

**Sezione 1. Contesto di riferimento****2**

<b>1.1 Territorio</b>	<b>3</b>
1.1.1 Collocazione geografica, viabilità e flussi di mobilità sanitaria	6
<b>1.2 Ambiente</b>	<b>12</b>
1.2.1 Fonti di inquinamento	12
<b>1.3 Popolazione</b>	<b>14</b>
1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente	14
1.3.2 Aspettativa di vita	20
1.3.3 Natalità	21
1.3.4 Anziani e grandi anziani	23
1.3.5 Stranieri	25
1.3.6 Famiglie	30
<b>1.4 Condizioni socio-economiche</b>	<b>31</b>
1.4.1 Caratteristiche del tessuto produttivo del Nuovo Circondario Imolese	32
1.4.2 Mercato del lavoro nel Nuovo Circondario Imolese	33
1.4.3 Tenore di vita	36
<b>1.5 Osservazioni epidemiologiche</b>	<b>37</b>
1.5.1 Mortalità	37
1.5.2 Mortalità per grandi cause	39
1.5.3 Altre cause di mortalità	43
<b>1.6 Stili di vita</b>	<b>45</b>
1.6.1 Attività fisica	46
1.6.2 Abitudine al fumo	47
1.6.3 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	48
1.6.4 Consumo di alcol	49
1.6.5 Tossicodipendenze	52
1.6.6 Rischio cardiovascolare e stili di vita	54
<b>1.7 Sicurezza</b>	<b>55</b>
1.7.1 Incidenti stradali	55
1.7.2 Infortuni sul lavoro	56
1.7.3 Infortuni domestici	61

## 1. Contesto di riferimento

Proporre all'inizio del Bilancio di Missione di una Azienda Sanitaria la sezione titolata "Contesto di riferimento" sembra assecondare la definizione di Salute dell'OMS, ossia "*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*".

Da quando detta definizione è stata ufficializzata, il dibattito critico - soprattutto tendente a evidenziarne una sorta di carattere utopico - è continuato senza interruzione, per quanto ancora oggi non si sia giunti a una definizione ufficiale alternativa.

L'innegabile contenuto utopico collegato al senso di "stato perfetto" - che quasi rimanda al concetto di felicità - può d'altro canto essere tradotto in termini più pragmatici e, pertanto, con ormai molte evidenze che sulla Salute di un individuo e di una collettività incidono "*una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non il semplice prodotto di una Organizzazione sanitaria*". In questo senso, deve essere letta la presente Sezione 1, a carattere prevalentemente descrittivo di quelle che sono *determinanti della Salute*, in senso dinamico e di lungo periodo, anche in buona misura *determinate* dall'azione del Sistema Sanitario, sia in termini di servizi erogati - *lato sensu* - sia in termini di impatto economico, occupazionale, ecc..

La descrizione del contesto è così contestualmente presentazione di dati e informazioni influenti dei determinanti della Salute e, al contempo, anche evidenze di risultati sulla Salute complessivamente raggiunti (*outcome*) nella loro dimensione essenzialmente diacronica. Tali risultati, a loro volta - in un tipico processo di *feedback* o retroazione - modificano le condizioni in cui il Sistema opera: se l'Organizzazione sanitaria, attraverso un'azione appropriata ed efficace, riesce a prolungare, insieme ad altri fattori ambientali e genetici, la durata della vita delle persone, dovrà poi fronteggiare i "problemi" derivanti dal suo stesso successo (maggiore incidenza di anziani e non autosufficienti; società nel complesso "più malata"; fabbisogno di risorse crescente; ecc.).

In altri termini, i dati e gli indicatori della prima Sezione rappresentano allo stesso tempo una causa e un effetto (né la sola causa né il solo effetto!) dell'azione dell'Organizzazione sanitaria, ed è interessante osservare come la valutazione della *performance* di Sistema (ad esempio l'OMS) utilizzi molti più indicatori del tipo di quelli contenuti nella prima Sezione del presente Bilancio di Missione, piuttosto che di quelli presenti nelle successive: in realtà, è molto difficile scorporare e misurare l'apporto fornito dall'Organizzazione sanitaria agli indicatori di specie. Ciò non toglie che l'orientamento di *mission* dell'Organizzazione medesima debba essere inquadrato nella logica e nel concetto di Salute sopra definito, pur nella consapevolezza di una difficile possibilità di imputare, sia in positivo sia in negativo, i risultati ottenuti agli attori consapevolmente orientati a raggiungerli.

## 1.1 Territorio

La popolazione residente nei Comuni del Nuovo Circondario Imolese – coincidente con l'ambito della AUSL di Imola - al 31/12/2007 è pari a 127.560 abitanti, di cui 62.655 maschi (49,1%) e 64.905 femmine (50,9%).

Dal punto di vista geografico, si conferma che circa l'81% della popolazione circondariale vive nei Comuni di Imola (52,76%), Castel San Pietro Terme (15,75%) e Medicina (12,38%).

**Tabella 1.1 – Superficie e densità demografica nei Comuni dell'Azienda USL di Imola al 31/12/2007**

COMUNE e ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE kmq	DENSITÀ DI POPOLAZIONE Pop/kmq	POPOLAZIONE			2007 (%)	2006 (%)
			M	F	Totale		
<b>Pianura</b>							
IMOLA	204,94	328,39	32.730	34.571	67.301	52,76%	52,94%
MORDANO	21,46	208,06	2.284	2.181	4.465	3,50%	3,50%
MEDICINA	159,11	99,23	7.744	8.044	15.788	12,38%	12,17%
CASTEL GUELFO	28,55	139,12	1.995	1.977	3.972	3,11%	3,09%
<b>TOTALE 1 (pianura)</b>	<b>414,06</b>	<b>221,05</b>	<b>44.753</b>	<b>46.773</b>	<b>91.526</b>	<b>71,75%</b>	<b>71,71%</b>
<b>Collina</b>							
CASTEL S. PIETRO	148,48	135,32	9.921	10.171	20.092	15,75%	15,90%
DOZZA	24,24	254,04	3.061	3.097	6.158	4,83%	4,78%
CASALFIUMANESE	81,97	40,91	1.684	1.669	3.353	2,63%	2,57%
BORGO TOSSIGNANO	29,12	112,98	1.651	1.639	3.290	2,58%	2,56%
FONTANELICE	36,57	52,17	973	935	1.908	1,50%	1,48%
CASTEL DEL RIO	52,56	23,46	612	621	1.233	0,97%	1,00%
<b>TOTALE 2 (collina)</b>	<b>372,94</b>	<b>96,62</b>	<b>17.902</b>	<b>18.132</b>	<b>36.034</b>	<b>28,25%</b>	<b>28,29%</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>787</b>	<b>162,08</b>	<b>62.655</b>	<b>64.905</b>	<b>127.560</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>ITALIA (2006)</b>		<b>196,00</b>					
<b>REGIONE E.R.(2006)</b>		<b>191,00</b>					

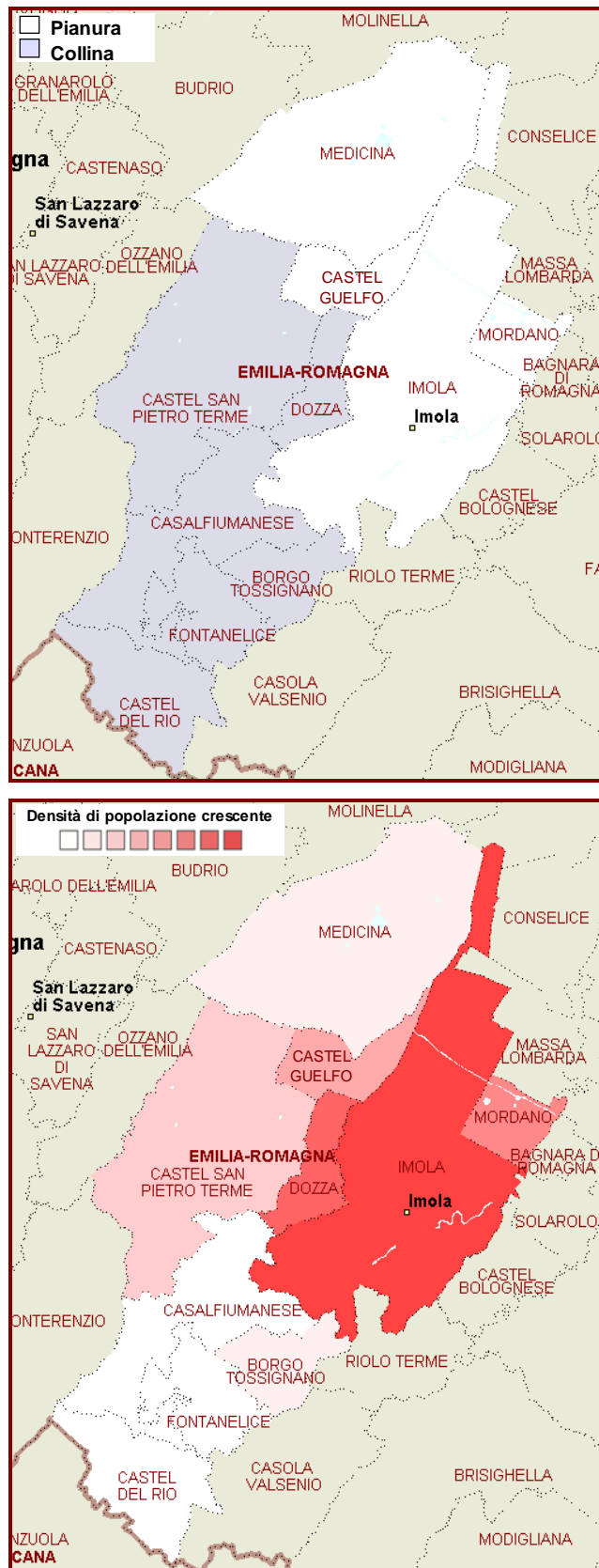
Fonte: ISTAT e Anagrafi comunali

In termini generali, la densità di popolazione nel territorio aziendale si conferma inferiore alla densità media sia nazionale sia regionale. A questo proposito, i dati confrontabili per omogeneità di esercizio sono quelli del 2006: 196 abitanti per kmq su scala nazionale; 191 abitanti per kmq su scala regionale; 160 abitanti per kmq nel Nuovo Circondario Imolese (dato 2007: 162).

L'approfondimento di analisi per zona altimetrica (Tabella 1.1) rileva:

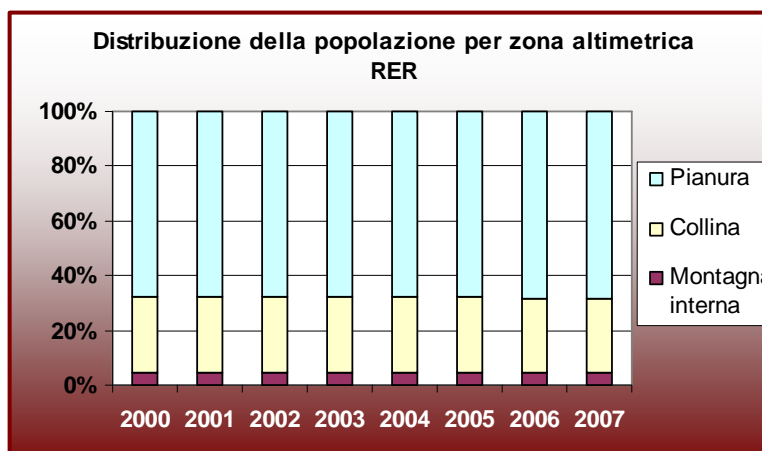
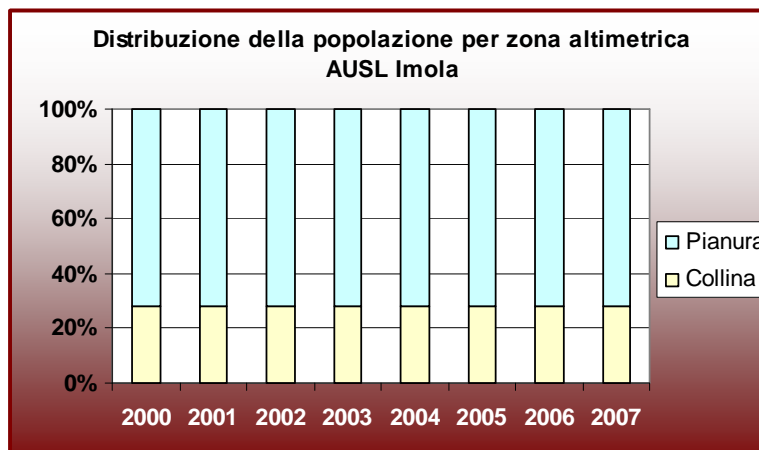
- un'alta densità demografica in pianura, pari a 221 ab/kmq, con il valore massimo del Comune di Imola (328 ab/kmq) e il valore minimo del Comune di Medicina (99 ab/kmq);
- una densità decisamente più bassa in collina, pari a 96,6 ab/kmq, pur manifestando i 6 Comuni di collina valori molto differenti, dal massimo di Dozza (254 ab/kmq) al minimo di Castel del Rio (23,5 ab/kmq).

**Figura 1.2 – Distribuzione dei Comuni della AUSL di Imola per zona altimetrica e densità. Anno 2007**



Come visualizzato nella Figura 1.2, la correlazione inversa tra zona altimetrica e densità di popolazione è sostanzialmente verificata, con le eccezioni dei Comuni di Dozza – molto densamente abitato, pur se posizionato in collina – e di Medicina, Comune di pianura che presenta una densità particolarmente bassa, anche se - come si vedrà nel paragrafo 1.3 *Popolazione* - registra un elevato tasso di crescita, quasi triplo di quello complessivo circondariale.

**Grafico 1.3 – Trend della distribuzione demografica nell’ambito dell’AUSL di Imola, per zona altimetrica, e confronto regionale. Periodo 2000-2007**



I trend dei territori aziendale e regionale – rappresentati nel Grafico 1.3 – manifestano una sostanziale stabilità: in detti territori sembrano non verificarsi consistenti flussi di delocalizzazione, rispetto ai grandi centri urbani, né di ulteriore spopolamento delle aree collinari e montane. In realtà - come verrà dimostrato più approfonditamente di seguito - nel 2007, il Comune di Castel del Rio - l’unico a livello di territorio aziendale assimilabile a un’area pre-montana - incomincia a registrare un valore negativo nel saldo di popolazione.

### 1.1.1 Collocazione geografica, viabilità e flussi di mobilità sanitaria

Il Nuovo Circondario Imolese, ovvero il territorio della AUSL di Imola, confina:

- a ovest, con la Provincia di Bologna, di cui fa parte, e l'AUSL di Bologna;
- a nord, con la Provincia di Ferrara e l'AUSL di Ferrara;
- a est, con la Provincia di Ravenna e l'AUSL di Ravenna;
- a sud, con la Regione Toscana e l'ASL di Firenze.

**Figura 1.4 – Collocazione geografica della Azienda USL di Imola**



Oltre ai confini in senso strettamente geografico, è da sempre fondamentale lo sviluppo della Regione Emilia Romagna nella direzione segnata dalla Via Emilia che, di fatto, realizza una conurbazione senza soluzione di continuità lungo il suo asse: in questo significato estensivo dei territori limitrofi, il Circondario Imolese confina anche con il territorio della AUSL di Forlì, anzi, molto di più di quanto confini con quello di Ferrara. Ciò è immediatamente visibile dalla rappresentazione dei flussi di mobilità sanitaria di Figura 1.6, concentrati sulla direttrice est-ovest, mentre risultano pressoché trascurabili sulla direttrice nord-sud.

**Figura 1.5 – Aziende Sanitarie Locali confinanti lungo l'asse della via Emilia**

In generale, i flussi di mobilità - non solo sanitaria - vengono determinati sempre più dai modi e dai tempi di percorrenza, piuttosto che dalle sole distanze fisiche.

A proposito di viabilità, nel corso del 2007, la Giunta del Nuovo Circondario Imolese è stata impegnata a monitorare i lavori in corso per il potenziamento/miglioramento infrastrutturale, e a definire le nuove priorità d'intervento, da inserire nel Piano della Mobilità Provinciale.

#### Interventi infrastrutturali strategici già realizzati:

- riqualificazione Stradelli Guelfi, da Bologna alla SP19 San Carlo;
- nuovo casello autostradale di Castel San Pietro Terme sulla A14;
- Trasversale di Pianura;
- allargamento parziale della SP54 Lughese (Imola-Mordano);
- riqualificazione della SP30 Trentola (Dozza-Castel Guelfo);
- riqualificazione parziale della SP610 Selice-Montanara (tratto montano);
- Complanare sud alla A14 (da Bologna a Ozzano/Ponte Rizzoli);
- Rotatoria casello A14 di Imola (sulla SS610).

#### Interventi infrastrutturali strategici in corso di realizzazione:

- realizzazione della Nuova SP San Carlo (Castel San Pietro Terme-Medicina);
- realizzazione della Bretella di Pedagna (Imola);
- riqualificazione della SP610 Selice-Montanara (tratto di pianura Imola-Mordano);
- variante alla SP30 Trentola, con nuova arteria d'innesto sulla SS9 Emilia, all'altezza di Toscanella.

Interventi di potenziamento infrastrutturale di maggiori dimensioni previsti per il rafforzamento dei corridoi est-ovest:

- attivazione del Servizio Ferroviario Metropolitano da Bologna a Imola e realizzazione della Stazione ferroviaria di Toscanella;
- completamento della Complanare alla A14 ("Nuova Via Emilia") da Ozzano/Ponte Rizzoli a Imola (sud) e da Imola a Bologna (nord);
- Circonvallazione est di Imola, dal casello A14 alla SS9 Emilia, con nuovo ponte sul Santerno;
- realizzazione della Nuova SP San Vitale (da Medicina a Lugo);
- completamento Trasversale di Pianura (da Budrio a Villa Fontana di Medicina).

Altri Interventi infrastrutturali di rilevanza strategica circondariale:

- Circonvallazione ovest di Imola (dalla Bretella di Pedagna a via Lasie);
- adeguamento SP14 Valsanterno e innesto della medesima sulla SS610 Montanara, a sud di Imola e a monte di Borgo Tossignano;
- completamento interventi di allargamento della SP54 Lughese, fino al confine provinciale (Mordano);
- adeguamento e/o potenziamento della SS9 Emilia, tra Imola e Castel San Pietro Terme;
- Progetto di recupero e modernizzazione della Ferrovia Budrio-Massalombarda;
- rafforzamento della viabilità di collegamento fra Imola e Toscanella/Castel Guelfo (lungo via Lasie, fino alla SP30 Trentola);
- Circonvallazione sud centro abitato di Castel Guelfo.

In Tabella 1.6 e Figura 1.7, è rappresentata la mobilità sanitaria passiva 2007 dei residenti del territorio aziendale, per ricovero ospedaliero: la "fuga", riferita ai ricoveri ordinari e in DH, è registrata interamente, senza distinzione di specialità presenti e non, in quanto - come si è detto *ab initio* - nella presente Sezione non si ragiona di risultati azienda-dipendenti, bensì delle determinanti del "contesto".

**Tabella 1.6 – Indicatori della mobilità sanitaria per ricovero ospedaliero in uscita dal territorio aziendale. Periodo 2005-2007**

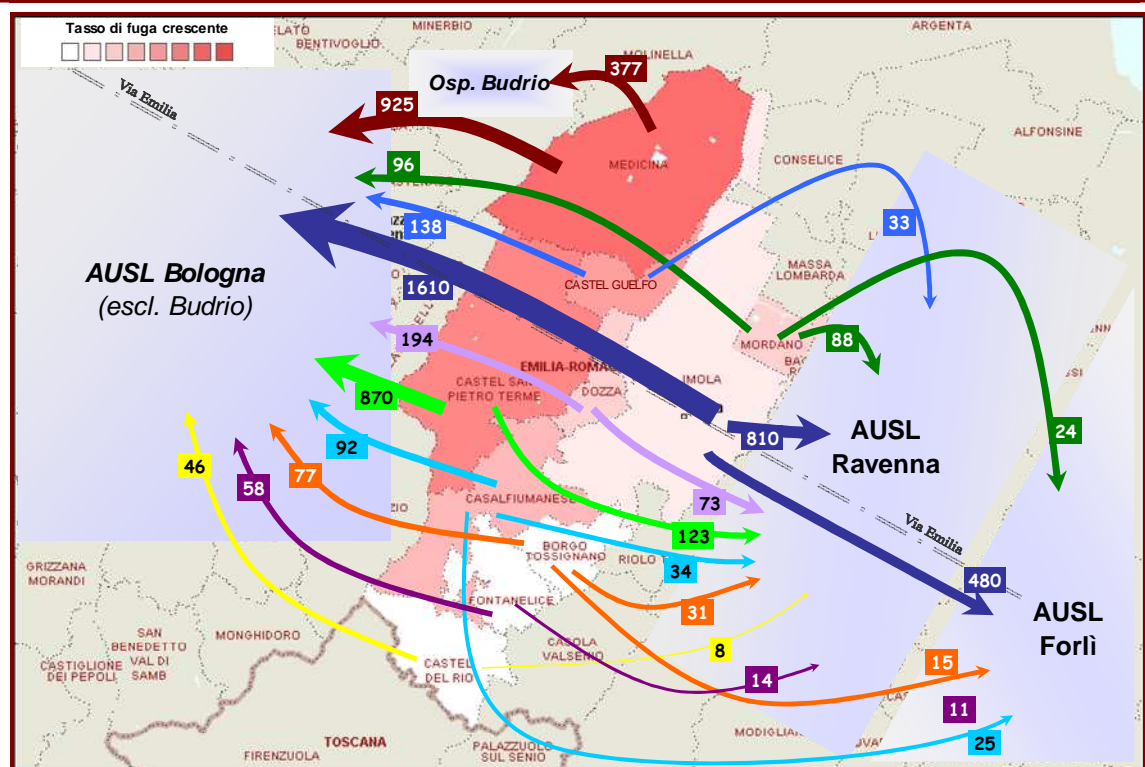
COMUNE	Ricoveri			Indice di dipendenza			Tasso di ospedalizzazione			Popolazione residente		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
CASTEL DEL RIO	259	221	207	72%	77%	72%	206,54	176,24	167,88	1.254	1.254	1.233
CASALFIUMANESE	535	497	496	74%	73%	66%	165,07	153,35	147,93	3.241	3.241	3.353
FONTANELICE	346	307	365	79%	77%	72%	185,22	164,35	191,30	1.868	1.868	1.908
MEDICINA	2.466	2.473	2.512	40%	41%	40%	160,90	161,36	159,11	15.326	15.326	15.788
BORGO TOSSIGNANO	551	539	554	74%	76%	74%	170,75	167,03	168,39	3.227	3.227	3.290
CASTEL S. PIETRO	3.206	3.108	3.074	60%	62%	62%	160,14	155,24	153,00	20.020	20.020	20.092
CASTEL GUELFO	653	612	577	63%	65%	63%	167,69	157,16	145,27	3.894	3.894	3.972
MORDANO	715	703	704	70%	70%	68%	162,39	159,66	157,67	4.403	4.403	4.465
DOZZA	1.014	875	962	69%	69%	68%	168,66	145,54	156,22	6.012	6.012	6.158
IMOLA	11.353	11.021	11.183	72%	71%	71%	170,32	165,34	166,16	66.658	66.658	67.301
<b>Totale Ausl</b>	<b>21.098</b>	<b>20.356</b>	<b>20.634</b>	<b>66%</b>	<b>66%</b>	<b>65%</b>	<b>167,57</b>	<b>161,68</b>	<b>161,76</b>	<b>125.903</b>	<b>125.903</b>	<b>127.560</b>



Dai dati si evince una tenuta sostanziale complessiva dell'indice di dipendenza della popolazione circondariale dalle strutture ospedaliere della AUSL di Imola (66% nel 2005 e nel 2006, 65% nel 2007), ascrivibile alla *performance* dei tre Comuni demograficamente preponderanti (Imola, Castel San Pietro Terme e Medicina) che compensa un inizio di "erosione" dell'attrattività – in alcuni casi consistente – nei confronti dei Comuni "piccoli" (in particolare, quelli della Valle del Santerno).

