.infrastrutturetrasporti.it (Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti)

www.iss.it (Istituto Superiore di Sanità)

www.istat.it (Istituto Nazionale di Ricerca)

www.censis.it (Centro Studi Investimenti Sociali)

www.inail.it (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro)

www.minori.it (Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza)

www.regione.emilia-romagna.it (Regione Emilia Romagna)

www.saluter.it (Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna)

www.emiliaromagnasociale.it (Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna)

www.ermesambiente.it (Portale dedicato alle tematiche ambientali della Regione Emilia Romagna)

www.arpa.emr.it (Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente dell'Emilia – Romagna)

www.provincia.forli-cesena.it (Provincia di Forlì Cesena)

www.comune.cesena.fc.it/cesena/infonews/index.asp (Comune di Cesena)

www.ausl-cesena.emr.it (Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena)

www.informafamiglie.it (Informa Famiglie & Bambini – Regione Emilia Romagna)

www.who.int (Organizzazione Mondiale della Sanità)

www.caritasitaliana.it (Caritas Italiana)

www.cestim.org (Portale di documentazione sui fenomeni migratori)

www.michelucci.it (Fondazione Michelucci: Ricerche e progetti negli spazi del sociale)

www.ceis.it (Centro Italiano di Solidarietà di Roma)

www.stradanove.net (Portale informativo sul mondo giovanile)

www.ismu.org (Fondazione ISMU: Iniziative e Studi sulla Multietnicità)

www.centromaderna.it (Centro Maderna: Documentazione, formazione e ricerca sulla condizione anziana)