Per l'analisi di dettaglio – e secondo dimensioni azienda-dipendenti - dei flussi di mobilità, si fa rinvio alla Sezione 2. In questa sede descrittiva di dinamiche influenzate da molteplici fattori, interessa sottolineare come l'indice di dipendenza del Comune di Medicina dal Presidio dell'AUSL di Imola - dopo il recupero realizzato tra fine 2003 e 2004 - sembra attestarsi stabilmente su valori bassi (intorno al 40%). Stante la quota attuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso – misurata con la *proxy* della classificazione "urgente", contenuta nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e corrispondente a circa il 62% dei ricoveri totali 2007, presso il Presidio dell'Azienda di Imola - si può affermare che i medicinesi, per il ricovero programmato – o su cui esercitano una scelta, mediante accesso autonomo ad altro PS – continuano a preferire le strutture del loro precedente ambito aziendale.

**Figura 1.7 – Flussi di mobilità sanitaria in uscita dal territorio aziendale. Anno 2007**



In sintesi, la rappresentazione della mobilità passiva per ricovero conferma:

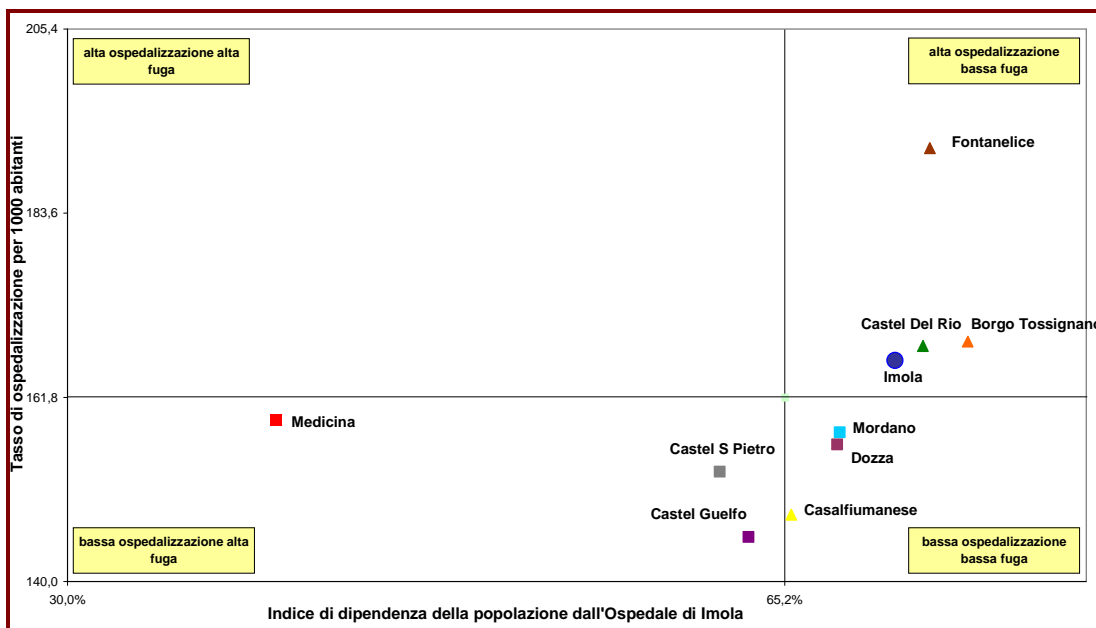
- l'importanza dell'asse della Via Emilia, inteso come infrastruttura principale di viabilità, e non solo: la Via Emilia ha "creato" nei secoli continuità culturali e sociali, sia verso ovest (Bologna)

sia verso est (Forlì) per le comunità locali del territorio circondariale. Non a caso, scegliendo di “disegnare” solo i volumi più significativi (>5% della mobilità complessiva di ogni Comune) l’Azienda di Ferrara – che pur è il confine nord-est – non appare;

- la persistenza delle appartenenze pre-politiche delle comunità locali, rispetto a mutamenti di confini istituzionali: di ciò è emblematico il Comune di Medicina, i cui residenti – pur appartenendo all’Azienda di Imola da ormai 4 anni – continuano a riferirsi moltissimo all’AUSL di Bologna, con una afferenza significativa verso l’Ospedale di Budrio;
- il contenimento pressoché complessivo della mobilità entro le Aziende confinanti, sia geograficamente sia per viabilità: le AUSL di Bologna, Ravenna e Forlì praticamente esauriscono la totalità dei “ricoveri in uscita” per gli assistiti dell’AUSL di Imola, anche in riferimento alle Alte Specialità, comprovando una certa riuscita delle reti Hub&Spoke, da intendersi altresì come relazioni professionali sovraziendali.

Nel Grafico 1.8 si pone in relazione il tasso di fuga – inverso dell’indice di dipendenza della popolazione – con il tasso di ospedalizzazione specifico per Comune del Circondario: si tratta di un tipico grafico a dispersione, dove i Comuni si collocano su quadranti caratterizzati da alto/basso livello delle variabili esaminate.

**Grafico 1.8 – Relazione del tasso di ospedalizzazione e dell’indice di dipendenza per i Comuni del territorio aziendale. Anno 2007**

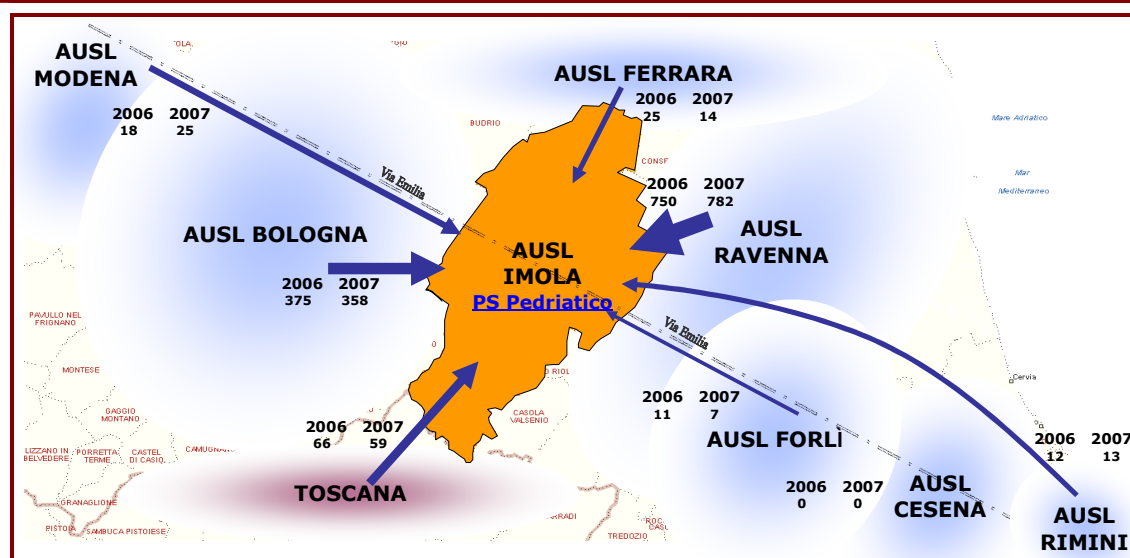


Risulta interessante osservare come i valori dei diversi Comuni non disegnino una nuvola di punti nel Grafico, bensì si addensino secondo una sorta di curva crescente dal basso verso l’alto; questo indica l’esistenza di una relazione inversa tra le variabili: a un’elevata “fuga” si associa generalmente un basso tasso di ospedalizzazione, e viceversa, per quanto già si confermi, da adesso, che il tasso di ospedalizzazione complessivo per la AUSL di Imola si mantenga tra i

migliori della Regione. A questo proposito, si ricorda che la mobilità esaminata è comprensiva delle Alte Specialità, che pesano, in proporzione, più per le realtà a tasso di ospedalizzazione complessivo ai livelli minimi. Nel quadrante “virtuoso” - caratterizzato da bassa fuga e bassa ospedalizzazione - si collocano i Comuni di Mordano, Dozza e Casalfiumanese.

La fluidità dei confini istituzionali è confermata anche dalla vista inversa, ovvero l’attrattività della Azienda USL di Imola, per la quale si presenta l’analisi emblematica della “mobilità attiva” 2007, verso il Pronto Soccorso Pediatrico.

**Figura 1.9 – Attrattività del PS Pediatrico dell’AUSL di Imola. Anni 2006 e 2007**



AMBITO	RESIDENZA	2006	2007	AFFERENZA	RESIDENZA	2006	2007	
Ausl Bologna	OSZANO DELL'EMILIA	212	205	Stranieri	ROMANIA	22	34	
	BOLOGNA	58	52		MAROCCO	15	16	
	SAN LAZZARO DI SAVENA	25	26		ALBANIA	4	8	
	MONTERENZIO	19	20		ALTRO	56	57	
	MOLINELLA	12	11		Toscana	FIRENZUOLA	43	39
	BUDRIO	14	9			PALAZZUOLO SUL SENIO	6	9
	ALTRO	35	35			ALTRO	17	11
Ausl Ravenna	CASTEL BOLOGNESE	196	200	Lombardia		22	44	
	RIOLO TERME	128	156	Campania		29	34	
	MASSA LOMBARDA	138	144	Sicilia		29	29	
	CONSELICE	109	88	Puglia		31	20	
	ALTRO	179	194	Veneto		30	11	
Ausl Ferrara	ARGENTA	8	9	Calabria		12	18	
	ALTRO	17	5	Lazio		10	11	
Ausl Rimini	RIMINI	8	12	Piemonte		8	13	
	ALTRO	4	1	Liguria		9	4	
Ausl Forlì		11	7	Basilicata		7	5	
Ausl Modena		18	25	Sardegna		6	5	
						97	114	
						66	59	

La Figura 1.9 – e la puntualizzazione nella tabella di origine in merito alle provenienze da fuori AUSL di Imola – danno riscontro sia del maggior accesso dai Comuni posizionati nei confini geografici (compreso i primi Comuni toscani, che sono in contiguità con i Comuni aziendali della Valle del Santerno) sia sui confini individuati dall’asse della Via Emilia, a conferma di quanto sia prevalente l’elemento collegato all’accessibilità (tempi di percorrenza).

## **1.2 Ambiente**

Il territorio del Nuovo Circondario Imolese è assimilabile a quello della restante Provincia di Bologna, per quanto riguarda il problema del maggior permanere degli inquinanti, in ragione della conformazione della pianura padana. La presenza dell'Autostrada A14 (Bologna-Ancona) - che attraversa parte del territorio - influisce poi in maniera decisiva sulla qualità dell'aria.

L'estensione del problema ha condotto da tempo l'Azienda USL di Imola e la Provincia di Bologna a un'importante collaborazione, per valutare l'impatto degli inquinanti sulla Salute, soprattutto in termini di malattie del sistema cardiocircolatorio e dell'apparato respiratorio, quali asma, bronchiti, tumori. Dal 2003 si è sperimentata la prima applicazione del software AIRQ, indicato dal Centro Europeo Ambiente e Salute dell'OMS, per gli studi a livello locale e nazionale. Gli inquinanti più critici nella area provinciale, analizzati da AIRQ, sono le polveri sottili (PM10) durante la stagione invernale - imputabili in misura rilevante al traffico veicolare - e l'ozono (O3) nella stagione estiva. Questo software consente di elaborare i dati di qualità dell'aria, registrati giornalmente dalle centraline poste all'interno del contesto urbano, e di metterli in relazione con il numero dei decessi e dei ricoveri attribuibili al superamento dei limiti di legge. Lo studio è stato svolto per gli anni 2003 e 2004 e ha riguardato sia l'intero territorio della Provincia sia la sola città di Imola.

I dati relativi all'anno 2004 nella città di Imola rilevano 2 decessi attribuibili ai superamenti delle PM10 e uno ai superamenti dell'Ozono: detti valori sono meno marcati che nella città di Bologna, coerentemente con il minor superamento dei limiti tollerati per legge.

### **1.2.1 Fonti di inquinamento**

Di seguito si propongono le definizioni degli inquinanti più critici.

**PM10** Il particolato sospeso (polveri sottili con diametro inferiore o uguale a 10 micron) risulta, di fatto, il tramite che consente la penetrazione di sostanze potenzialmente nocive, nell'apparato respiratorio dell'uomo. La presenza di tale inquinante nell'ambiente è legata a fonti naturali (eruzioni vulcaniche, polverosità terrestre, pollini, ecc.) o può derivare da diverse attività antropiche, quali emissioni da centrali termiche, inceneritori, processi industriali in genere, traffico, ecc.. Le polveri sottili sono le più pericolose per la salute dell'uomo, in quanto possono determinare l'immissione all'interno dell'organismo, fino a livello degli alveoli polmonari, di tutte le sostanze da esse veicolate. Tutti i mezzi di trasporto le emettono e, in particolare, i veicoli diesel. Emissioni di PM10 sono attribuibili anche alla erosione del manto stradale, all'usura di freni e pneumatici e al sollevamento di polvere presente sulla carreggiata.

**OZONO** L'ozono è un gas altamente tossico dotato di odore pungente caratteristico. Esso è naturalmente presente in una fascia della stratosfera, compresa tra i 20 e 30 Km di altezza,

denominata per l'appunto ozonofera, e protegge la terra da più del 90% delle radiazioni UV dannose per la vita. A livello del suolo viene definito come un inquinante gassoso secondario, che si forma nell'atmosfera di aree antropizzate, attraverso reazioni fotochimiche, a partire da precursori come ossido di azoto e piccole molecole organiche (idrocarburi, composti organici volatili) in presenza di radiazione solare. L'ozono, energico ossidante, reagisce chimicamente con una grande quantità di sostanze presenti nell'aria e nel suolo, e rappresenta - assieme al materiale particolato - uno dei più importanti inquinanti, con una tossicità valutata dalle 10 alle 15 volte superiore a quella del biossido di azoto.

**BENZENE** Il benzene è un idrocarburo che si presenta come un liquido volatile, in grado cioè di evaporare rapidamente a temperatura ambiente, incolore e facilmente infiammabile. È il capostipite di una famiglia di composti organici definiti aromatici, per l'odore caratteristico, ed è un componente naturale del petrolio e dei suoi derivati di raffinazione. In atmosfera la sorgente più rilevante di benzene (oltre l'80%) è rappresentata dal traffico veicolare, principalmente dai gas di scarico dei veicoli alimentati a benzina. Tra i vari elementi presenti in atmosfera, questo idrocarburo rappresenta probabilmente uno di quelli a più elevato rischio sanitario: esso viene classificato come cancerogeno di categoria 1.

**CO** Il monossido di carbonio - noto anche come ossido di carbonio - è uno degli inquinanti atmosferici più diffusi. È un gas tossico, incolore, inodore e insapore, che viene prodotto ogni volta che una sostanza contenente carbonio brucia in maniera incompleta. È più leggero dell'aria e si diffonde rapidamente negli ambienti. In ambito urbano la sorgente principale è rappresentata dal traffico veicolare, per cui le concentrazioni più elevate si riscontrano nelle ore di punta. Il principale apporto di questo gas (fino al 90% della produzione complessiva) è determinato dagli scarichi dei veicoli a benzina, in condizioni tipiche di traffico urbano rallentato (motore al minimo; fasi di decelerazione; ecc.).

Il valore massimo indicato dalla legge per il PM10 è 50 µg/m<sup>3</sup>; l'Unione Europea ha stabilito un numero massimo "tollerabile" di superamenti annuali pari a 35 giornate.

**Tabella 1.10 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2007**

ANNO	VALORI LIMITE DI RIFERIMENTO	NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI	PERCENTUALE DI GIORNATE/ANNO CON VALORI NELLA NORMA
<b>2005</b>	50 µg/m <sup>3</sup>	52	85,00%
<b>2006</b>	50 µg/m <sup>3</sup>	69	81,09%
<b>2007</b>	50 µg/m <sup>3</sup>	49	86,57%

Fonte: ARPA sezione di Bologna

Nel solo primo semestre del 2007, a Bologna sono stati registrati ben 63 superamenti del valore limite. Tale criticità è più contenuta a Imola, dove la centralina ha registrato il superamento in 49 giornate nell'intero anno 2007.

Nell'esercizio in esame, le condizioni meteo - e in particolare la presenza di vento - hanno contenuto i valori dell'Ozono al di sotto del limite tollerabile (120 µg/m<sup>3</sup>) nella città di Imola, mentre a Bologna il limite di legge è stato superato una trentina di volte, sempre nel solo primo semestre.

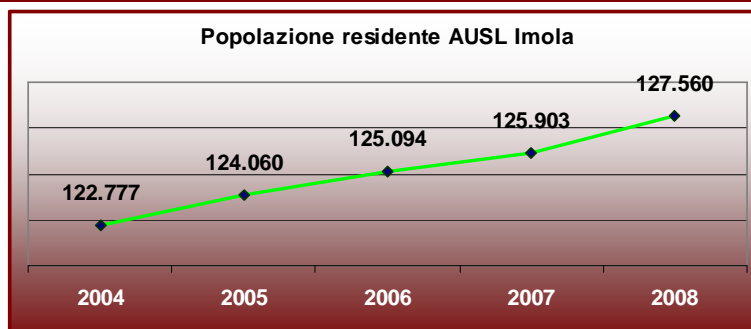
A proposito dei danni sanitari provocati dagli inquinanti atmosferici – tra l'altro, complessivamente potenziati dal tendenziale aumento della temperatura ambientale – di recente, l'Azienda USL di Modena ha compiuto uno studio sui bambini residenti nel centro della città, in prossimità delle grandi arterie di traffico, e ha riscontrato un nesso evidente con l'incremento di patologie dell'apparato respiratorio, quali asma e bronchite. La comunità scientifica trova inoltre sempre più evidenze degli effetti negativi anche sull'apparato cardio-circolatorio: le polveri ultrafini, ad esempio, penetrano nel torrente circolatorio, attraverso i capillari degli alveoli polmonari, portando con sé altri inquinanti che irritano le mucose tessutali. L'infiammazione conseguente innesca un processo che, a livello del muscolo cardiaco, può portare alla formazione del trombo, causa in aumento dei casi di infarto letale.

Lo strumento locale più aggiornato per una politica di intervento migliorativo è senz'altro *"Il Piano di Gestione per il Risanamento, l'Azione e il Mantenimento della Qualità dell'Aria"* della Provincia di Bologna: nel Piano sono contenuti gli orientamenti affinché le Comunità Locali adottino e agiscano politiche trasversali e multisettoriali, tese a incidere in maniera strutturale - e non emergenziale - sulle cause dell'inquinamento. Gli interventi riguardano la logistica e i trasporti, l'urbanistica, le attività produttive e le fonti energetiche alternative.

## **1.3 Popolazione**

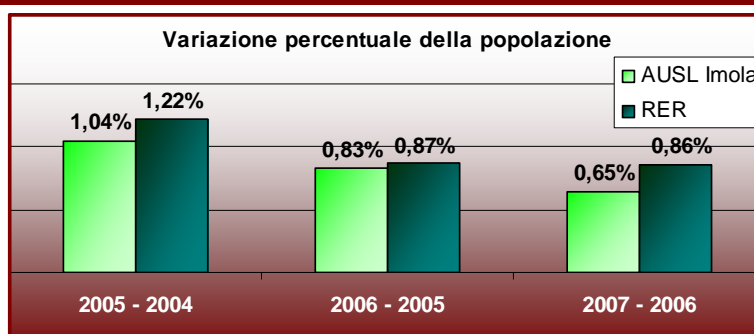
### **1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente**

La popolazione del Nuovo Circondario Imolese è cresciuta, tra 1/01/2007 e 1/01/2008, di 1.657 unità, a un tasso del 1,3%.

**Grafico 1.11 – Variazione assoluta della popolazione della Azienda USL di Imola. Periodo 1/01/2004-1/01/2008**

Per un confronto con il tasso di crescita medio regionale si hanno a disposizione i dati con uno scarto di 12 mesi, ossia la popolazione locale e della Regione al 1/01/2007.

Come evidenziato nel Grafico 1.12, la crescita della popolazione della AUSL di Imola, nel triennio 2004-2006, tende a rallentare, coerentemente con il trend regionale. Il tasso di crescita della popolazione circondariale è, nel periodo, costantemente inferiore a quello complessivo regionale, con una forbice che torna ad ampliarsi: tra 2007 e 2006, la popolazione regionale cresce a una velocità superiore per quasi un terzo, rispetto a quella del Circondario Imolese.

**Grafico 1.12 – Variazione % della popolazione AUSL di Imola e della popolazione RER. Periodo 1/01/2004-1/01/2007**

Da qui in poi, per approfondire l'analisi sulla popolazione, ogniqualvolta esistano i dati, si farà riferimento a serie storiche le più ampie e complete disponibili (2001-2007, dove l'ultimo esercizio è considerato a consuntivo, ossia secondo la rilevazione all'1/01/2008, e censimenti ISTAT) in quanto una descrizione maggiormente significativa delle dinamiche demografiche necessita di un orizzonte temporale di medio-lungo periodo.

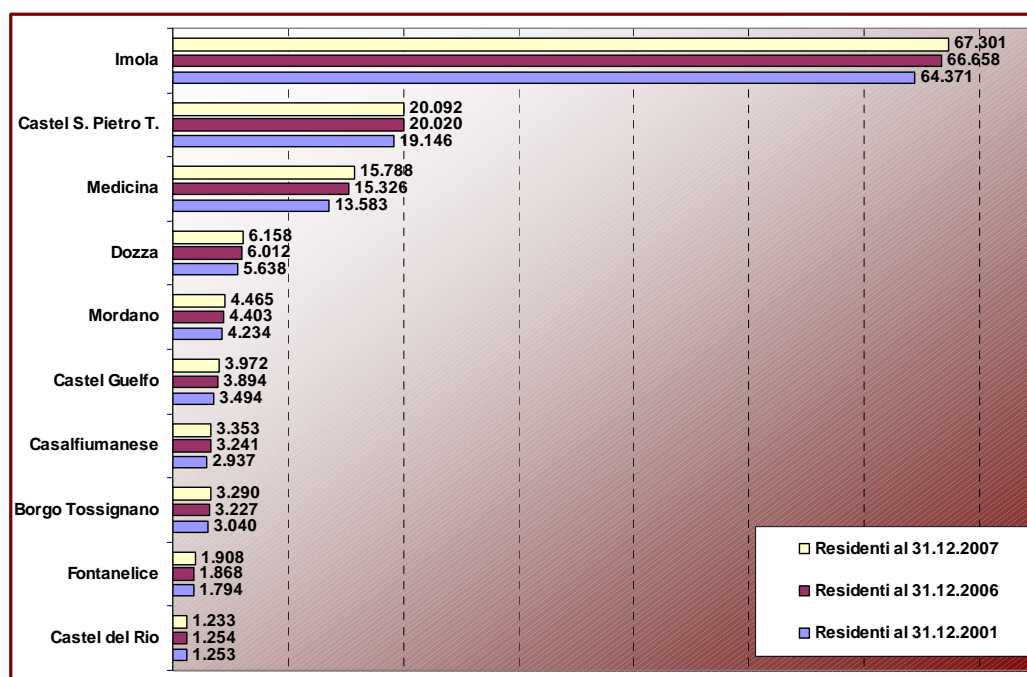
In Figura 1.13, è rappresentata la crescita della popolazione del Nuovo Circondario Imolese, nel periodo 2001-2007, e per singolo Comune.

A livello di territorio aziendale, i progressi maggiori in termini di crescita demografica sono stati fatti registrare dai Comuni di Medicina (+16,2%), Casalfiumanese (+14,2%), Castel Guelfo (+13,7%) e Dozza (+9,2%). Questo trend di crescita di medio periodo si conferma e si consolida

tra 2006 e 2007 per Medicina e Casalfiumanese (rispettivamente +3% e +3,5%), mentre rallenta per Dozza (+2,4%) e Castel Guelfo (+2%).

**Figura 1.13 – Variazione assoluta e % della popolazione del Nuovo Circondario Imolese, per Comune di residenza. Periodo 2001-2007**

Comuni	Residenti al 31.12.01	Residenti al 31.12.06	Var assoluta	Var % 06-01	Residenti al 31.12.07	Var % 07-06	Comuni	Tasso di crescita della popolazione 2001-2007
Imola	64.371	66.658	2.287	3,6%	67.301	1,0%	Imola	4,6%
	53,9%	52,9%			52,8%			
Castel del Rio	1.253	1.254	1	0,1%	1.233	-1,7%	Castel del Rio	-1,6%
	1,0%	1,0%			1,0%			
Fontanelice	1.794	1.868	74	4,1%	1.908	2,1%	Fontanelice	6,4%
	1,5%	1,5%			1,5%			
Borgo	3.040	3.227	187	6,2%	3.290	2,0%	Borgo	8,2%
Tossignano	2.597	2.661	64	2,5%	2.661	0,0%	Tossignano	14,2%
Casalfiumanese	2.937	3.241	304	10,4%	3.353	3,5%	Casalfiumanese	9,2%
	2,5%	2,6%			2,6%			
Dozza	5.638	6.012	374	6,6%	6.158	2,4%	Dozza	13,7%
	4,7%	4,8%			4,8%			
Castel Guelfo	3.494	3.894	400	11,4%	3.972	2,0%	Castel Guelfo	5,5%
	2,9%	3,1%			3,1%			
Mordano	4.234	4.403	169	4,0%	4.465	1,4%	Mordano	4,9%
	3,5%	3,5%			3,5%			
Castel S. Pietro	19.146	20.020	874	4,6%	20.092	0,4%	Castel S. Pietro	16,2%
	16,0%	15,9%			15,8%			
Medicina	13.583	15.326	1.743	12,8%	15.788	3,0%	Medicina	6,8%
	11,4%	12,2%			12,4%			
Circondario imolese	119.490	125.903	6.413	5,4%	127.560	1,3%	Circondario imolese	



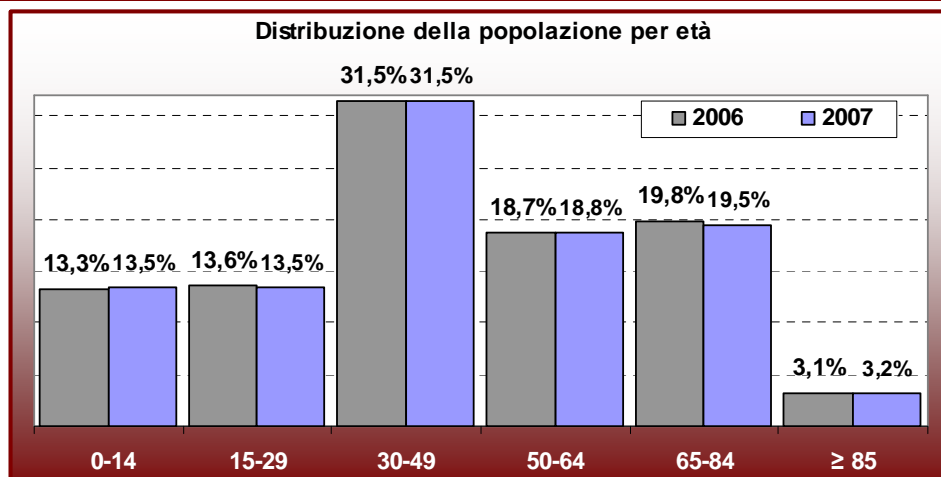
Nel 2007, si registra per la prima volta un dato negativo riferito al Comune di Castel del Rio, che in valore assoluto diminuisce di 21 unità, rispetto all'anno precedente, corrispondente a un tasso di crescita pari a -1,7% (-1,6% nell'intero periodo 2001-2007). Come sarà evidenziato nel seguito, detto decremento demografico - correlato all'invecchiamento della popolazione - è dovuto a un saldo naturale negativo della popolazione, non sufficientemente compensato dal pur positivo saldo migratorio.

Nel Grafico 1.14 si riporta la distribuzione per fasce di età dell'intera popolazione circondariale, in termini sostanzialmente statici (fotografia), ovvero con il solo confronto 2006-2007. Ovviamente,



la situazione appare piuttosto stabile, per quanto sia interessante rilevare come lo scostamento di appena lo 0,1 nell'incidenza degli *over* 85 corrisponda, in valore assoluto, a +211 grandi anziani, con un tasso di crescita specifico pari a +5,4% in un solo anno.

**Grafico 1.14 – Distribuzione per fasce di età della popolazione della AUSL di Imola. Anni 2006 e 2007**



La fascia di età tra i 30 e i 49 anni registra il valore massimo di popolazione, con un'incidenza pressoché stabile al 31,5%: in valore assoluto, la differenza tra i 2 anni è pari a +563 persone, con un tasso di crescita specifico di +1,4%, molto prossimo al tasso di crescita complessivo, di cui si è detto sopra.

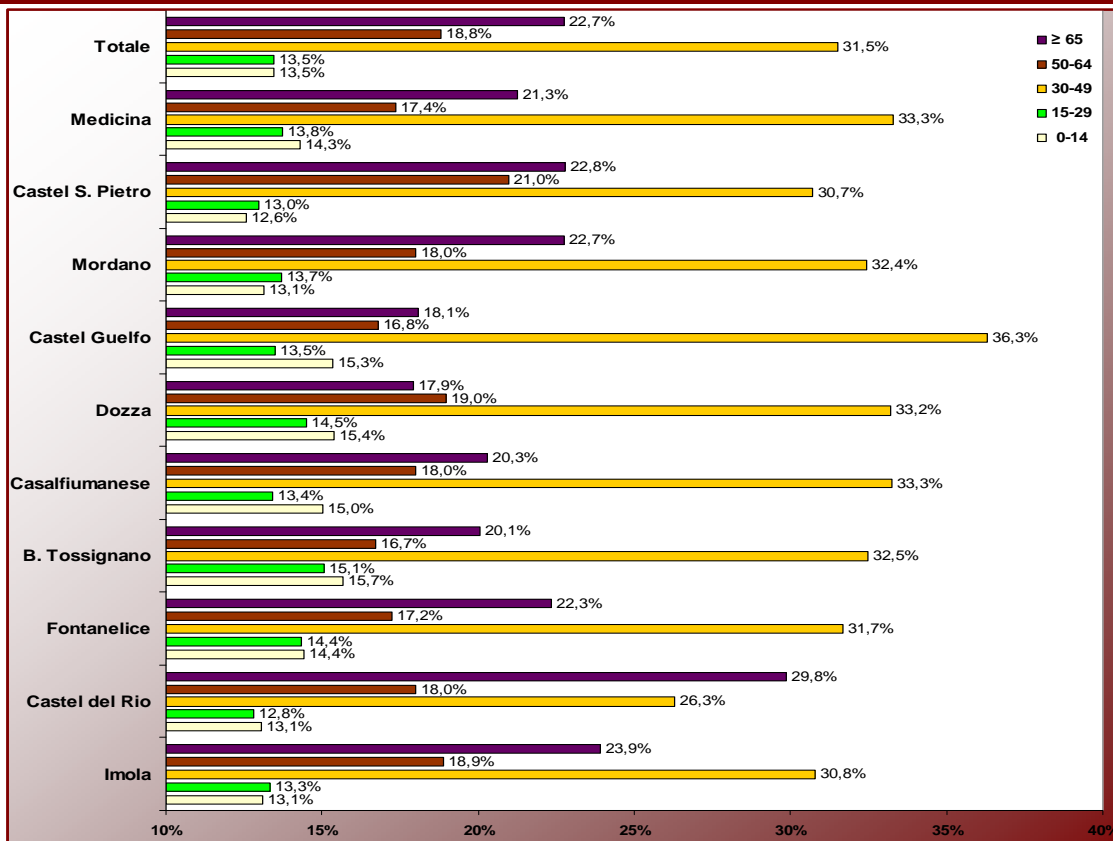
In sede di analisi demografica, la fascia 30-49 anni è assunta come quella mediamente più "produttiva" di risorse, anche per il sistema sanitario (finanziato con la fiscalità generale, ovvero dal reddito nazionale o PIL) e, al contempo, dovrebbe generare il minore assorbimento di risorse sanitarie, in ragione del presunto migliore stato di salute psico-fisico; la fascia 0-14 anni è ovviamente a "produttività zero", con presa in carico "piena"; la fascia subito prossima, 15-29 anni, si può definire pre-produttiva, ad alta incidenza di stili di vita a rischio e, per la Società, rappresenta un "investimento"; dai 50 anni in poi si realizzano una graduale uscita dal sistema produttivo e un rapido aumento del peso sul sistema sanitario di erogazione. Secondo tale significanza delle fasce di età, è da leggere la distribuzione della popolazione circondariale per macroaggregazioni, configurate dai concetti di "produttività" e "impatto sui consumi sanitari":

- il macroaggregato a "produttività zero" ed elevato impatto sul sistema sanitario incide per il 36,2% della popolazione totale (classi 0-14, 65-84 e >85);
- il macroaggregato a "produttività bassa" – in ingresso e in uscita dal sistema – e moderato impatto sul sistema sanitario incide per il 32,3% della popolazione totale (classi 15-29 e 50-64);
- come già anticipato, il macroaggregato a "produttività elevata" e basso impatto sul sistema sanitario incide per il 31,5% della popolazione totale.

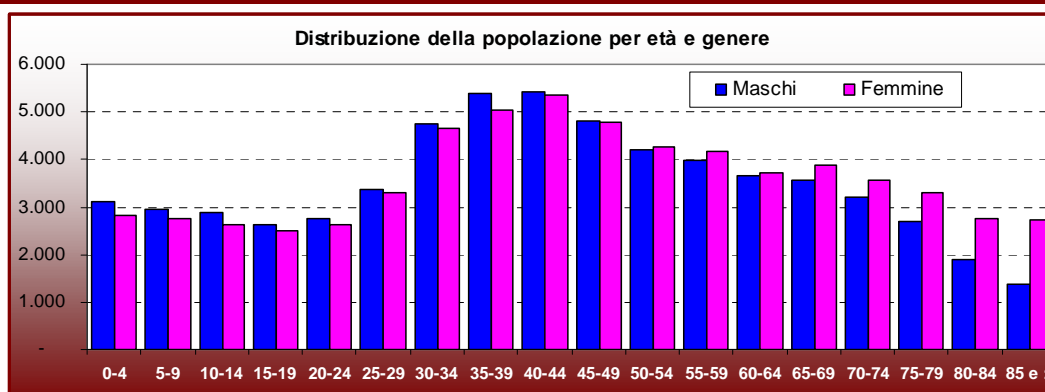
Quanto fin qui declinato lo si può esprimere anche in logica generazionale: l'insieme della popolazione >50 anni rappresenta oltre il 40% del totale, in buona parte a carico della fascia pienamente "produttiva", che altresì investe per le generazioni future.

Riprendendo i concetti base esposti in premessa della presente Sezione, le determinanti demografiche appena descritte hanno genericamente loro evidenze e, senza dubbio, un impatto fondamentale anche sulle risorse "generate per" e "assorbite dal" sistema sanitario, oltre ad essere da quest'ultimo influenzate (si pensi all'*outcome* "aspettativa di vita"); d'altro canto, agiscono variabili sociali diverse, che possono modificare il "paradigma demografico" (si pensi all'addensamento delle dipendenze patologiche nella fascia di età teoricamente "produttiva").

**Grafico 1.15 – Distribuzione per fasce di età nei Comuni del Nuovo Circondario Imolese. Anno 2007**



L'analisi per singolo Comune del Nuovo Circondario Imolese - visualizzata nel Grafico 1.15 - conduce alle stesse conclusioni esposte per la popolazione del territorio aziendale, con l'eccezione significativa di Castel del Rio, dove le fasce *over* 65 sopravanzano nettamente la fascia "produttiva". Si sottolineano altresì i picchi in fascia 0-14 anni dei Comuni di Castel Guelfo, Casalfiumanese, Medicina e Dozza, coerenti con i più alti tassi di crescita delle rispettive popolazioni locali.

**Grafico 1.16 – Distribuzione per fasce di età e genere della popolazione circondariale. Anno 2007**

Nel Grafico 1.16, si rappresenta la distribuzione per classi di età e genere: la popolazione maschile è relativamente più presente di quella femminile fino ai 49 anni (più nati e maggiore presenza di stranieri) e inizia a ridursi già lievemente nella classe di età 50-64 anni, fino a raggiungere gli apici di diminuzione dal settantesimo anno di vita in poi, coerentemente con quanto si vedrà nel paragrafo 1.3.2 *Aspettativa di vita*.

In chiusura di questa parte e in premessa dei *focus* presentati di seguito (*Aspettativa di vita; Natalità; Anziani; Stranieri*) si propone una tabella riepilogativa del movimento anagrafico, che assume il periodo 2001-2006, per consentire un significativo confronto regionale.

**Tabella 1.17 – Movimento anagrafico della popolazione residente del Nuovo Circondario Imolese. Periodo 2001-2006**

Comuni	residenti 2001	nati	morti	saldo naturale	immigrati	emigrati	saldo migratorio	crescita	residenti 2006
	A	B	C	D = B-C	E	F	G = E-F	H = D+G	I = A+H
<b>Borgo Tossignano</b>	3.040	188	199	-11	890	692	198	187	3.227
<b>Casalfiumanese</b>	2.937	173	134	39	882	617	265	304	3.241
<b>Castel del Rio</b>	1.253	69	120	-51	312	260	52	1	1.254
<b>Castel Guelfo</b>	3.494	244	161	83	1.000	683	317	400	3.894
<b>Castel S. Pietro T.</b>	19.146	816	1.149	-333	4.124	2.917	1.207	874	20.020
<b>Dozza</b>	5.638	302	254	48	1.604	1.278	326	374	6.012
<b>Fontanelice</b>	1.794	117	123	-6	478	398	80	74	1.868
<b>Imola</b>	64.371	2.820	3.668	-848	9.838	6.703	3.135	2.287	66.658
<b>Medicina</b>	13.583	752	804	-52	3.730	1.935	1.795	1.743	15.326
<b>Mordano</b>	4.234	196	227	-31	893	693	200	169	4.403
<b>Totale</b>	<b>119.490</b>	<b>5.677</b>	<b>6.839</b>	<b>-1162</b>	<b>23.751</b>	<b>16.176</b>	<b>7.575</b>	<b>6.413</b>	<b>125.903</b>

Nota: il saldo migratorio riguarda tutti i movimenti di popolazione, da e verso i Comuni in tabella, comprensivi delle dinamiche intra territorio circondariale, intra-regionale, intra-nazionale ed extranazionale.

La crescita della popolazione circondariale è attribuibile al saldo migratorio positivo, mentre quello naturale presenta un valore complessivo negativo (-1.162 unità), con le eccezioni dei Comuni di Casalfiumanese, Castel Guelfo e Dozza, coerenti con i loro maggiori tassi di crescita, di cui si è detto sopra.

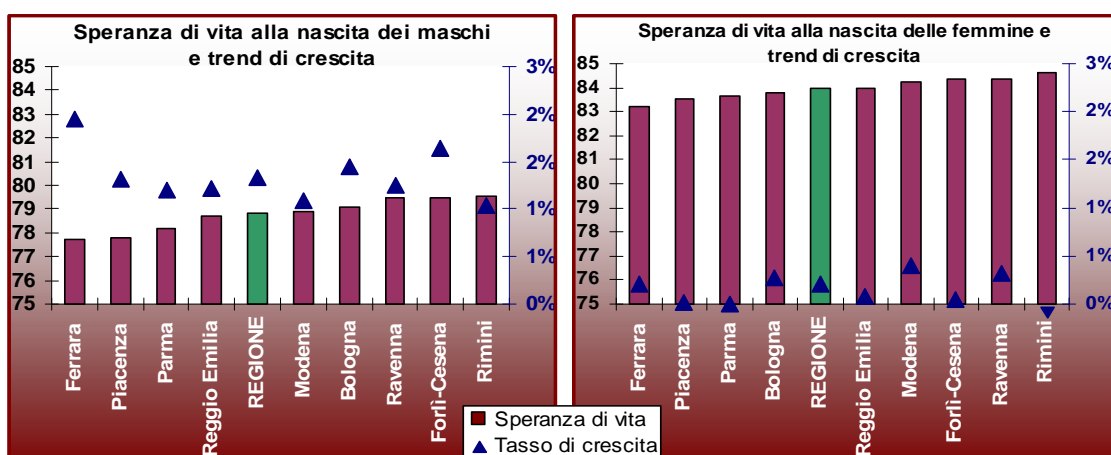
### 1.3.2 Aspettativa di vita

La popolazione dell'Emilia Romagna è tra le più longeve in Italia e in Europa. I dati dimostrano che l'aspettativa di vita nella Regione è in continuo aumento, sia tra gli uomini sia tra le donne, ed è sopra la media nazionale: nel 2006, si registra a livello nazionale 77,01 anni per i maschi e 83,07 anni per le femmine vs 78,82 anni per i maschi e 83,95 anni per le femmine, a livello regionale. Pur permanendo una significativa differenza tra i generi (nel triennio 2004-2006, una persona di sesso maschile ha una attesa di vita di 5 anni più breve, rispetto a quella di una sua coetanea) si evidenzia una lieve riduzione nell'intero periodo preso in esame, ovvero dal 2000 al 2006 i maschi recuperano un anno in avvicinamento alle coetanee femmine.

La rappresentazione a istogrammi in Figura 1.18 rende immediata la lettura comparata di speranza di vita e trend di crescita per genere: per le femmine l'aspettativa di vita risulta più elevata, mentre il tasso di crescita è sensibilmente inferiore (addirittura, a Rimini si rileva un valore negativo del tasso di crescita); la tendenza inversa si realizza per il genere maschile.

**Figura 1.18 – Speranza di vita alla nascita su base triennale, per Provincia della RER**

Province di residenza	Anni								Var. % su 4 anni	
	2000-2002		2003-2005		2004-2006				Maschi	Femmine
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	ranking	Femmine	ranking		
Piacenza	76,8	83,48	77,13	82,99	77,81	8	83,50	8	1,32%	0,02%
Parma	77,29	83,65	77,61	83,09	78,21	7	83,66	7	1,20%	0,01%
R. Emilia	77,74	83,93	78,00	83,76	78,69	6	84,00	5	1,22%	0,09%
Modena	78,07	83,87	78,60	83,85	78,92	5	84,20	4	1,09%	0,39%
Bologna	77,99	83,58	78,75	83,52	79,12	4	83,81	6	1,45%	0,28%
Ferrara	76,27	83,05	77,24	82,84	77,76	9	83,22	9	1,95%	0,21%
Ravenna	78,47	84,12	79,13	84,03	79,45	3	84,39	2	1,25%	0,32%
Forlì-Cesena	78,2	84,35	78,81	84,14	79,48	2	84,39	3	1,63%	0,04%
Rimini	78,75	84,63	79,00	84,26	79,57	1	84,61	1	1,04%	-0,02%
RER	77,78	83,78	78,25	83,61	78,82		83,95		1,34%	0,20%



L'indicatore *Speranza di vita alla nascita* è disaggregato per provincia, al fine di evidenziare eventuali significative disparità: a questo proposito, la Provincia di Bologna presenta, per i maschi, valori migliori di quelli medi regionali, sia in senso statico (aspettativa di vita) sia in senso

dinamico (trend di crescita). Per le femmine, l'aspettativa di vita in Provincia di Bologna è di pochissimo inferiore a quella media regionale (circa 1,5 mesi), mentre il tasso di crescita è tra i più elevati della Regione. I dati migliori - alta speranza di vita, accompagnata a un alto tasso di crescita - risultano essere quelli di Forlì-Cesena per i maschi, di Ravenna e Modena per le femmine. All'opposto, le Provincie di Piacenza e Parma presentano valori relativamente bassi di speranza di vita, e tassi modesti di crescita tendenziale. La Provincia di Rimini presenta i valori più alti di speranza di vita alla nascita, nonostante i trend di crescita bassi o - come già accennato, per le femmine - negativi; all'estremo opposto la Provincia di Ferrara si posiziona sui valori inferiori regionali, per quanto tenda a recuperare il *gap*, in particolare per i maschi.

**Tabella 1.19 - Speranza di vita a 65 anni su base triennale, per Provincia della RER**

Province di residenza							Var. % su 4 anni	
	2000-2002		2003-2005		2004-2006		Maschi	Femmine
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine		
Piacenza	16,79	21,21	16,86	20,87	17,21	21,21	2,50%	0,02%
Parma	17,00	21,35	17,19	21,07	17,41	21,44	2,38%	0,43%
R. Emilia	17,13	21,62	17,24	21,41	17,70	21,58	3,35%	-0,20%
Modena	17,33	21,57	17,83	21,38	17,98	21,71	3,73%	0,63%
Bologna	17,53	21,41	17,88	21,26	18,19	21,46	3,77%	0,23%
Ferrara	16,74	20,83	16,94	20,80	17,38	21,03	3,82%	0,95%
Ravenna	17,91	21,97	18,45	21,72	18,74	22,00	4,63%	0,13%
Forlì-Cesena	17,63	21,95	17,98	21,72	18,34	21,91	4,04%	-0,19%
Rimini	17,76	21,95	18,14	21,57	18,51	21,79	4,19%	-0,73%
RER	17,33	21,5	17,65	21,30	17,95	21,55	3,60%	0,21%

Analizzando la speranza di vita a 65 anni, le tendenze sopra descritte vengono confermate e, in molti casi, accentuate: il tasso di crescita della speranza di vita a 65 anni dei maschi è sensibilmente più elevato di quello alla nascita (+3,60% *vs* +1,34%). Ciò conferma che l'aumento della vita media non è più attribuibile alla riduzione della mortalità infantile - come avveniva fino agli anni '70-'80 - bensì soprattutto al contributo delle età intermedie e avanzate.

In generale, è interessante notare la maggiore variabilità nel trend di crescita della speranza di vita a 65 anni riferito alla popolazione femminile, con tre Provincie che presentano valori negativi (Rimini, Reggio Emilia e Forlì-Cesena) e, all'altro lato, la forte crescita in Provincia di Ferrara (+0,95%).

### 1.3.3 Natalità

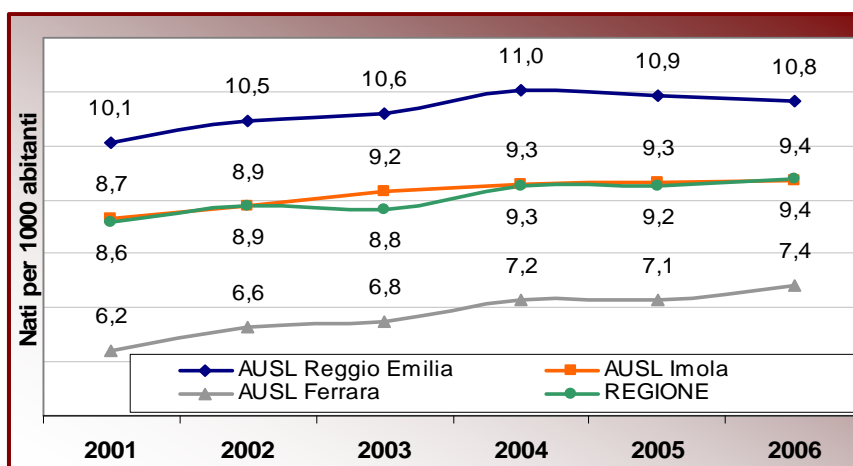
Come si è anticipato sopra, la popolazione del Nuovo Circondario Imolese continua ad avere un saldo naturale negativo, con le sole eccezioni di tre dei quattro Comuni con i tassi di crescita della

popolazione più elevati, avendo altresì positivo il saldo migratorio. Ciò detto, l'andamento della natalità nel territorio aziendale ha toccato il minimo storico nel 1992 (7 nati ogni 1.000 abitanti), per poi risalire gradualmente.

Nel periodo 2001-2006, rappresentato in Figura 1.20, la crescita della natalità è praticamente sovrapponibile a quella media regionale.

**Figura 1.20 – Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto con il dato medio regionale. Periodo 2001-2006**

Aziende USL di residenza	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AUSL Piacenza	7,51	8,06	8,01	8,34	8,33	8,56
AUSL Parma	8,44	8,44	8,45	9,11	9,02	9,10
AUSL Reggio Emilia	10,07	10,45	10,59	11,03	10,92	10,84
AUSL Modena	9,48	9,70	9,46	9,99	10,22	10,04
AUSL Bologna	8,42	8,71	8,45	9,00	8,84	9,18
<b>AUSL Imola</b>	<b>8,65</b>	<b>8,90</b>	<b>9,16</b>	<b>9,28</b>	<b>9,32</b>	<b>9,37</b>
AUSL Ferrara	6,22	6,63	6,75	7,15	7,14	7,40
AUSL Ravenna	8,02	8,37	8,51	8,60	8,62	9,14
AUSL Forlì	8,18	8,36	8,83	9,09	9,10	9,55
AUSL Cesena	8,71	9,08	8,89	9,76	9,17	9,53
AUSL Rimini	9,51	9,76	9,51	9,48	9,88	9,58
<b>REGIONE</b>	<b>8,58</b>	<b>8,87</b>	<b>8,82</b>	<b>9,25</b>	<b>9,24</b>	<b>9,38</b>



Nota: Il dato aziendale contiene il Comune di Medicina, anche se effettivamente l'inclusione risale al solo 2004

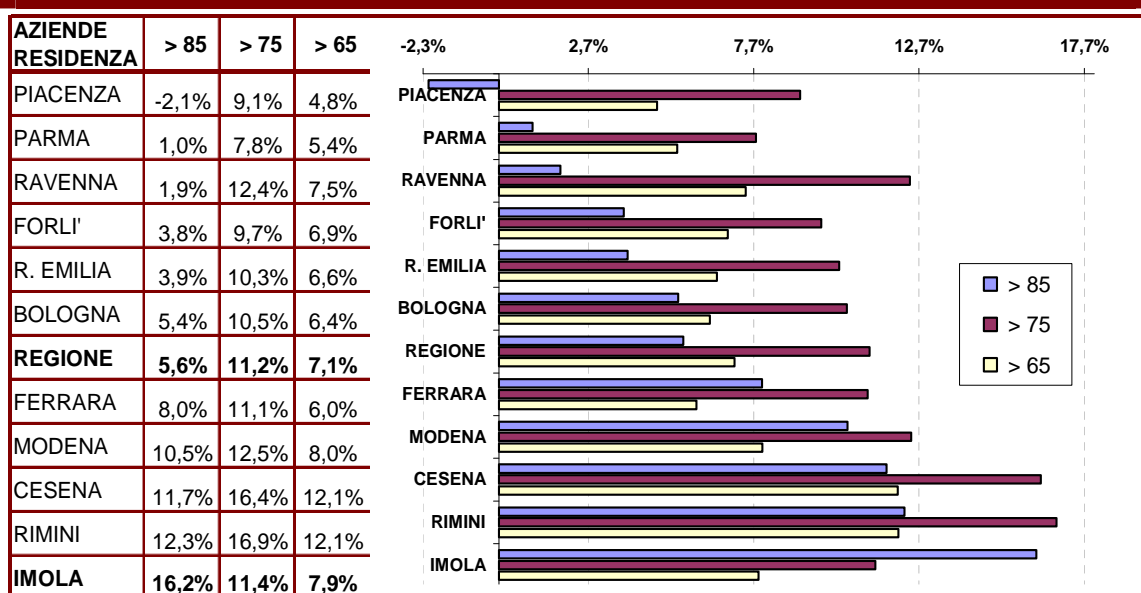
Nel confronto tra Aziende, il maggiore tasso grezzo di natalità è rilevabile nell'ambito di Reggio Emilia, mentre quello più basso risulta nell'ambito di Ferrara.

Per la popolazione circoscrizionale - così come per quella complessiva regionale - le ragioni a cui ascrivere la ripresa della natalità sono certamente legate alle dinamiche dell'immigrazione, in particolare extracomunitaria, e anche a significative trasformazioni socio-culturali, quali la piena "inclusione" della madri single e l'aumento delle nascite da madri in fascia 35-45 anni.

### 1.3.4 Anziani e grandi anziani

L'approfondimento sulla popolazione anziana del territorio aziendale, a confronto con la popolazione regionale, ovviamente conferma alcuni elementi anticipati nel paragrafo dedicato all'aspettativa di vita. Pertanto, di seguito si propongono due indicatori significativi: i tassi di crescita specifici per le fasce di età che compongono la popolazione anziana complessiva; l'incidenza sulla popolazione totale che, per quanto riguarda l'intera fascia di popolazione di età superiore ai 65 anni, è definita "indice di invecchiamento".

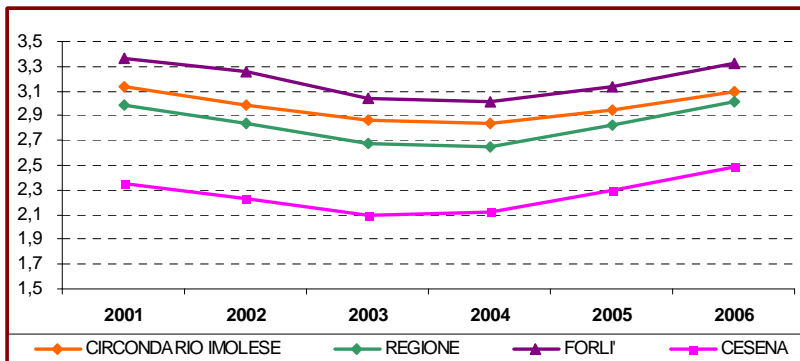
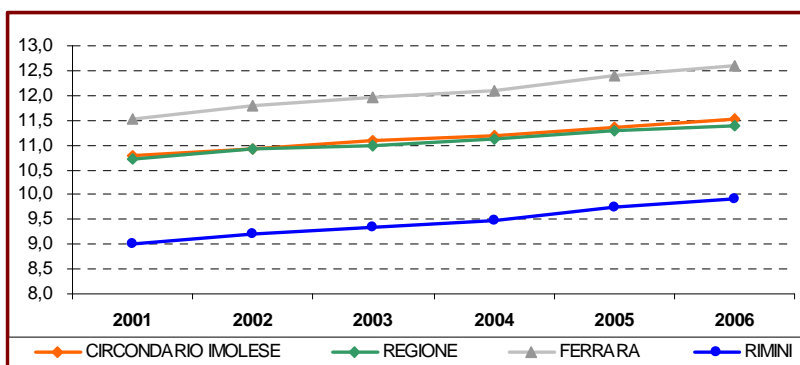
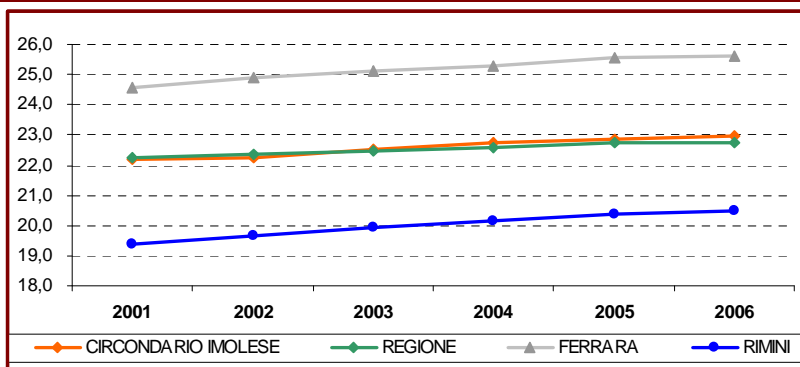
**Figura 1.21 – Tassi di crescita della popolazione anziana in RER, per ambiti aziendali. Periodo 2001-2006**



Nella Figura 1.21, si evidenzia come il tasso di crescita della popolazione circondariale >65 anni, per il periodo 2001-2006, sia pari a +7,9%, superiore a quello medio regionale, pari a +7,1%. Il gap dalla media regionale si riduce prendendo in esame il sottoinsieme di popolazione di età >75 anni (+11,4% vs +11,2% regionale) mentre aumenta in misura decisamente significativa per il sottoinsieme definito "grandi anziani" (>85 anni), che cresce del +16,2% nel territorio dell'Azienda di Imola, a fronte di un dato regionale di +5,6%.

Nei Grafici 1.22 sono rappresentati: il trend dell'indice di invecchiamento della popolazione circondariale, per il periodo 2001-2006, a confronto con quello medio regionale, e delle Aziende con valori massimo e minimo; le incidenze delle sottoclassi *over 75* anni e *over 85* anni, sempre a confronto con la media regionale e i valori aziendali minimi e massimi. L'indice di invecchiamento della popolazione circondariale non si discosta in maniera significativa da quello medio regionale, anche se a partire dal 2003 lo supera lievemente; lo scostamento significativo - coerente con quanto già descritto prima - riguarda i "grandi anziani", dove l'incidenza nel territorio dell'AUSL di Imola è sensibilmente superiore a quella media regionale.

**Grafici 1.22 – Indici di invecchiamento della popolazione (% over 65 anni) e incidenza delle popolazioni >75 anni e >85 anni. Periodo 2001-2006**



L'invecchiamento della popolazione è probabilmente uno degli indicatori più emblematici del concetto di "retroazione" - ovvero dimensionamento degli ambiti di valutazione - espresso in premessa alla presente Sezione: se l'OMS continua a valutare il Sistema Sanitario Nazionale italiano tra quelli a migliore *performance*, proprio anche in ragione dei livelli conseguiti nella sopravvivenza effettiva, d'altro canto, lo stesso Sistema - quale "produttore" di servizi/prestazioni e collegato assorbimento di risorse - manifesta criticità proprio conseguenti all'esorbitanza dell'utenza anziana.

Nel *Bilancio di Missione 2006* si era già citato il tema di come la spesa sanitaria per gli anziani sia tra le materie di maggiore attualità e studio. Fin dall'introduzione del finanziamento a quota capitaria, la Regione Emilia Romagna ha optato per criteri di "pesatura" della popolazione, tra cui



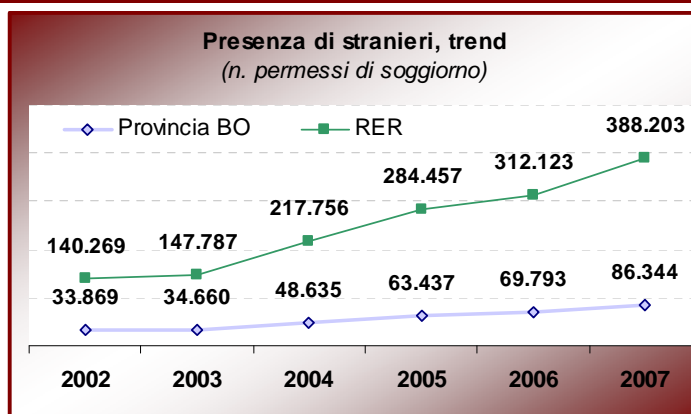
*in primis* proprio l'incidenza di popolazione anziana ambito-aziendale specifica: in tal senso, coerentemente con quanto evidenziato dai dati fin qui esposti, la variazione di popolazione pesata tra 2005 e 2006 è, per l'Azienda di Imola, quasi doppia rispetto a quella media regionale (+1,61% vs +0,86%), a fronte di una crescita di popolazione grezza molto più contenuta (+0,65%), invertendo così il senso della comparazione presentata nel Grafico 1.12, riferita alla popolazione grezza. Per di più, nel 2007, si è dato avvio al Fondo per la non Autosufficienza - in termini consistenti e non residuali come nell'esercizio precedente - che per l'Azienda di Imola ha voluto dire 8,991 milioni di euro, "vincolati" pressoché esclusivamente alla non autosufficienza degli anziani. Al momento, sono note le dotazioni strutturali e i consumi della rete di servizi per la non autosufficienza; la misurazione puntuale e standardizzata del fenomeno, nelle sue dimensioni quantitative e di incidenza sulla popolazione *target*, è in fase di implementazione. In ragione di ciò, la Regione destina le risorse del Fondo sulla base della *proxy* quota capitaria "pesata" complessiva (non *target*).

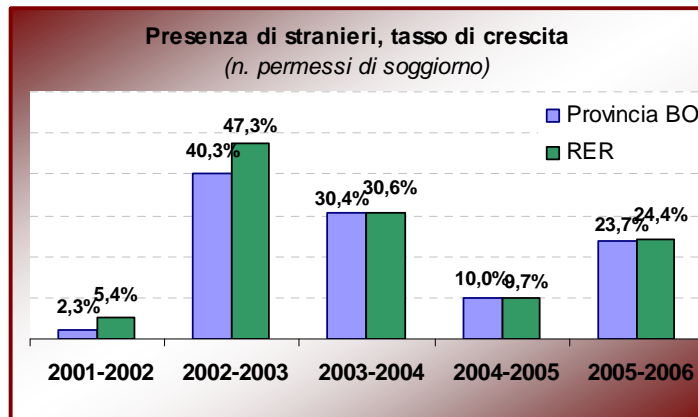
### 1.3.5 Stranieri

Il processo migratorio è diventato una realtà strutturata nell'assetto dell'Italia: alla fine del 2006, la presenza regolare straniera risultava pari a 3,7 milioni di persone (6,2% della popolazione totale, secondo il "Dossier statistico 2007" della Caritas) con un aumento del 22%, rispetto all'anno precedente. La presenza è differenziata sul territorio nazionale: il numero di immigrati è molto consistente al nord (circa 2,2 milioni, più del 60% del totale) più ridotto al centro (circa 1 milione, pari al 26%) e ancor più al sud (circa 0,5 milioni, pari al 14%).

Il processo di strutturizzazione della componente migratoria straniera si riscontra ovviamente anche nel territorio dell'Emilia Romagna, secondo valori prossimi al suo posizionamento a nord.

**Grafico 1.23 – Presenza di stranieri, trend e tasso di crescita, confronto tra Provincia di Bologna e RER. Periodo 2002-2007**



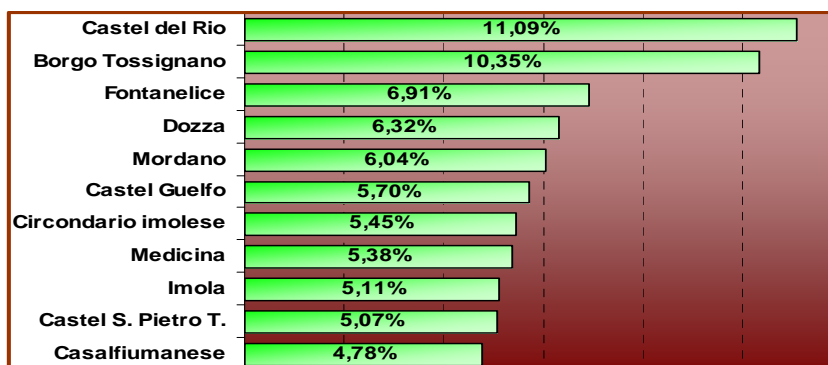
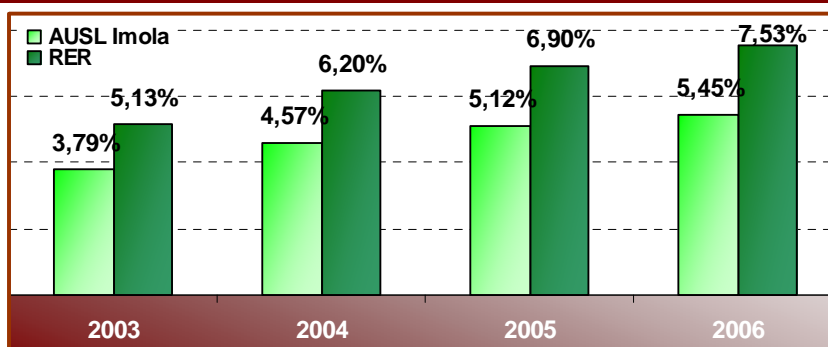


Nel Grafico 1.23 vengono esposti i trend di crescita della popolazione straniera, in valore assoluto e variazione percentuale annuale, utilizzando come *proxy* il numero di permessi di soggiorno e ponendo a confronto la Provincia di Bologna con il dato complessivo regionale.

Il tasso di crescita nel periodo 2001-2006, per la Provincia di Bologna, è pari a +155% e per la Regione nel suo complesso a +177%: così come risulta evidente dalla rappresentazione a istogrammi, la differenza è sostanzialmente attribuibile alla maggiore crescita delle altre Province, nel biennio 2002-2003, che tra l'altro ha rappresentato il "picco".

Passando all'analisi puntuale della dinamica migratoria nel territorio della AUSL di Imola, gli stranieri residenti al 1/01/2007 sono pari a 6.871 persone (il 5,45% della popolazione totale).

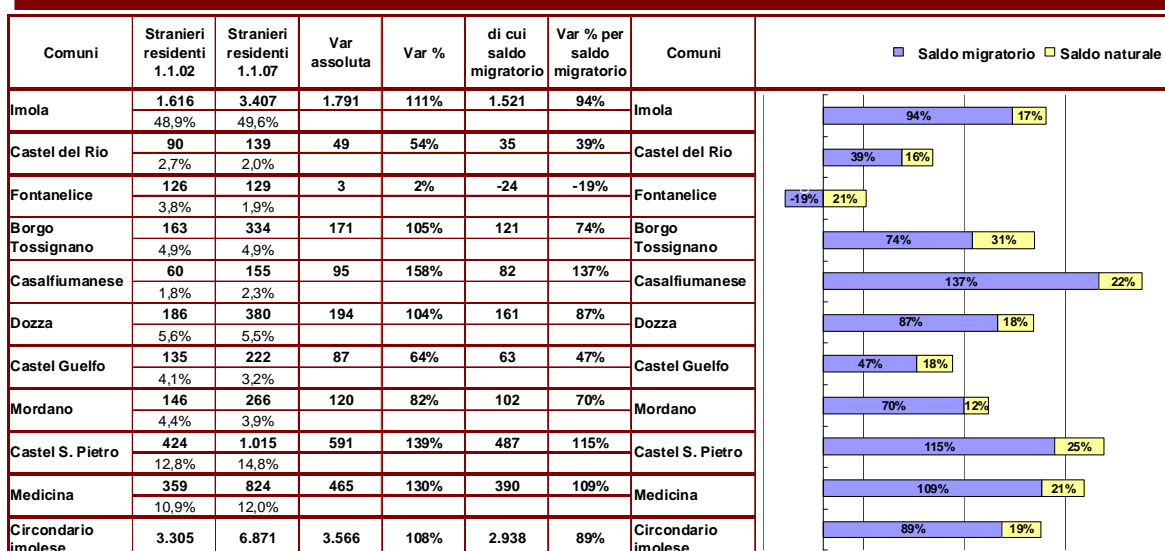
**Grafico 1.24 – Incidenza % della popolazione straniera nella AUSL di Imola a confronto con la media RER, e in dettaglio per Comune circondariale. Periodo 2003-2006**



Così come rappresentato negli istogrammi del Grafico 1.24, in quattro anni (2003-2006) l'incidenza della popolazione straniera sul totale dei residenti è significativamente e continuamente aumentata, passando da 38 a 55 stranieri ogni 1.000 residenti. Ciò detto, richiamando i dati proposti all'inizio del presente paragrafo, l'incidenza di stranieri nel territorio circondariale risulta essere inferiore ai dati medi nazionale e regionale, probabilmente influenzando la vocazione meno turistica, rispetto alla Riviera romagnola, dei Comuni del Nuovo Circondario Imolese.

Entrando nel dettaglio della distribuzione per Comune (Figura 1.25) riferita all'ultimo dato disponibile (1/01/2007) si nota che in alcuni centri urbani la presenza straniera ha raggiunto cifre notevoli: nella Comunità montana Valle del Santerno – ad eccezione di Casalfiumanese - si registra una presenza straniera che varia dai 69 residenti per 1.000 abitanti di Fontanelice, ai quasi 111 di Castel del Rio. Una delle motivazioni di questo fenomeno è rinvenibile nella maggiore disponibilità di appartamenti da affittare, in dette località.

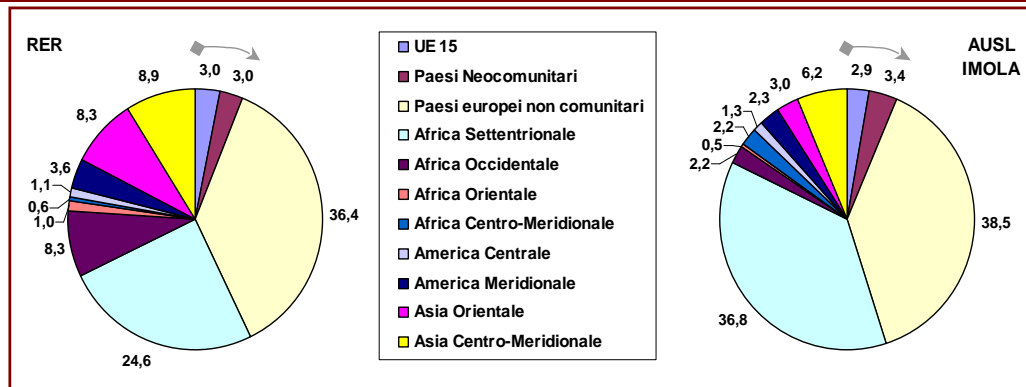
**Figura 1.25 – Tasso di crescita della popolazione straniera nei Comuni circondariali. Periodo 2001-2006**



Se si considera il tasso di crescita della popolazione straniera, nel periodo 2001-2006, disaggregato per Comuni, e scomposto in saldo naturale e saldo migratorio di popolazione specifica, si conferma la tendenza delle comunità straniere residenti a strutturarsi nel territorio. In termini puntuali, da tale indicatore si evince: una riduzione negli afflussi verso i Comuni a maggiore incidenza, di cui si è appena detto, tanto che la positività di Fontanelice è esclusivamente dovuta al saldo naturale, registrando per il saldo migratorio un valore negativo; di converso, un "avvicinamento" alla città di Imola e, comunque, verso Comuni con possibilità di impiego in loco maggiori.

Le macroaree geografiche di provenienza degli stranieri sono rappresentate nel Grafico 1.26, ponendo a confronto la distribuzione media regionale e quella del territorio circondariale.

**Grafico 1.26 – Distribuzione della popolazione straniera per provenienza, confronto tra AUSL di Imola e RER. Anno 2006**



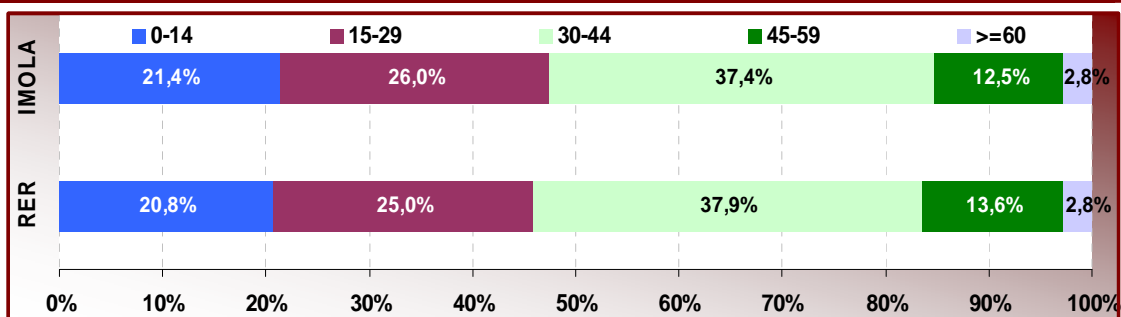
Nell’ambito aziendale, si evidenzia una minore dispersione delle provenienze, rispetto alla distribuzione regionale: gli stati di origine risultano “concentrati” nelle aree Paesi europei non comunitari e Africa settentrionale; in particolare, sono molto meno presenti le comunità provenienti dall’Asia e dall’Africa occidentale.

I gruppi nazionali più numerosi nel territorio circondariale sono:

- Marocchini;
- Albanesi;
- Tunisini;
- Pakistani;
- Cinesi.

Focalizzando l’analisi sulla città di Imola, tra i gruppi nazionali più numerosi compaiono le ucraine che, con alta probabilità, sono presenze collegate alla rilevante richiesta di assistenza continuativa a domicilio per anziani.

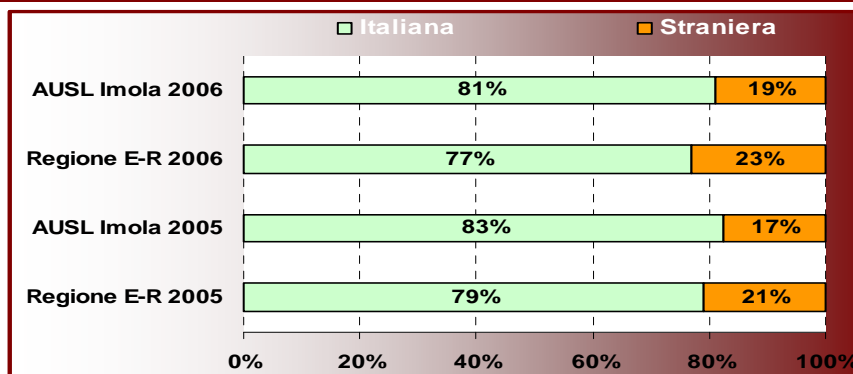
**Grafico 1.27 – Distribuzione della popolazione straniera per età, confronto tra AUSL di Imola e RER. Anno 2006**



La visualizzazione, nel Grafico 1.27, della composizione percentuale della popolazione straniera per fasce di età supporta l’affermarsi di dinamiche omogenee tra i territori circondariale e complessivo regionale, collegate all’evidente trasformazione da una immigrazione “temporanea”,

per ragioni di sostentamento delle famiglie nei Paesi di origine, a un radicamento di comunità, con l'accentuarsi di figli nati in Italia e l'inizio di una comunità anziana - o prossima alla classe anziana - tanto da poter anche in Regione incominciare a parlare di "seconda" e "terza generazione".

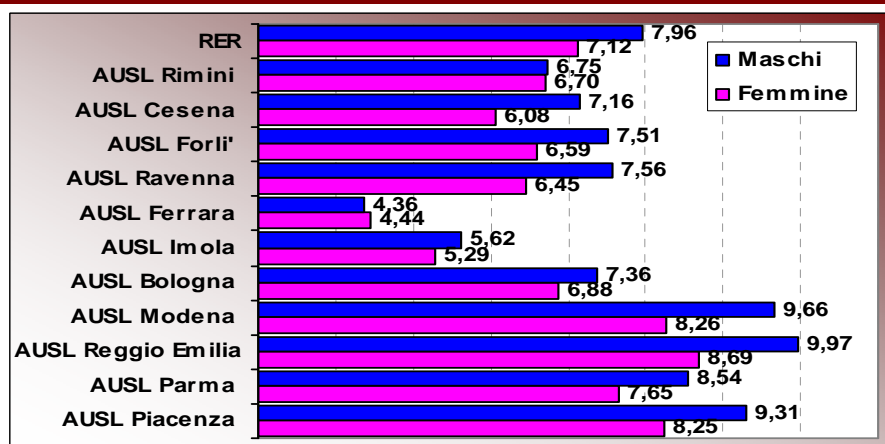
**Grafico 1.28 – Incidenza di nati vivi per cittadinanza della madre, confronto tra AUSL di Imola e valore medio RER. Anni 2005 e 2006**



L'entità del fenomeno rappresentato nel Grafico 1.28 - che indica come ormai un nato su 4 in Regione Emilia Romagna abbia madre straniera - è, da un lato, espressione del radicamento di comunità sopra citato e, dall'altro, dimostra il sostanziale contributo fornito dai residenti stranieri alla natalità complessiva: il 7,5% della popolazione in esame determina il 23% delle nascite in Regione; nell'ambito dell'AUSL di Imola, il 5,5% determina il 19% di nuovi nati.

Per un ulteriore rinforzo delle considerazioni svolte, nel Grafico 1.29 si propone l'indicatore "distribuzione di genere della popolazione straniera", che testimonia una coerente differenziazione dell'offerta occupazionale.

**Grafico 1.29 – Incidenza % della popolazione straniera per genere, confronto tra AUSL di Imola e le altre Aziende RER. Anno 2006**



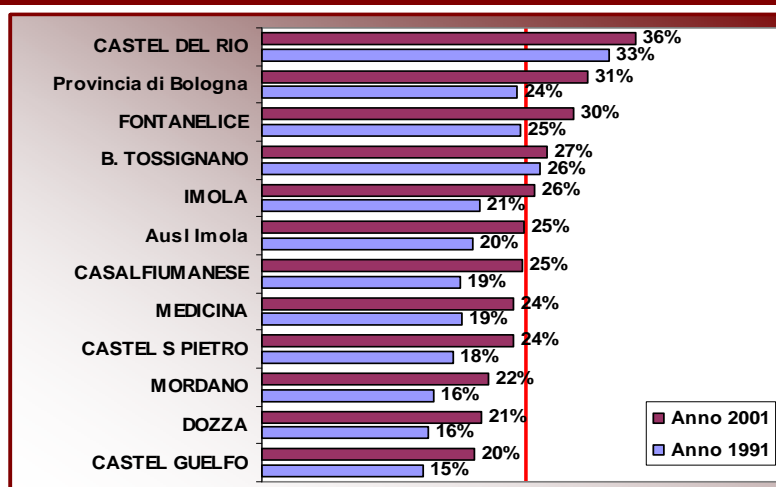
Dal punto di vista del Sistema Sanitario di produzione, il fenomeno dell'immigrazione straniera, nelle sue componenti evolutive, rappresenta proprio in questi anni un impegno considerevole di "investimento", in termini progettuali, gestionali e di risorse dedicate, al fine di realizzare le politiche per la piena inclusione (diritti e doveri) di comunità, con bisogni assimilabili alle popolazioni autoctone, ed etiche - nel senso etimologico di costumi, abitudini e regole – in toto o in parte differenti.

### 1.3.6 Famiglie

L'ISTAT definisce famiglia "un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti e aventi dimora abituale nello stesso Comune". Oggi si parla molto di destrutturazione della famiglia tradizionale, per indicare la transizione verso nuove tipologie di unioni. Tra le tendenze che esprimono tale transizione si evidenziano a livello locale e nazionale:

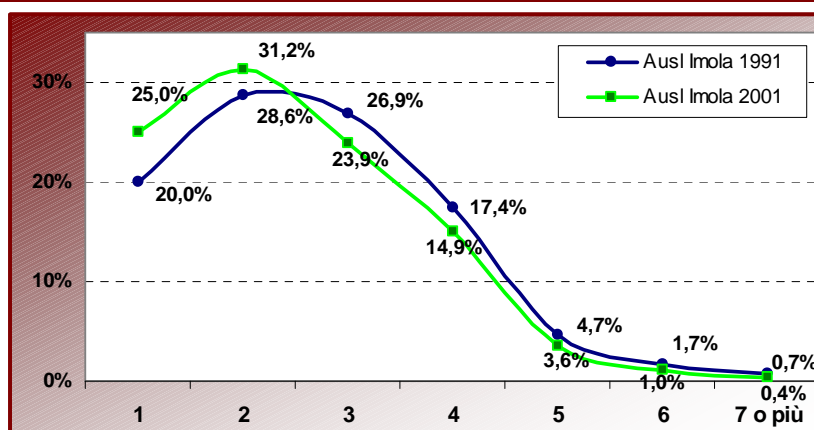
- riduzione del numero dei matrimoni;
- matrimonio e nascita del primo figlio posticipati a età più avanzate;
- aumento della permanenza dei figli nella famiglia di origine;
- aumento delle separazioni e dei divorzi;
- riduzione del numero di componenti per nucleo familiare;
- coabitazioni con vincoli affettivi tra persone dello stesso genere;
- ricongiungimenti familiari, ovvero matrimoni in Italia nelle comunità straniere;
- aumento delle unioni miste.

**Grafico 1.30 – % di famiglie unipersonali nei Comuni dell'AUSL di Imola, e confronto con il dato provinciale. Censimenti 1991 e 2001**



Dal Grafico 1.30 si evince che l'incidenza di famiglie unipersonali nel territorio della AUSL di Imola - pur se crescente nel periodo, fino a coprire il 25% del totale - si posiziona al di sotto della media provinciale (31%) con la sola eccezione del Comune di Castel del Rio, a conferma dei dati già esposti, riguardanti l'indice di invecchiamento e l'incidenza dei residenti stranieri, che all'inizio del fenomeno erano essenzialmente maschi adulti, in cerca di occupazione.

**Grafico 1.31 – Distribuzione delle famiglie per numero di componenti nell'AUSL di Imola. Censimenti 1991 e 2001**



Anche il trend della distribuzione delle famiglie per numero di componenti, nel territorio della AUSL di Imola, sembra confermare le tendenze socio-culturali della transizione in atto: oltre il 57% delle famiglie è composto da una o due persone.

### **1.4 Condizioni socio-economiche**

A inizio gennaio 2008, si è svolta la "Conferenza economica del Nuovo Circondario Imolese". Per l'occasione, gli Enti Locali coinvolti hanno commissionato uno studio a Nomisma, riguardante "Il lavoro, l'impresa e il territorio per la qualità dello sviluppo", di cui nel seguito si propone una sintesi significativa per la presente Sezione 1, a integrazione degli indicatori di specie tratti dalla Fonte RER "Bilancio di Missione".

## 1.4.1 Caratteristiche del tessuto produttivo del Nuovo Circondario

### Imolese

Il tessuto produttivo del Nuovo Circondario Imolese è costituito da 12.618 imprese registrate, di cui 11.725 attive.

Così come per la composizione demografica dell'intero ambito, anche per la consistenza delle imprese è ovviamente il Comune di Imola a rivestire un ruolo di primo piano, con 6.262 imprese registrate (5.730 attive) seguito dai Comuni di Castel San Pietro Terme e Medicina, che presentano rispettivamente imprese registrate in numero di 2.152 (2.005 attive) e 1.568 (1.486 attive).

**Tabella 1.32 – Consistenza delle imprese attive per Comune del Nuovo Circondario Imolese. Periodo 2001-2006 e natalità/mortalità anno 2006**

Comune ed area	Consistenza e trend				Natalità / Mortalità 2006		
	attive 2001	attive 2006	Var % (2006-2001)	imprese x1000 abitanti	nuove iscritte	cessate	saldo
Castel del Rio	152	127	-16,4%	101	5	14	-9
Fontanelice	227	221	-2,6%	118	9	17	-8
Borgo Tossignano	281	275	-2,1%	85	13	27	-14
Casalfiumanese	348	343	-1,4%	106	18	20	-2
Mordano	459	447	-2,6%	102	15	30	-15
Castel Guelfo	445	492	10,6%	126	35	29	6
Dozza	580	599	3,3%	100	42	46	-4
Medicina	1372	1.486	8,3%	97	87	91	-4
Castel S Pietro	1945	2.005	3,1%	100	134	132	2
Imola	5522	5.730	3,8%	86	433	428	5
<b>Circondario Imolese</b>	<b>11.331</b>	<b>11.725</b>	<b>3,5%</b>	<b>93</b>	<b>791</b>	<b>834</b>	<b>-43</b>
<b>Provincia di Bologna</b>	<b>85.684</b>	<b>88.202</b>	<b>2,9%</b>	<b>92</b>	<b>6.829</b>	<b>6.529</b>	<b>300</b>

Fonte: CIAA Bologna, tratto da studio Nomisma sulla qualità dello sviluppo del circondario imolese

Se in senso assoluto il Comune di Imola accoglie il numero maggiore di imprese, in termini relativi alla popolazione residente, si posiziona ai livelli più bassi (86 imprese per 1.000 abitanti) mentre risalta il dato di Castel Guelfo, con 126 imprese per 1.000 abitanti. Lo stesso Comune di Castel Guelfo è quello che registra il tasso di crescita delle imprese, nel periodo 2001-2006, più elevato (+10,6%) seguito da Medicina (+8,3%); all'estremo opposto, va sottolineata la forte decrescita di Castel del Rio (-16,4%) che però mantiene un'incidenza in rapporto alla popolazione superiore alla media (101 imprese per 1.000 abitanti).

Il saldo di natalità/mortalità delle imprese del Nuovo Circondario Imolese presenta un valore negativo - e non replica la dinamica positiva dei restanti territori provinciali - per quanto il trend di crescita 2001-2006 sia viceversa superiore (+3,5% *vs* +2,9%).

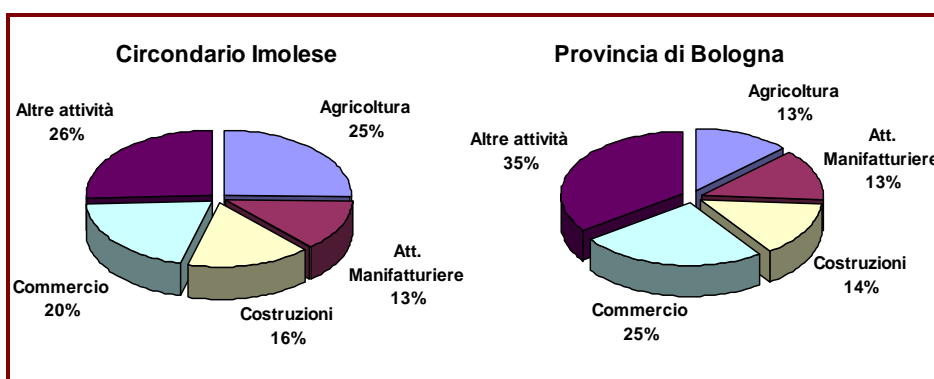
In Figura 1.33 è rappresentata la distribuzione delle imprese del Nuovo Circondario Imolese per comparto economico, a confronto con l'intera Provincia di Bologna. Il territorio circondariale si caratterizza per una quota di imprese attive nel comparto agricolo doppia rispetto all'intera Provincia: 2.951 imprese su 11.725, corrispondente al 25,17% *vs* il 12,81%, quale rapporto



provinciale. D'altro canto, il macrosettore "attività commerciali" è relativamente meno rappresentato - almeno in termini numerici -: circa il 20% del totale (2.335 imprese) a fronte del 25% provinciale (22.147 imprese).

**Figura 1.33 – Distribuzione delle imprese per comparti economici, confronto Nuovo Circondario Imolese e Provincia di Bologna. Anno 2006**

Attività	Circondario Imolese (%)	Provincia di Bologna (%)
Agricoltura, caccia e silvicoltura	25,2	12,8
Attività manifatturiere	13,1	13,3
Costruzioni	16,0	14,2
Commercio, ingrosso e dettaglio	19,9	25,1
Alberghi e ristoranti	3,9	4,7
Trasporti	5,0	5,9
Attività immobiliari, noleggio, informatica ricerca	10,6	16,2
Altre attività	6,4	7,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>



Dal punto di vista della collocazione geografica, si rileva che:

- le imprese agricole si concentrano maggiormente nei Comuni di Casafiumanese, Castel del Rio, Fontanelice e Mordano;
- le imprese dedite ad attività manifatturiere sono maggiormente diffuse nei Comuni di Castel Guelfo e Dozza;
- quanto alle altre attività, non si riscontrano particolari differenze a livello comunale, a eccezione di una impresa di costruzioni ogni 4 nel Comune di Borgo Tossignano (quasi il 9% in più rispetto al valore circondariale).

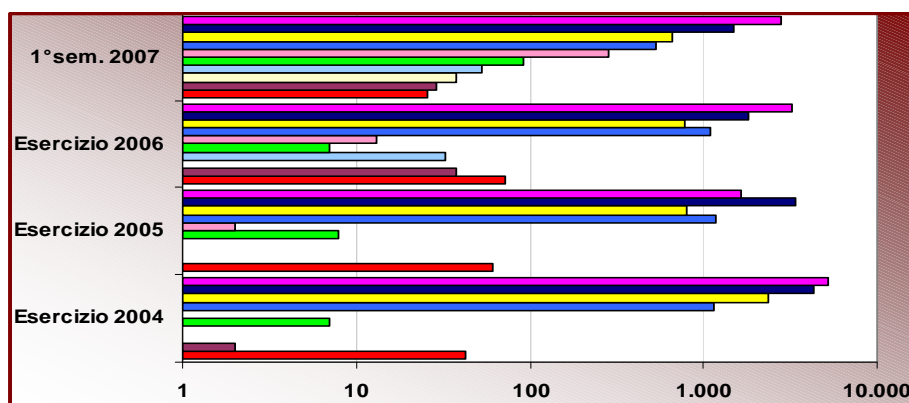
### 1.4.2 Mercato del lavoro nel Nuovo Circondario Imolese

Nel primo semestre 2007, il totale dei nuovi avviamenti al lavoro ammonta a 6.002 persone, di cui 3.186 maschi e 2.816 femmine. In base alla forma contrattuale proposta, è il lavoro dipendente a

tempo determinato quello maggiormente utilizzato dai datori di lavoro (46,5% del totale) seguito dal lavoro dipendente a tempo indeterminato (24,9%) e dai contratti di apprendistato (8,9%).

**Figura 1.34 – Avviamenti al lavoro, per tipo di contratto, nelle imprese del Nuovo Circondario Imolese. Periodo 2004-I semestre 2007**

CONTRATTO	2004	2005	2006	1° sem. 2007
Lavoro dipendente T.Determinato	5.168	1.663	3.222	2.791
Lavoro dipendente T.Indeterminato	4.262	3.407	1.821	1.492
Interinale	2.379	793	785	660
Apprendistato	1.150	1.184	1.107	536
Lavoro a Progetto e Occasionale		2	13	284
Co. Co. Co.	7	8	7	93
Lavoro intermittente			33	53
Tirocinio				38
Contratto di inserimento	2		38	29
Lavoro autonomo a partita IVA	2	1	6	18
Socio lav di coop di produzione e lavoro	1	51	62	6
Stagionale		1		2
Altro				
Contratto di formazione	37	7	2	
Lavoro a domicilio	3	1	2	
<b>Totale</b>	<b>13.011</b>	<b>7.118</b>	<b>7.098</b>	<b>6.002</b>



Fonte: Centro per l'Impiego di Imola

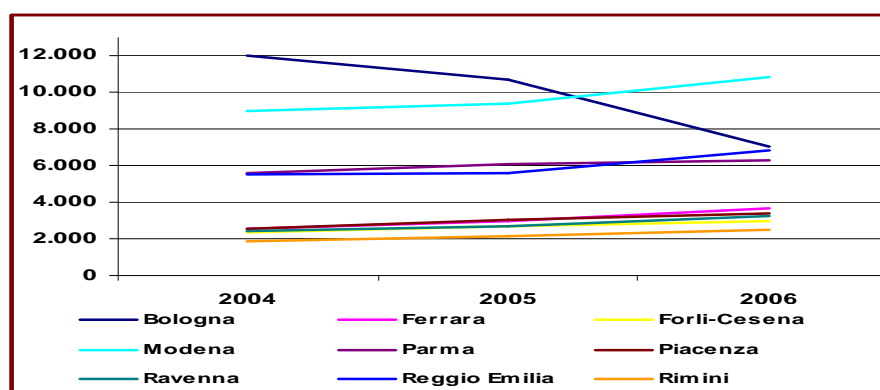
Il 70,8% degli avviamenti del 1° semestre 2007 – complessivamente riportati nella Figura 1.34, a confronto con il periodo 2004-2006 - riguarda persone con un'età compresa tra i 15 e i 39 anni; i lavoratori relativamente più giovani (15-19 anni) sono concentrati in attività che prevedono forme contrattuali quali l'apprendistato (59,33%), contratti a tempo determinato (18,67%) e contratti interinali (7,33%).

I dati relativi al 1° semestre 2007, almeno per quanto riguarda la numerosità degli avviamenti, sono confortanti: basti pensare che i 6.002 dei primi sei mesi dell'esercizio corrispondono a circa l'85% degli avviamenti dell'intero 2006 e all'84% di quelli del 2005.

L'approfondimento sulla dinamica del lavoro interinale per Province della Regione Emilia Romagna, proposto in Figura 1.35, è svolto sulla base della fonte del Sistema informativo regionale, e comprende l'impiego complessivo, pubblico e privato.

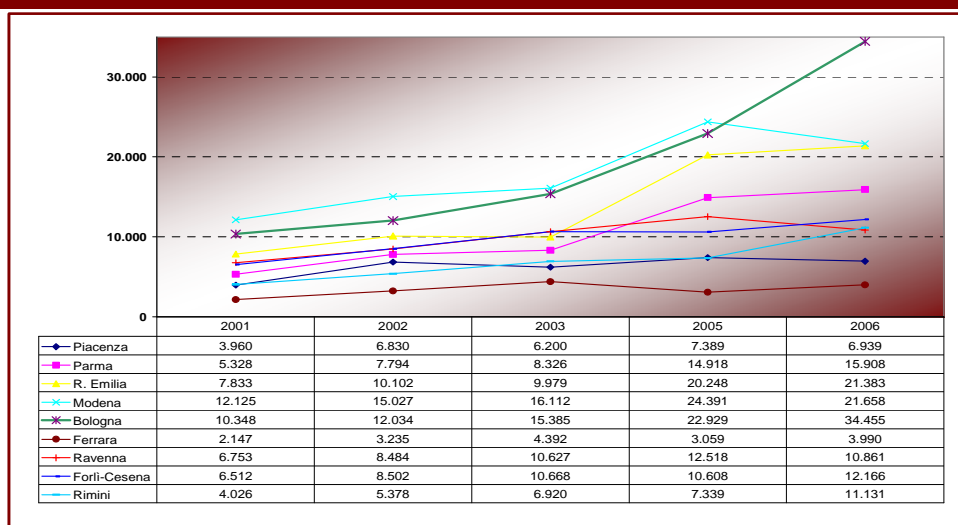
**Figura 1.35 - Numero lavoratori con contratto interinale nelle Province della RER. Periodo 2004-2006**

Provincia	2004			2005			2006		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Bologna	6.125	5.936	12.061	5.503	5.235	10.738	3.702	3.339	7.041
Ferrara	1.357	1.200	2.557	1.522	1.479	3.001	1.910	1.734	3.644
Forlì-Cesena	1.426	898	2.324	1.631	1.045	2.676	1.928	1.072	3.000
Modena	4.970	4.026	8.996	5.068	4.306	9.374	5.751	5.092	10.843
Parma	3.013	2.594	5.607	3.058	3.006	6.064	3.214	3.061	6.275
Piacenza	1.550	993	2.543	1.879	1.176	3.055	2.072	1.311	3.383
Ravenna	1.489	917	2.406	1.582	1.094	2.676	2.061	1.223	3.284
Reggio Emilia	3.169	2.386	5.555	3.215	2.398	5.613	3.942	2.875	6.817
Rimini	1.268	615	1.883	1.298	874	2.172	1.638	852	2.490
n.d.	588	396	984	459	233	692	329	166	495
<b>Totale</b>	<b>24.955</b>	<b>19.961</b>	<b>44.916</b>	<b>25.215</b>	<b>20.846</b>	<b>46.061</b>	<b>26.547</b>	<b>20.725</b>	<b>47.272</b>



Dalla rappresentazione grafica risulta evidente il forte calo del ricorso al lavoro interinale nella Provincia di Bologna, in controtendenza con le altre Province, probabilmente anche per le stabilizzazioni avviate, in particolare, nel settore pubblico.

Il numero di lavoratori stranieri è in costante e rapido incremento, coerentemente con quanto analizzato nello specifico paragrafo, in merito alle dinamiche della popolazione.

**Figura 1.36 - Numero lavoratori stranieri nelle Province della RER. Anno 2006**

Nella Figura 1.36, si presentano i dati relativi a tutte le Province della Regione, dove è interessante osservare come, nel 2006, la Provincia di Bologna registri una forte accelerazione del fenomeno di occupati stranieri, in parziale controtendenza rispetto alle restanti Province.

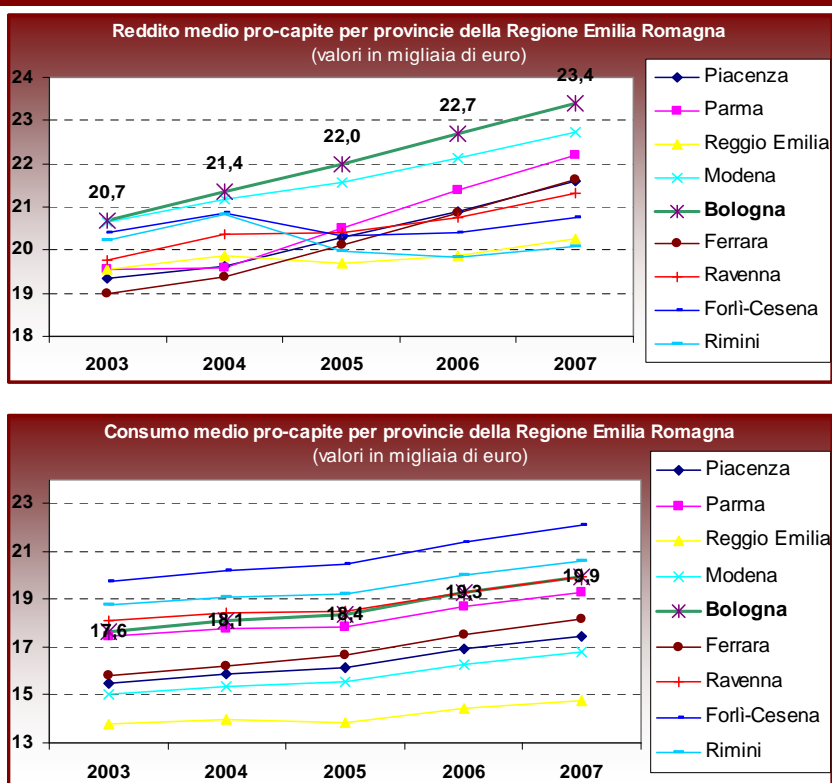
In conclusione, è importante accennare al fatto che sia il territorio regionale sia il territorio del Nuovo Circondario Imolese, per quanto concerne il mercato del lavoro, rispecchiano la caratteristica nazionale relativamente al "peso" del settore pubblico sull'economia, tant'è che per l'ambito di sua pertinenza l'AUSL di Imola rappresenta l'organizzazione produttiva a maggiore dimensione occupazionale (si vedano i dati specifici 2007 presentati nella Sezione 4).

Per l'Emilia Romagna – e, pertanto, per le comunità che la compongono – il Sistema Sanitario Regionale genera valore aggiunto economico, in maniera sia diretta sia indiretta (così detto "indotto") con un effetto moltiplicatore (keynesiano) consistente.

### 1.4.3 Tenore di vita

Sul tenore di vita si presentano due confronti per Province dell'Emilia Romagna, secondo gli indicatori "reddito pro-capite" e "consumo pro-capite".

**Grafici 1.37 - Reddito e Consumo medio pro-capite per Province della RER. Periodo 2003-2007**



In un contesto regionale tra i meglio posizionati per reddito pro-capite (terza Regione italiana, Fonte Eurostat, anno 2004) la Provincia di Bologna è quella che registra il valore più elevato e con maggiore tasso di crescita, allargando progressivamente la forbice con la Provincia di Modena (seconda) che nel 2003 presentava un reddito pro-capite analogo. Tale posizionamento non è confermato se si prende in considerazione il consumo pro-capite, dove la Provincia di Bologna risulta terza.

### ***1.5 Osservazioni epidemiologiche***

L'Emilia Romagna è caratterizzata da una buona omogeneità d'intervento sanitario, nei confronti delle "popolazioni locali", e da una certa uniformità nella gestione dei servizi tipici; nonostante ciò, per alcune patologie si evidenzia una variabilità geografica, dovuta evidentemente alla diversa distribuzione territoriale delle determinanti ambientali, sociali, culturali, economiche e sanitarie proprie.

L'analisi della mortalità, ormai da tempo, è un punto cardine del lavoro epidemiologico, e riveste un ruolo di "indicatore globale" della Salute, che permette di analizzare lo *status* di benessere psicofisico delle popolazioni, mediante anche ipotesi di causalità tra fattore di rischio e patologia. Come dichiarato in premessa alla Sezione 1, il presente paragrafo ha un carattere puramente descrittivo e, pertanto, non si propongono considerazioni di carattere eziologico: ciò detto, la lettura consente di interrogarsi sul perché delle distribuzioni geografiche, temporali, per sesso ed età dei decessi, e - tramite adeguata conoscenza delle popolazioni interessate - si possono formulare ipotesi causali.

#### **1.5.1 Mortalità**

Lo stato di salute di una popolazione è spesso misurato dalla frequenza di morte di coloro che la compongono: questo indicatore è sempre parso sufficientemente soddisfacente per lo scopo.

La misurazione della mortalità può essere considerata uno strumento di evidenziazione delle disuguaglianze, e permette di individuare - almeno in maniera approssimata - i bisogni di salute tuttora insoddisfatti.

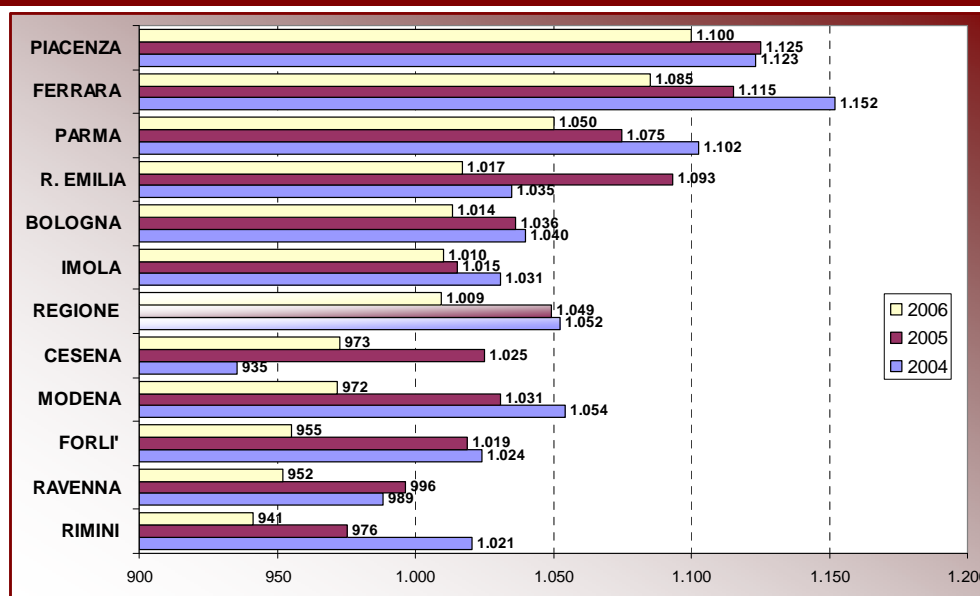
A fronte di un quadro regionale complessivamente confortante, già anticipato nel paragrafo *Aspettativa di vita* - e che in questa occasione si sostiene con l'ultimo dato disponibile ISTAT sui

tassi standardizzati di mortalità: RER al 5° posto per le femmine e al 7° per i maschi, entrambi significativamente al di sotto della media nazionale - anche all'interno dell'Emilia Romagna sussistono differenze e disuguaglianze osservabili a livello degli ambiti aziendali.

Durante il periodo 2004-2006, il tasso standardizzato di mortalità medio in Emilia Romagna scende da 1.052 a 1.009, con un numero totale di decessi nell'ultimo anno preso in esame pari a 45.595 (44.726 nel 2004). Nel Grafico 1.38 la mortalità è scomposta per ambiti aziendali, in ordine decrescente, rispetto al valore 2006:

- l'AUSL di Piacenza presenta il tasso di mortalità più elevato (1.100 decessi per 100.000 abitanti) sostanzialmente superiore alla media regionale (1.009);
- l'AUSL di Rimini presenta quello più basso (941);
- l'AUSL di Imola si colloca su un valore sovrapponibile a quello medio regionale, nel 2006, mentre nel 2004 e nel 2005 era su valori inferiori. Ciò è imputabile a una riduzione della mortalità, nel periodo considerato, che per l'Azienda di Imola è meno marcata che negli altri ambiti (in termini esemplificativi, tra 2005 e 2006, l'Azienda di Rimini passa da 1.021 a 941, e l'Azienda di Modena da 1.054 a 972).

**Grafico 1.38 - Tasso standardizzato di mortalità totale per Azienda USL della RER. Periodo 2004-2006**

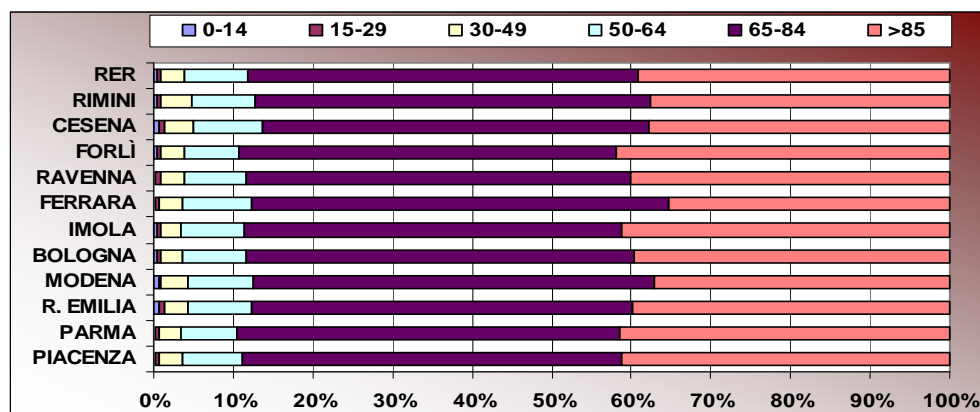


La suddivisione per fasce di età (Figura 1.39) evidenzia pochi decessi tra i 0-29 anni: nel 2006, risultano 405 in tutta la Regione, corrispondenti allo 0,9% del totale e allo 0,8% nel territorio circondariale imolese. Circa il 39,2% dei decessi in Emilia Romagna avviene dopo gli 85 anni di età (il 41,1% nel territorio circondariale). Riguardo alla fascia 65-84 anni, l'AUSL di Ferrara si caratterizza per la più alta percentuale di decessi, mentre l'AUSL di Imola e l'AUSL di Forlì si distinguono per i valori più bassi.

È importante sottolineare come questa forma di classificazione dei dati potrebbe risentire della struttura per età della popolazione esaminata: un'elevata percentuale di decessi in età avanzata, ad esempio, potrebbe essere dovuta anche a una maggiore presenza di persone anziane sul territorio considerato.

**Figura 1.39 – Numero assoluto e % dei decessi per classi di età e genere, confronto tra Aziende USL della RER. Anno 2006**

	0-14			15-29			30-49			50-64			65-84			>85			Totale		
	m	f	% sul Tot	m	f	% sul Tot	m	f	% sul Tot	m	f	% sul Tot	m	f	% sul Tot	m	f	% sul Tot	m	f	Tot
PIACENZA	3	3	0,2%	8	7	0,4%	69	35	3,0%	182	86	7,7%	922	745	47,6%	522	918	41,1%	1706	1794	3500
PARMA	7	9	0,3%	10	5	0,3%	87	47	2,7%	227	119	7,1%	1341	1011	48,1%	702	1324	41,4%	2374	2515	4889
R. EMILIA	14	15	0,6%	26	9	0,7%	92	59	3,1%	248	135	7,8%	1317	1031	47,9%	651	1306	39,9%	2348	2555	4903
MODENA	22	18	0,6%	20	6	0,4%	129	82	3,3%	348	189	8,3%	1866	1378	50,3%	864	1526	37,1%	3249	3199	6448
BOLOGNA	24	12	0,4%	35	13	0,5%	178	94	2,9%	445	302	7,8%	2530	2114	48,7%	1291	2491	39,7%	4503	5026	9529
IMOLA	4	1	0,4%	5	1	0,4%	21	16	2,7%	70	39	7,9%	383	272	47,5%	216	351	41,1%	699	680	1379
FERRARA	6	5	0,2%	14	5	0,4%	85	46	2,9%	239	148	8,7%	1286	1045	52,3%	509	1067	35,4%	2139	2316	4455
RAVENNA	8	4	0,3%	17	6	0,6%	80	46	3,1%	192	116	7,6%	1114	859	48,4%	613	1018	40,0%	2024	2049	4073
FORLÌ	2	5	0,4%	5	5	0,5%	34	25	3,0%	71	63	6,8%	505	427	47,4%	289	535	41,9%	906	1060	1966
CESENA	8	3	0,6%	9	3	0,7%	48	19	3,7%	107	54	8,8%	515	372	48,4%	239	455	37,9%	926	906	1832
RIMINI	6	5	0,4%	9	3	0,5%	67	36	3,9%	125	85	8,0%	733	564	49,5%	340	648	37,7%	1280	1341	2621
<b>Totale</b>	<b>104</b>	<b>80</b>	<b>0,4%</b>	<b>158</b>	<b>63</b>	<b>0,5%</b>	<b>890</b>	<b>505</b>	<b>3,1%</b>	<b>2254</b>	<b>1336</b>	<b>7,9%</b>	<b>12512</b>	<b>9818</b>	<b>49,0%</b>	<b>6236</b>	<b>11639</b>	<b>39,2%</b>	<b>22154</b>	<b>23441</b>	<b>45595</b>



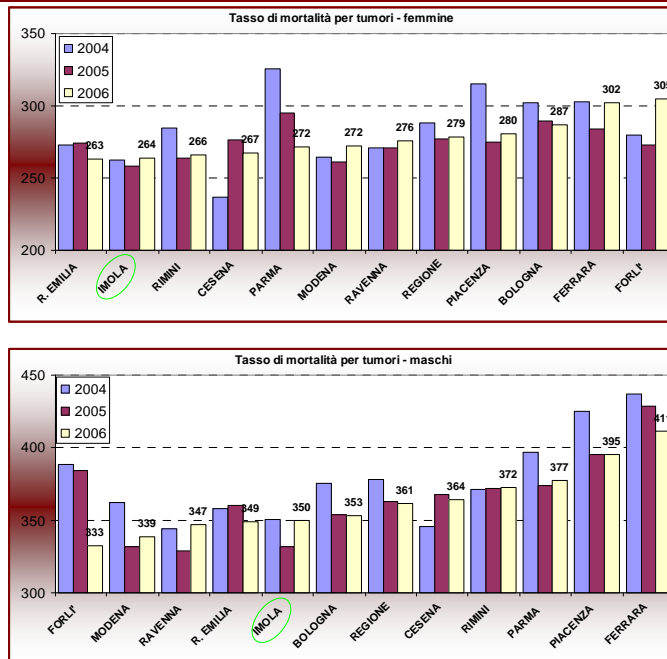
La suddivisione per sesso indica una maggiore prevalenza di decessi tra i maschi, fino alla fascia 65-84 anni, oltre la quale la differenza si inverte: dopo gli 85 anni di età, avviene il 50% dei decessi della popolazione femminile e solo il 28% dei decessi della popolazione maschile.

### 1.5.2 Mortalità per grandi cause

Nei Grafici seguenti si presentano i tassi standardizzati di mortalità per i principali macroaggregati di cause di morte, distintamente per genere e ponendo a confronto il valore medio regionale e quelli specifici delle singole Aziende USL.

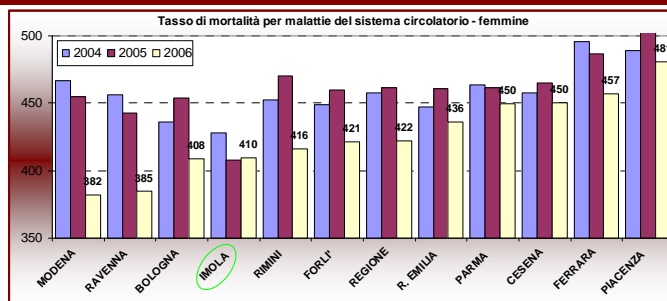
In ciascun Grafico, l'ordine di rappresentazione è per tasso di mortalità crescente, rispetto ai valori dell'ultimo anno, ossia il 2006.

**Grafici 1.40 - Tasso standardizzato di mortalità per tumori, confronto tra Aziende USL e media RER. Periodo 2004-2006**

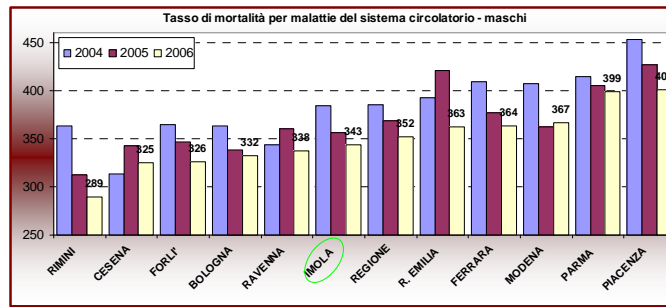


Rispetto al grande aggregato "Tumori" il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola è per le femmine tra i valori più bassi della Regione: il lieve incremento tra 2005 e 2006 è analogo a quello del valore medio regionale. Il tasso di mortalità è inferiore a quello regionale anche per i maschi, pur se i valori risultano più prossimi a quelli medi della Regione: su ciò incide il trend peggiorativo del 2006, a fronte del notevole miglioramento di altri ambiti territoriali. A questo proposito, si rileva il singolare andamento dell'Azienda di Forlì che, nel 2006, registra il migliore posizionamento regionale, riguardo al tasso di mortalità per tumore nei maschi, e il peggiore posizionamento regionale per le femmine.

**Grafici 1.41 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio, confronto tra Aziende USL e media RER. Periodo 2004-2006**

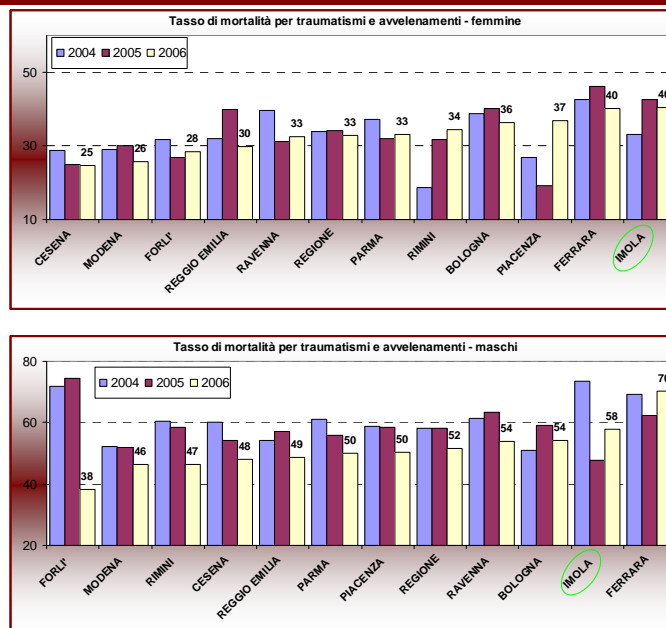






Per quanto riguarda le "Malattie del sistema circolatorio", nella popolazione femminile, si osserva che l'AUSL di Imola ha una mortalità inferiore a quella media regionale, con un peggioramento dell'indice nel 2006, in controtendenza rispetto ai trend in forte riduzione degli altri ambiti territoriali: nel 2005, l'ambito circondariale presentava in assoluto il valore più basso; nel 2006, si posiziona al 4° posto. Per i maschi, il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola è lievemente inferiore a quello medio regionale, anch'esso con analogo andamento in riduzione. Il posizionamento migliore risulta l'AUSL di Modena per le femmine e l'AUSL di Rimini per i maschi; il posizionamento peggiore risulta l'AUSL di Piacenza, sia per le femmine sia per i maschi.

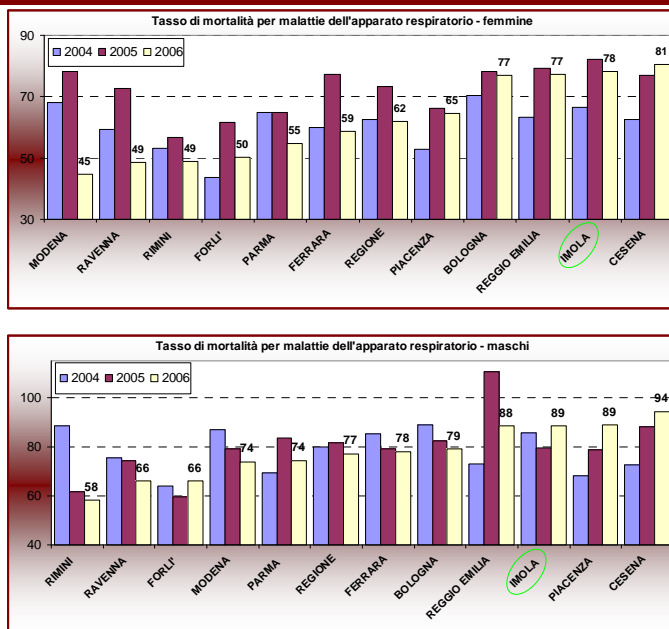
**Grafici 1.42 - Tasso standardizzato di mortalità per traumatismi e avvelenamenti, confronto tra Aziende USL e media RER. Periodo 2004-2006**



Il tasso di mortalità per traumatismi e avvelenamenti, nel territorio della AUSL di Imola, presenta un'incidenza molto elevata, posizionandosi sui valori massimi dell'intera Regione: in particolare tra le femmine, la mortalità per questa causa è la più alta - insieme con l'Azienda di Ferrara - pur registrando, nel 2006, un calo, in coerenza con l'andamento regionale; anche per i maschi,

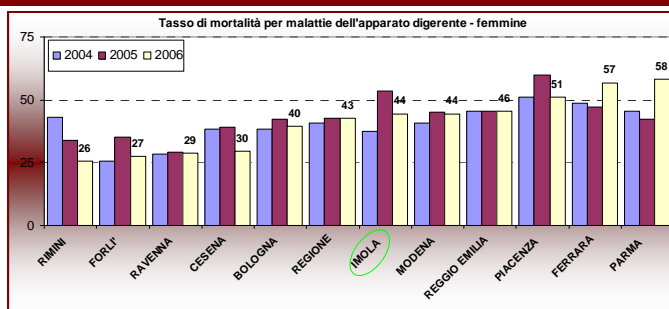
l'incidenza è tra le più elevate – subito dopo l'AUSL di Ferrara – e registra, in controtendenza al dato regionale, un significativo aumento tra 2005 e 2006.

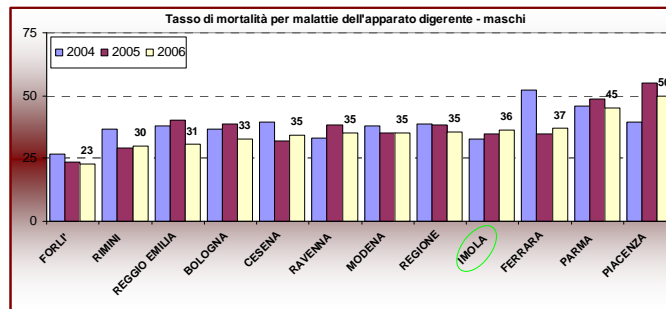
**Grafici 1.43 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, confronto tra Aziende USL e media RER. Periodo 2004-2006**



Relativamente al macroaggregato "Malattie dell'apparato respiratorio", si osserva che l'AUSL di Imola ha un tasso di mortalità significativamente superiore a quello medio regionale, sia per le femmine sia per i maschi. In particolare, tra le femmine il tasso di mortalità è il secondo più elevato della Regione (il peggiore posizionamento è dell'AUSL di Cesena, anche per la popolazione maschile), per quanto si registri una riduzione tra 2005 e 2006 analoga a quella media regionale; per i maschi, l'Azienda di Imola si colloca al terzo posto, tra quelle a maggiore mortalità, con un trend 2005-2006 in aumento, a fronte di una riduzione riscontrata a livello complessivo regionale. I migliori posizionamenti risultano essere l'AUSL di Bologna per le femmine e l'AUSL di Rimini per i maschi.

**Grafici 1.44 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato digerente, confronto tra Aziende USL e media RER. Periodo 2004-2006**





I tassi di mortalità per "Malattie dell'apparato digerente", nel territorio circondariale, sono - sia per i maschi sia per le femmine - sostanzialmente sovrapponibili a quelli medi regionali. Il trend 2005-2006 è, per le femmine, in riduzione rispetto al picco del 2005; per i maschi è invece lievemente crescente, in controtendenza rispetto all'andamento medio regionale. I migliori posizionamenti risultano essere l'AUSL di Rimini per le femmine e l'AUSL di Forlì per i maschi; i peggiori risultano essere l'AUSL di Parma per le femmine e l'AUSL di Piacenza per i maschi.

### 1.5.3 Altre cause di mortalità

Per le altre cause di mortalità - e precisamente: diabete mellito; AIDS; suicidi e autolesioni; malattie degenerative involutive cerebrali - si fa riferimento all'ultimo studio pubblicato dalla Agenzia Sanitaria Regionale "Dossier 156-2007", che prende in esame il periodo 1998-2004.

Nella Regione Emilia Romagna, il tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito è in calo fin dal 1986, ed è costantemente molto inferiore al tasso di specie nazionale. I decessi si concentrano quasi esclusivamente nella popolazione *over 80* anni. L'analisi della mortalità riferita all'anno 2004 mostra su tutta la Regione circa 1.000 decessi, ripartiti in modo simile tra i due sessi, con un tasso standardizzato di 23,3; livelli di mortalità superiori alla media si riscontrano nelle Aziende USL di Ferrara (27,43), Cesena (26,92) e Forlì (27,4). Le Aziende di Imola e Rimini si caratterizzano per il fenomeno contrario, con rispettivamente 14,34 e 18,39.

I trend di mortalità regionale e nazionale per AIDS risultano in ascesa dal 1986 al 1995 (anno di picco) e in discesa fino al 2002 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati di confronto): pur condividendo l'andamento appena esposto, il tasso regionale risulta sempre significativamente superiore al tasso nazionale. Il 35% dei decessi per AIDS in Regione si concentra nella fascia di età 0-39 anni. L'analisi della mortalità riferita all'anno 2004 rileva su tutta la Regione circa 91 decessi, che hanno riguardato in prevalenza il genere maschile (63 uomini e 23 donne), con un tasso standardizzato di 2,08; livelli di mortalità superiori alla media si riscontrano nelle Aziende di Ravenna (3,56) e Rimini (3,29), mentre le Aziende di Reggio Emilia, Parma e Imola si distinguono per una bassa mortalità, rispettivamente con 0,94, 1,44 e 1,45.

Ciò detto, si propone un approfondimento in merito alla morbosità, espressa come "indici di prevalenza e incidenza", poiché - pur riducendosi sensibilmente la mortalità - la patologia AIDS risulta, anche negli anni più recenti, a diffusione significativa e crescente, e ad alto assorbimento di risorse. A questo proposito è interessante osservare come - a fronte di una mortalità ai minimi regionali - la prevalenza dei casi di AIDS nell'AUSL di Imola sia molto elevata, quasi doppia rispetto alla media regionale, e prossima al valore massimo dell'Azienda di Ravenna.

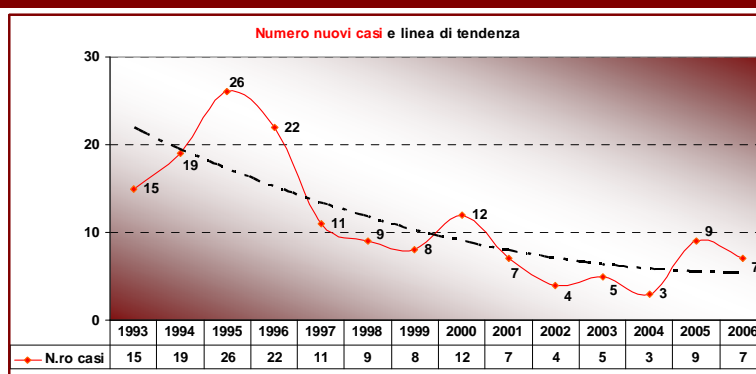
**Tabella 1.45 - Tasso di prevalenza dei casi di AIDS, confronto tra Aziende USL e media RER. Periodo 31/12/2004-31/12/2006**

	31/12/2004		31/12/2005		31/12/2006	
	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)
AUSL Reggio Emilia	116,0	23,8	118	23,9	121	24,1
AUSL Ferrara	98,0	28,0	100	28,5	99	28,0
AUSL Cesena	51,0	26,3	56	28,6	56	28,4
AUSL Modena	193,0	29,2	198	29,8	207	30,9
AUSL Bologna	257,0	31,3	260	31,5	259	31,3
AUSL Parma	131,0	31,7	136	32,6	146	34,8
<b>RER</b>	<b>1441,0</b>	<b>34,7</b>	<b>1491</b>	<b>35,6</b>	<b>1555</b>	<b>36,8</b>
AUSL Piacenza	94,0	34,3	97	35,2	106	38,1
AUSL Rimini	130,0	45,3	137	47,2	147	50,0
AUSL Forlì	88,0	49,6	91	50,8	99	54,8
AUSL Imola	65,0	52,4	72	57,6	79	62,7
AUSL Ravenna	218,0	59,7	226	61,2	236	63,2

(\*) I casi prevalenti alla fine di un determinato anno sono tutti i casi che risultano in vita a tale data, cioè tutti i casi diagnosticati negli anni precedenti o nello stesso anno, e vivi alla fine dell'anno considerato. Sono stati considerati solamente i casi residenti in Emilia-Romagna al momento della diagnosi.

(\*\*) Il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente al 31/12 dell'anno considerato.

**Grafico 1.46 - Nuovi casi di AIDS registrati nell'Azienda USL di Imola. Periodo 1993-2006**



Nella Regione Emilia Romagna, i tassi di mortalità per suicidio o autolesione sono tendenzialmente in calo dal 1986, anche se su livelli costantemente superiori a quello medio nazionale. In particolare, il trend regionale evidenzia un calo parallelo a quello nazionale per quanto riguarda le donne, e più rapido per quanto riguarda gli uomini. Il 31,6% dei deceduti appartiene alla classe di età 40-64 anni. L'analisi della mortalità riferita al 2004 mostra circa 392 decessi complessivi, in

Regione, che hanno riguardato soprattutto il genere maschile, con un tasso standardizzato superiore di quasi 3 volte rispetto al genere femminile (11,82 vs 4,13). Le AUSL di Imola (11,82), Forlì (13,47) e Rimini (12,65) registrano tassi di mortalità superiori alla media regionale; le AUSL di Piacenza (6,59) e Reggio Emilia (7,92) si distinguono per i livelli più bassi.

Il gruppo di patologie definito "Malattie degenerative involutive cerebrali, senili e pre-senili" comprende le demenze semplici, associate ad arteriosclerosi e organiche, oltre ad Alzheimer, Parkinson e malattie da prolungato allettamento. In Emilia Romagna, i tassi di mortalità per detto aggregato sono in netta ascesa – così come nell'intero territorio nazionale - coerentemente con l'indice di invecchiamento della popolazione, confermato anche dal maggiore tasso di crescita nel genere femminile, che - come si è detto precedentemente - ha una aspettativa di vita superiore di circa 5 anni. Nell'anno 2004, si sono osservati 2.095 decessi, con un tasso standardizzato pari a 49,61. Le Aziende di Modena e Imola si collocano al di sopra del valore medio regionale, rispettivamente con 60,75 e 62,75; al di sotto del valore medio si collocano le Aziende di Cesena (31,25) e di Rimini (41,39) che presentano i livelli più bassi della Regione.

## **1.6 Stili di vita**

Il mantenimento di una "buona salute" è il risultato del controllo su numerosissimi fattori influenti, da parte degli individui e della società.

Sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che le patologie definite non trasmissibili (malattie cardio-vascolari; tumori; diabete mellito; malattie respiratorie croniche; malattie muscolo-scheletriche; problemi di salute mentale) - attualmente responsabili dell'86% dei decessi in Europa - siano legate fra loro da fattori di rischio comuni, spesso identificati da determinanti correlate agli "stili di vita", e principalmente: alimentazione; fumo; consumo di alcol; assenza di attività fisica. Tutte le strategie a medio e lungo termine, miranti a ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili, attraverso valide misure di prevenzione, devono necessariamente: da una parte, prevedere il monitoraggio dei comportamenti a rischio; dall'altra, garantire la conoscenza e la diffusione delle attività di prevenzione primaria tra i cittadini.

Di seguito, si affronteranno i comportamenti più diffusi e impattanti sullo stato di salute, facendo in particolare riferimento – per l'analisi quantitativa della loro incidenza nel territorio aziendale, compreso nella Provincia di Bologna – al *Rapporto Nazionale PASSI 2006* del Centro Nazionale di Epidemiologia. Come risulterà evidente, in termini di conferimento/assorbimento di risorse al/dal Sistema di erogazione, gli "stili di vita" traducibili in fattori di rischio spesso impattano proprio

sulle classi di età che – in fase di analisi demografica - sono state definite a produttività “in ingresso”, ovvero “alta” e a “bassi consumi sanitari” (si veda il paragrafo 1.3.1).

### 1.6.1 Attività fisica

In materia di fattori comportamentali è noto l'effetto positivo dell'attività fisica, per il mantenimento di un buono stato di salute; pertanto, è altresì noto l'effetto negativo della sedentarietà, che costituisce un vero e proprio rischio per numerose malattie. È importante sottolineare che quando si parla di attività fisica non ci si riferisce solamente alla pratica sportiva, bensì anche a tutte quelle attività che si espletano nella vita quotidiana e che comportano l'uso del corpo, quali salire e scendere le scale, usare la bicicletta come mezzo di locomozione, passeggiare, fare i lavori domestici.

Nel mondo, si stima che la sedentarietà sia causa di 1,9 milioni di decessi all'anno, e che determini l'attuale “epidemia” di obesità, insieme a una cattiva alimentazione. L'attività fisica moderata e regolare, viceversa, gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita, riducendo di circa il 10% la mortalità per tutte le cause. Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di contrarre cardiovascolopatie, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Nella Tabella 1.47, si riportano i risultati tratti dallo *Studio PASSI* sul tema di specie, per la Provincia di Bologna.

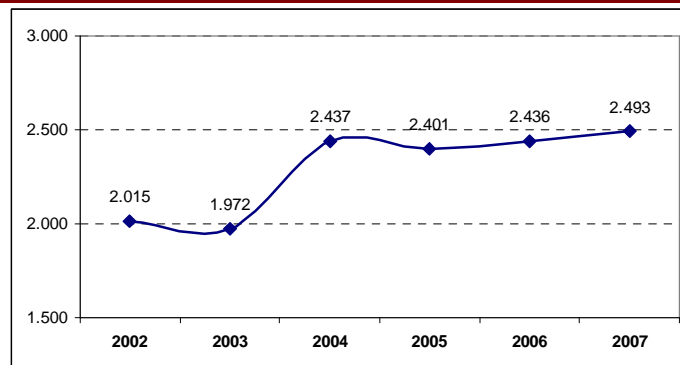
**Tabella 1.47 – Livelli di attività fisica in Provincia di Bologna. Anno 2006**

Livelli di attività fisica secondo linee guida:	Provincia di Bologna
<b>Scarso o assente</b>	<b>24,70%</b>
<b>incidenza, per sesso</b>	
maschi	24,8%
femmine	24,3%
<b>incidenza, per età</b>	
18-34	20,0%
35-49	27,0%
50-69	26,3%
<b>incidenza, per condizioni particolari</b>	
sovrappeso/obesità	28,3%
ipertensione	30,2%
ipercolesterolemia	26,4%
depressione	28,3%
<b>Moderato</b>	<b>29,1%</b>
<b>Buono</b>	<b>46,2%</b>

Nella Provincia di Bologna, si rileva un buon livello di attività fisica per il 46% della popolazione, mentre la sostanziale assenza della stessa riguarda il 25%. Non ci sono differenze significative tra i generi e secondo i diversi livelli di istruzione; segmentando il campione per fasce di età, gli adulti della classe 35-49 anni risultano i meno attivi.

Tutti i sotto-gruppi di popolazione che beneficerebbero di un regolare esercizio fisico (sovrappeso/obesi; ipertesi; ipercolesterolemici; depressi) sono meno attivi della popolazione generale. Un terzo circa degli intervistati (analisi campionaria, supportata da questionario standard) riferisce di stare seduto in media per più di 6 ore al giorno: questa abitudine è più diffusa tra i 18-34enni e tra le persone con livello alto di istruzione.

**Grafico 1.48 - Attività dell'Ambulatorio Medicina dello Sport dell'Azienda USL di Imola. Periodo 2002-2007**



Per l'ambito specifico dell'AUSL di Imola, si riporta anche quest'anno l'andamento delle visite mediche nel settore "Medicina Sportiva", quale *proxy* di analisi (Grafico 1.48).

### 1.6.2 Abitudine al fumo

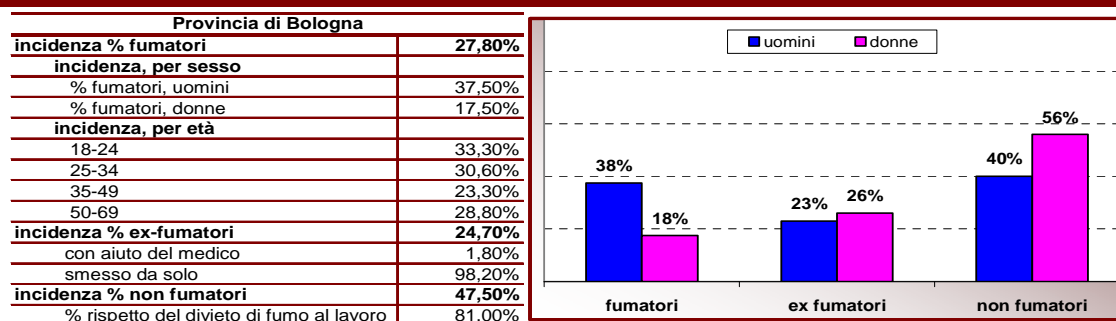
Il tabagismo è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare, a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

L'abitudine al fumo, negli ultimi 40 anni, ha subito notevoli cambiamenti:

- la percentuale di fumatori nei maschi - storicamente maggiore - si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta la percentuale delle donne, fino a raggiungere nei due generi valori paragonabili;
- è in aumento la percentuale di giovani che fumano, evento anche collegato, paradossalmente, alle recenti restrizioni normative e alle campagne dissuasive per il

consumo di sigarette, secondo la traducibilità culturale reciproca di “proibizione” e “trasgressione”.

**Figura 1.49 – Incidenza dell’abitudine al fumo in Provincia di Bologna. Anno 2006**



La Provincia di Bologna mostra una prevalenza di fumatori ancora molto elevata. In particolare, un elemento che desta preoccupazione è l’elevata percentuale tra i giovani, specialmente nella classe d’età dei 18-24enni, dove circa un terzo delle persone riferisce di essere fumatore. Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema, da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all’ausilio di farmaci, gruppi di aiuto e altri interventi sanitari.

Nei sei ambiti aziendali messi a confronto dallo *Studio PASSI* (Parma; Modena; Forlì; Rimini; Bologna più Nuovo Circondario Imolese) la percentuale di fumatori – che, come riportato in Figura 1.49, in Provincia di Bologna è pari al 27,8% - si colloca in un *range* dal valore minimo dell’AUSL di Rimini (26%) e il valore massimo dell’AUSL di Forlì (30%).

### 1.6.3 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Le abitudini alimentari sono strettamente collegate allo stato di salute: le malattie associate all’eccesso alimentare, ovvero a una dieta sbilanciata, sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Nello specifico, le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

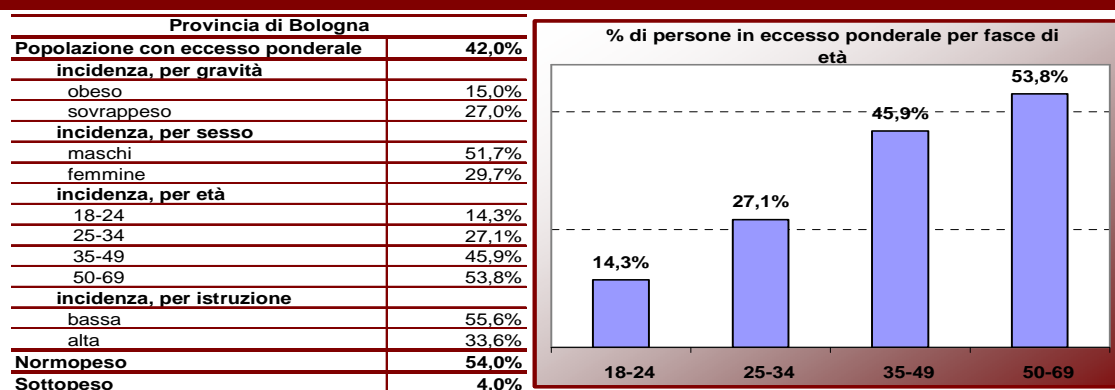
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione all’indice di massa corporea (*Body Mass Index*), che supporta il senso di quattro categorie: sottopeso (BMI <18,5); normopeso (BMI tra 18,5 e 24,9); sovrappeso (BMI tra 25 e 29,9); obeso (BMI >30).

Così come riportato in Figura 1.50, il 42% circa della popolazione della Provincia di Bologna è in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso). Questa condizione cresce significativamente con l’età, ed è maggiore negli uomini e nei soggetti con un livello d’istruzione bassa.



L'eccesso ponderale è pertanto molto diffuso nell'ambito circondariale e costituisce un problema di salute pubblica importante, anche perché dalle interviste emerge come solamente il 52% dei sovrappeso sia cosciente di esserlo, e soltanto 2 persone obese su 3 considerino la propria alimentazione non idonea.

**Figura 1.50 – Incidenza di popolazione con problemi di sovrappeso o obesità in Provincia di Bologna. Anno 2006**



Nei sei ambiti aziendali messi a confronto dallo *Studio PASSI*, la percentuale di persone in eccesso ponderale si colloca in un *range* dal valore minimo dell'AUSL di Rimini (39%) e il valore massimo dell'AUSL di Parma (52%).

### 1.6.4 Consumo di alcol

L'alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. Coloro che abusano di alcolici - rispetto a coetanei astemi - manifestano comportamenti ad alto rischio, per sé e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, lavoro in condizioni psicofisiche inadeguate e comportamenti violenti). Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima che i prodotti alcolici siano "responsabili" del 9% della spesa sanitaria.

Secondo l'OMS, le persone particolarmente a rischio di conseguenze sfavorevoli sono coloro che: bevono fuori pasto; sono forti consumatori (più di 3 unità alcoliche - lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore - al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne); indulgono in grandi bevute o *binge drink* (consumo di 6 o più unità di bevanda alcolica, in un'unica occasione, almeno una volta al mese).

**Tabella 1.51 – Incidenza del consumo di alcolici in Provincia di Bologna. Anno 2006**

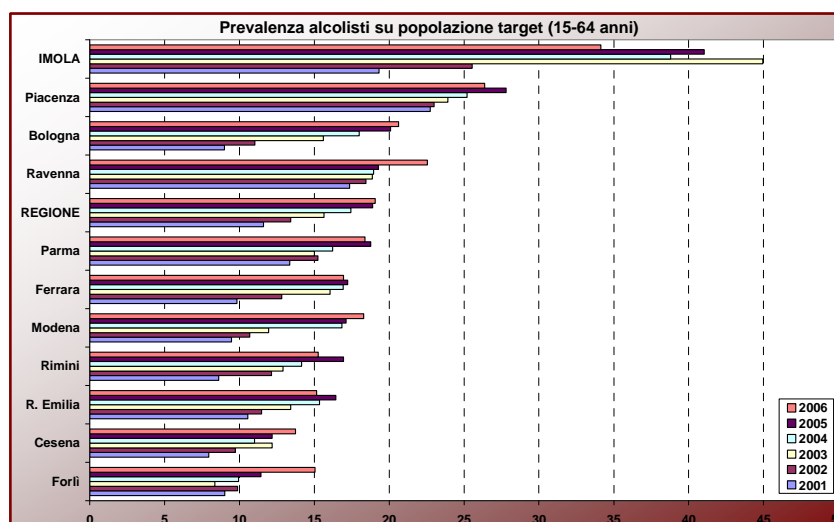
	Provincia di Bologna	RER
<b>Bevitori a rischio</b>	<b>27,6%</b>	<b>21,0%</b>
<b>incidenza, per categorie</b>		
fuoripasto	10,8%	9,0%
binge (grandi bevute)	15,6%	10,0%
forti bevitori	8,6%	7,0%
<b>Consumatori di alcol</b> (nell'ultimo mese almeno 1 bevanda alcolica)	<b>76,3%</b>	<b>72,0%</b>
<b>incidenza, per sesso</b>		
maschi	86,0%	
femmine	65,0%	
<b>incidenza, per età</b>		
18-24	81,0%	
25-34	81,6%	
35-49	75,7%	
50-69	72,5%	
<b>incidenza, per istruzione</b>		
bassa	69,5%	
alta	80,9%	
<b>Bevitori "binge" (grandi bevute)</b>	<b>15,6%</b>	<b>10,0%</b>
<b>incidenza, per sesso</b>		
maschi	26,4%	18,0%
femmine	2,9%	
<b>incidenza, per età</b>		
18-24	33,3%	
25-34	28,6%	
35-49	9,5%	
50-69	8,8%	
<b>incidenza, per istruzione</b>		
bassa	8,5%	
alta	19,9%	

Complessivamente quasi il 28% della popolazione esaminata in Provincia di Bologna può essere ritenuto a rischio (bevitore fuoripasto e/o forte bevitore e/o *binge*), contro il 21% della media regionale. La percentuale che riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica, in un mese, è risultata di circa il 76% (il 72% a livello regionale). Il tasso più alto di abuso d'alcolici si registra nella fascia 25-34 anni; la percentuale di consumatori è significativamente maggiore nei maschi e per livello di istruzione alto. Analogamente, i "bevitori *binge*" si concentrano nelle fasce di età più giovani, sono in gran maggioranza maschi e con livello di istruzione alto: anche in questo caso, la Provincia di Bologna fa registrare un'incidenza significativamente più elevata della media regionale.

Le risultanze dello *Studio Passi* trovano conferma nel confronto dei tassi di prevalenza e incidenza di utenti alcolisti, in cura presso le Unità Operative Dipendenze Patologiche delle AUSL regionali, rappresentati di seguito nelle Figure 1.52 e 1.53.

**Figura 1.52 – Tasso di prevalenza di alcolisti in carico alle UU.OO. Dipendenze Patologiche delle AUSL, e confronto regionale. Periodo 2001-2006**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Forlì	9,0	9,9	8,4	9,9	11,4	15,0
Cesena	7,9	9,7	12,2	11,0	12,2	13,7
R. Emilia	10,6	11,5	13,4	15,3	16,4	15,2
Rimini	8,6	12,1	12,9	14,1	17,0	15,3
Modena	9,5	10,7	12,0	16,8	17,1	18,3
Ferrara	9,8	12,8	16,0	16,9	17,2	17,0
Parma	13,4	15,2	15,0	16,2	18,8	18,4
<b>REGIONE</b>	<b>11,6</b>	<b>13,4</b>	<b>15,7</b>	<b>17,5</b>	<b>18,9</b>	<b>19,1</b>
Ravenna	17,4	18,4	18,9	19,0	19,3	22,6
Bologna	9,0	11,0	15,6	18,0	20,1	20,6
Piacenza	22,7	23,0	23,9	25,2	27,8	26,4
<b>IMOLA</b>	<b>19,3</b>	<b>25,6</b>	<b>44,9</b>	<b>38,8</b>	<b>41,0</b>	<b>34,1</b>

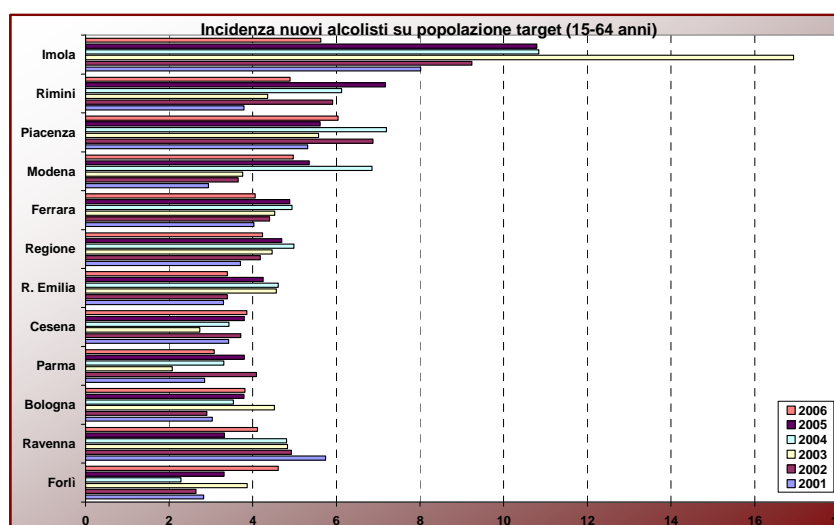


Nota: per tasso di prevalenza si intende il rapporto tra utenti alcolodipendenti totali e popolazione 15-64 anni \*10.000

L'AUSL di Imola è al primo posto per numero di utenti alcolodipendenti totali, in rapporto alla popolazione *target* (15-64 anni), con tassi anche doppi rispetto ad altre AUSL, quali Forlì, Cesena, Reggio Emilia e Rimini. L'incidenza rappresentata in Figura 1.53 - ovvero il numero di nuovi utenti alcol dipendenti, in ciascuno degli anni presi in esame - conferma il fenomeno.

**Figura 1.53 – Tasso di incidenza di alcolisti in carico alle UU.OO. Dipendenze Patologiche delle AUSL, e confronto regionale. Periodo 2001-2006**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Forlì	2,8	2,6	3,9	2,3	3,3	4,6
Ravenna	5,7	4,9	4,8	4,8	3,3	4,1
Bologna	3,0	2,9	4,5	3,5	3,8	3,8
Parma	2,8	4,1	2,1	3,3	3,8	3,1
Cesena	3,4	3,7	2,7	3,4	3,8	3,9
R. Emilia	3,3	3,4	4,6	4,6	4,2	3,4
<b>Regione</b>	<b>3,7</b>	<b>4,2</b>	<b>4,5</b>	<b>5,0</b>	<b>4,7</b>	<b>4,2</b>
Ferrara	4,0	4,4	4,5	4,9	4,9	4,1
Modena	2,9	3,6	3,8	6,9	5,4	5,0
Piacenza	5,3	6,9	5,6	7,2	5,6	6,0
Rimini	3,8	5,9	4,4	6,1	7,2	4,9
<b>Imola</b>	<b>8,0</b>	<b>9,2</b>	<b>16,9</b>	<b>10,8</b>	<b>10,8</b>	<b>5,6</b>



Nota: per tasso di incidenza si intende il rapporto tra nuovi utenti alcolodipendenti e popolazione 15-64 anni \*10.000

In termini generali, i risultati di prevalenza e incidenza sono da leggersi anche in considerazione dell'incisività dei Servizi aziendali, rispetto a un ambito d'intervento sanitario relativamente "nuovo" e dove la penetrazione è ancora modesta, rispetto all'ampiezza del fenomeno.

Nello specifico, i dati 2006 riferiti all'Azienda di Imola appaiono in forte riduzione, sia come incidenza sia come prevalenza, con tendenziale avvicinamento ai valori medi regionali. Questo andamento - che come si vedrà nel prossimo paragrafo si riscontra anche nei riguardi di incidenza e prevalenza dei tossicodipendenti - è spiegato, oltre che dall'elevato numero di dimissioni nel 2006 per fine programma, anche dall'introduzione del Sistema Informatizzato Regionale, il cui diverso modo di "contabilizzazione" delle attività genera un parziale slittamento delle stesse all'esercizio successivo.

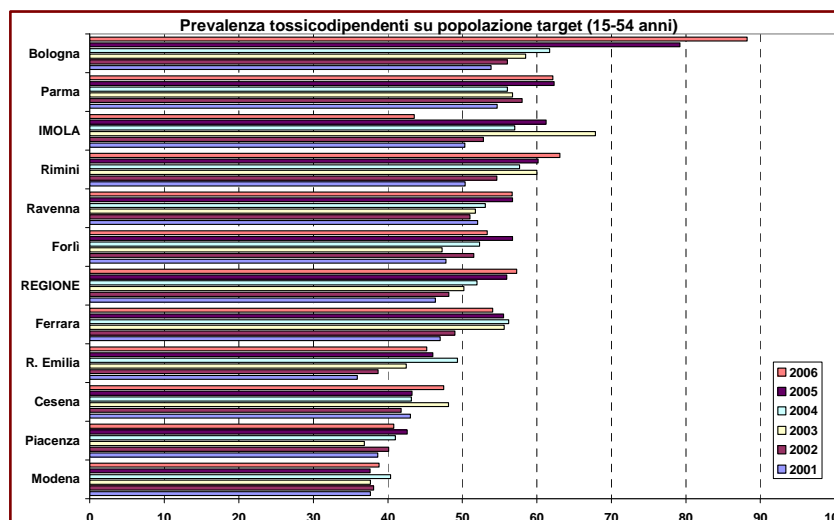
### 1.6.5 Tossicodipendenze

Il fenomeno della tossicodipendenza è da molti anni all'attenzione dell'opinione pubblica, con un forte impatto sulla collettività e un "indotto", in termini di allarme sociale e criminalità, particolarmente rilevante: ciò lo carica di significati che vanno ben oltre il mero stile di vita non salutare.

In questa occasione, ci si limita ad analizzare gli indicatori di prevalenza e incidenza del macroaggregato generico "tossicodipendenze", segnalando tuttavia come, anche per il solo profilo sanitario, tale fenomeno sia molto complesso, eterogeneo e soggetto a continue modificazioni.

**Figura 1.54 – Tasso di prevalenza di tossicodipendenti in carico nelle AUSL, e confronto regionale. Periodo 2001-2006**

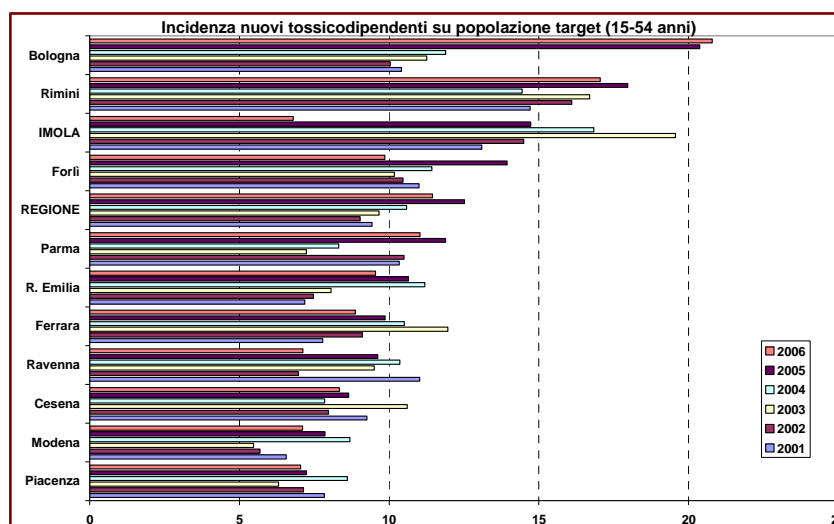
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Modena	37,6	38,1	37,7	40,4	37,6	38,9
Piacenza	38,6	40,1	36,8	41,0	42,6	40,8
Cesena	43,1	41,8	48,1	43,2	43,2	47,5
R. Emilia	35,9	38,7	42,5	49,3	46,0	45,2
Ferrara	47,0	49,0	55,6	56,2	55,5	54,1
<b>REGIONE</b>	<b>46,4</b>	<b>48,2</b>	<b>50,2</b>	<b>52,0</b>	<b>56,0</b>	<b>57,3</b>
Forlì	47,8	51,5	47,3	52,3	56,7	53,4
Ravenna	52,1	51,0	51,7	53,1	56,8	56,7
Rimini	50,4	54,6	60,0	57,7	60,2	63,1
<b>IMOLA</b>	<b>50,4</b>	<b>52,8</b>	<b>67,8</b>	<b>57,0</b>	<b>61,2</b>	<b>43,6</b>
Parma	54,7	58,0	56,7	56,1	62,3	62,2
Bologna	53,9	56,1	58,5	61,7	79,2	88,2



Nota: per tasso di prevalenza si intende il rapporto tra utenti tossicodipendenti totali e popolazione 15-54 anni \*10.000

**Figura 1.55 – Tasso di incidenza di tossicodipendenti in carico nelle AUSL, e confronto regionale. Periodo 2001-2006**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piacenza	7,8	7,1	6,3	8,6	7,2	7,0
Modena	6,6	5,7	5,5	8,7	7,9	7,1
Cesena	9,3	8,0	10,6	7,8	8,6	8,3
Ravenna	11,0	7,0	9,5	10,3	9,6	7,1
Ferrara	7,8	9,1	12,0	10,5	9,9	8,9
<b>R. Emilia</b>	<b>7,2</b>	<b>7,5</b>	<b>8,1</b>	<b>11,2</b>	<b>10,6</b>	<b>9,5</b>
Parma	10,3	10,5	7,2	8,3	11,9	11,0
<b>REGIONE</b>	<b>9,4</b>	<b>9,0</b>	<b>9,7</b>	<b>10,6</b>	<b>12,5</b>	<b>11,4</b>
Forlì	11,0	10,5	10,2	11,4	13,9	9,9
<b>IMOLA</b>	<b>13,1</b>	<b>14,5</b>	<b>19,6</b>	<b>16,8</b>	<b>14,7</b>	<b>6,8</b>
Rimini	14,7	16,1	16,7	14,4	18,0	17,0
Bologna	10,4	10,0	11,3	11,9	20,4	20,8



Nota: per tasso di incidenza si intende il rapporto tra nuovi utenti tossicodipendenti e popolazione 15-54 anni \*10.000

L'AUSL di Imola è ai primi posti sia per prevalenza sia per incidenza di utenti tossicodipendenti, in rapporto alla popolazione *target* (15-64 anni). Nello specifico dei dati aziendali 2006 - che dimostrano una sensibile riduzione, rispetto agli esercizi precedenti, e un avvicinamento ai valori medi regionali - si richiamano integralmente le ragioni esposte in chiusura del paragrafo *Consumo di alcol*.

### **1.6.6 Rischio cardiovascolare e stili di vita**

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari: dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo, obesità, sedentarietà e familiarità alla malattia sono i principali fattori di rischio correlati allo sviluppo di tali patologie. L'entità del "rischio individuale" di contrarre cardiovascolopatie dipende dalla combinazione di detti fattori o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

In Italia, le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte (44% del totale); considerando gli anni potenziali di vita persi - ossia gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più, secondo l'attuale speranza di vita media - le malattie cardiovascolari tolgono, ogni anno, circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

Indagare sulla diffusione di queste patologie nella "popolazione assistita" è per le Aziende Sanitarie di fondamentale importanza, in ragione della possibilità di effettuare interventi che possano determinare variazioni nei comportamenti "scorretti".

Oltre agli stili analizzati nei paragrafi precedenti, si riportano alcune considerazioni tratte dallo *Studio PASSI* relativamente ai "rischi" ipertensione arteriosa e colesterolemia.

Si stima che ogni anno in Italia circa 220.000 ictus, 90.000 infarti del miocardio e 180.000 casi di scompenso cardiaco siano il risultato di una ipertensione arteriosa non diagnosticata o scarsamente controllata, con un altissimo costo, sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze collegate a dette patologie conclamate è stimato in 2-3 volte maggiore del costo necessario per trattare tutti gli ipertesi (prevenzione secondaria), rilevati in uno stesso intervallo di tempo. In Provincia di Bologna, il fenomeno è più accentuato che nel resto dell'Emilia Romagna: oltre il 25% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa, contro il 22% come media regionale; la percentuale di persone ipertese cresce significativamente nella classe di età 50-69 anni, nella quale quasi la metà delle persone è ipertesa (48%) contro il 39% della media regionale.

L'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la cardiopatia ischemica. Numerosi studi confermano l'esistenza di un rapporto causale tra lipemia (generalmente misurata come livello serico) e coronarosclosi. In Provincia di Bologna, il fenomeno è diffuso: tra coloro che hanno misurato il colesterolo, circa il 30% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia, esito sovrapponibile alla media regionale (29%). L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle femmine.

## 1.7 Sicurezza

Il termine/tema "sicurezza" è di grandissima attualità, in tutte le sue accezioni, così sintetizzabili: possibilità di evitare/ridurre i pericoli di attività antropiche legittime (lavoro, mobilità, vita domestica, tempo libero) dove l'esito avverso è denominato "incidente"; organizzazione istituzionale e sociale dei meccanismi di difesa da fenomeni di illegalità, dove il danno è declinato in "reati". È immediatamente comprensibile che la Sicurezza nei suoi significati estensivi è una determinante fondamentale del "profilo di benessere e salute di una popolazione". Ciò detto, ci si limita in questa sede a trattare l'argomento secondo la prima accezione - non solo per indicazione univoca regionale sulla compilazione del Bilancio di Missione - bensì anche per la non ancora rilevante influenza della seconda nel territorio aziendale.

### 1.7.1 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali risultano essere la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni e, pertanto, rappresentano un serio problema di sanità pubblica.

Nell'anno 2006 complessivamente sono stati rilevati 238.124 incidenti stradali, che hanno causato il decesso di 5.669 persone, mentre altre 332.955 hanno subito lesioni di diversa gravità: in media si verificano 652 incidenti stradali al giorno, che provocano la morte di 16 persone e il ferimento di altre 912 (*Rapporto Istat 2006*). Rispetto al 2005, si riscontra una lieve diminuzione del numero degli incidenti (-0,8%), dei morti (-2,6%) e dei feriti (-0,6%).

La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'abuso di alcol per il 33% o il 40%, a seconda delle fonti.

**Tabella 1.56 - Incidenti stradali, morti e indici di mortalità, confronti territoriali del Nuovo Circondario Imolese. Periodo 2001-2006 e anno 2006 per morti e indice di mortalità**

Comune	Numero incidenti						Incidenti su 1000 ab.				Morti 2006	Indice di mortalità
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006		
BORGO TOSSIGNANO	21	11	11	17	9	10	3,4	5,3	2,8	3,1	0	
CASALFIUMANESE	6	17	4	14	9	7	1,2	4,3	2,8	2,2	0	
CASTEL DEL RIO	6	4	6	5	0	3	4,8	4,0	0	2,4	1	
CASTEL GUELFO	15	10	8	16	10	13	2,1	4,1	2,6	3,3	0	
CASTEL SAN PIETRO	65	112	124	111	117	106	6,2	5,5	5,8	5,3	1	
DOZZA	17	30	35	41	29	25	5,8	6,8	4,8	4,2	1	
FONTANELICE	8	16	10	7	7	9	5,4	3,7	3,7	4,8	0	
IMOLA	487	485	513	488	451	501	7,7	7,3	6,8	7,5	10	
MEDICINA	79	61	39	46	49	38	2,5	3,0	3,2	2,5	2	
MORDANO	1	3	8	8	10	11	1,8	1,8	2,3	2,5	2	
<b>AUSL IMOLA</b>	<b>705</b>	<b>749</b>	<b>758</b>	<b>753</b>	<b>691</b>	<b>723</b>	<b>6,2</b>	<b>6,1</b>	<b>5,5</b>	<b>5,7</b>	<b>17</b>	<b>2,4%</b>
<b>PROVINCIA DI BOLOGNA</b>	<b>5.079</b>	<b>5.446</b>	<b>5.215</b>	<b>5.349</b>	<b>5.154</b>	<b>5.191</b>	<b>5,6</b>	<b>5,7</b>	<b>5,5</b>	<b>5,4</b>	<b>108</b>	<b>2,1%</b>
<b>ITALIA</b>	<b>263.100</b>	<b>265.402</b>	<b>252.271</b>	<b>243.490</b>	<b>240.011</b>	<b>238.125</b>	<b>4,4</b>	<b>4,2</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>5669</b>	<b>2,4%</b>

Il territorio dell'Azienda USL di Imola si caratterizza per alti tassi di incidentalità e una analoga mortalità, rispetto alla Provincia di Bologna e ai valori medi nazionali: nel 2006, 5,7 incidenti per

1.000 abitanti vs 5,4 nella Provincia di Bologna e 4,1 in Italia; 2,4 morti per 100 incidenti vs 2,1 nella Provincia di Bologna e 2,4 in Italia. In termini di trend 2003-2006, si rileva una riduzione tendenziale dell'incidentalità nel territorio aziendale, così come in quello provinciale e nazionale. Ciò detto, analizzando il valore 2006 relativo al territorio aziendale appare in controtendenza, con un incremento sul 2005, concentrato sul Comune di Imola, che peraltro presenta il valore assoluto significativamente più elevato tra i comuni del Circondario (7,5 incidenti per 1.000 abitanti).

L'elevata incidenza degli incidenti stradali è probabilmente una delle determinanti della maggiore mortalità - rispetto ai valori medi regionali - per la causa "Traumatismi e avvelenamenti", vista al paragrafo 1.5, ed è da leggere in modo collegato ai dati locali sull'alcolismo, di cui al paragrafo 1.6.4.

Nel momento in cui si sta elaborando il Bilancio di Missione, i dati 2007 sugli incidenti stradali riferiti alla Provincia di Bologna - per cui anche al territorio circondariale - non sono ancora stati resi pubblici. In conclusione del paragrafo, si anticipa l'aggiornamento già disponibile del Comune di Imola che - come evincibile dal trend e dagli indicatori di cui alla Tabella 1.56 - è consistentemente indicativo degli andamenti totali d'ambito.

**Tabella 1.57 - Incidenti stradali, morti e indici di mortalità nel Comune di Imola. Anni 2006 e 2007**

Comune	Numero incidenti		Incidenti su 1000 ab.		Morti		Indice di mortalità	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
IMOLA	501	425	7,5	6	10	4	2,0%	0,9%

Se il "risultato" di Imola troverà conferma nei dati complessivi del Nuovo Circondario, l'anno 2007 sembrerebbe registrare la positiva riduzione degli incidenti e un calo consistente dell'indice di mortalità.

### 1.7.2 Infortuni sul lavoro

Il tema degli infortuni sul lavoro è di forte impatto sociale e sanitario, come testimonia la crescente attenzione allo stesso dedicata. Per inquadrare la portata del fenomeno, lo studio dell'Eurispes "*Infortuni sul lavoro: peggio di una guerra*" riporta 5.252 morti sul lavoro in Italia, nel quadriennio 2003-2006, a confronto con 3.520 militari della coalizione che hanno perso la vita durante la Seconda Guerra del Golfo, nel quinquennio 2003-2007.

Elaborando i dati INAIL 2005, l'Eurispes dichiara che il numero medio annuale di decessi sul lavoro in Italia è pari a 1.376 (circa 3,8 al giorno). L'edilizia si conferma come settore ad alto rischio, visto che poco meno del 70% dei decessi (circa 850) è dovuto a cadute da impalcature. Le altre dinamiche più frequenti sono il ribaltamento del trattore in agricoltura e gli incidenti

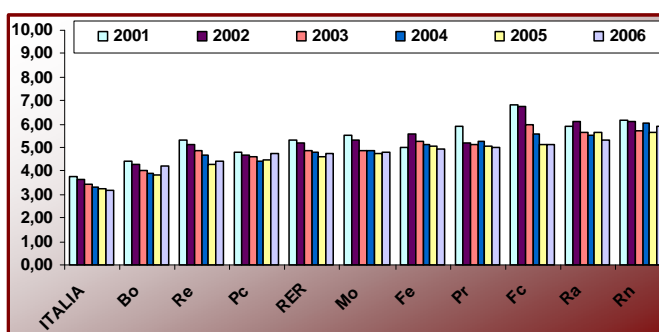


stradali nel trasporto merci. L'età media di chi muore sul lavoro è di circa 37 anni. Ogni incidente, pertanto, comporta in media una perdita di vita pari a 43 anni, stante i dati nazionali di "speranza di vita alla nascita" (si veda paragrafo 1.3.2). Il fenomeno è più diffuso tra i maschi: le donne infortunate sono in media il 25,75% del totale e i decessi il 7,7%.

La Regione con più incidenti mortali in assoluto è la Lombardia; al terzo posto si trova l'Emilia Romagna. Se si rapporta il numero di morti al numero di ore lavorate o al totale degli addetti, la Regione con la maggiore incidenza di morti bianche è il Molise, seguita da Basilicata e Calabria e, in genere, dalle Regioni del Sud.

**Figura 1.58 - Tasso grezzo di infortuni sul lavoro nelle Province dell'Emilia Romagna. Periodo 2001-2006**

Province	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Var. % 2006 su 2005
ITALIA	3,78	3,63	3,41	3,32	3,25	3,20	-1,5%
Bo	4,39	4,26	4,03	3,91	3,85	4,19	8,8%
Re	5,32	5,16	4,89	4,68	4,27	4,43	3,7%
Pc	4,78	4,70	4,62	4,4	4,48	4,73	5,6%
RER	5,33	5,21	4,89	4,79	4,64	4,76	2,6%
Mo	5,52	5,30	4,89	4,84	4,75	4,79	0,8%
Fe	4,97	5,57	5,27	5,13	5,07	4,96	-2,1%
Pr	5,88	5,21	5,11	5,24	5,06	5,00	-1,2%
Fc	6,81	6,76	5,96	5,57	5,15	5,12	-0,6%
Ra	5,89	6,12	5,65	5,55	5,64	5,34	-5,3%
Rn	6,20	6,13	5,71	6,03	5,63	5,91	5,0%

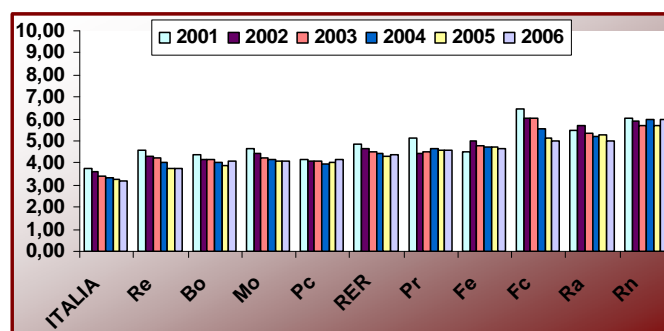


Fonte: Banca Dati Inail. Dati 2006 aggiornati al 31/10/2007

Dal confronto tra i tassi grezzi di infortuni sul lavoro (numero infortuni/popolazione occupata x 100) presentato nella Figura 1.58, si evidenzia come la Provincia di Bologna - pur mantenendo, nel periodo in esame, il tasso di infortuni grezzo più basso, rispetto alle altre Province - presenti l'incremento percentuale sul 2005 più elevato. Ciò si verifica anche dal punto di vista del tasso standardizzato di infortuni, che si riporta nella seguente Figura 1.59.

**Figura 1.59 - Tasso standardizzato di infortuni indennizzati nelle Province dell'Emilia Romagna. Periodo 2001-2006**

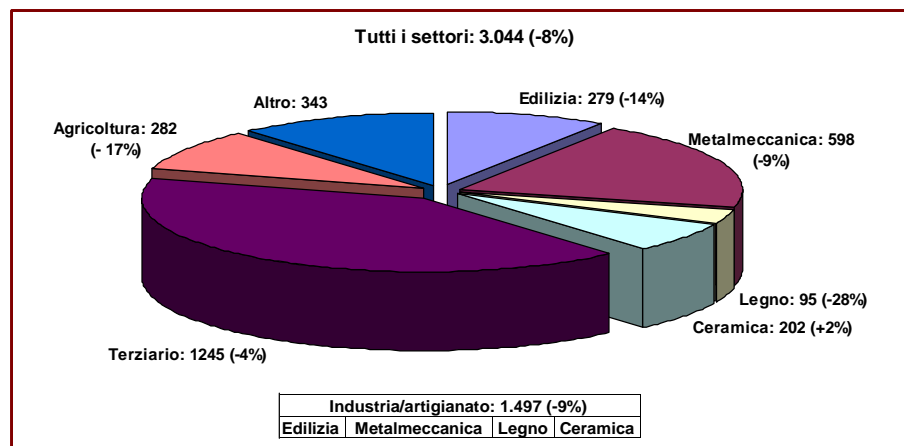
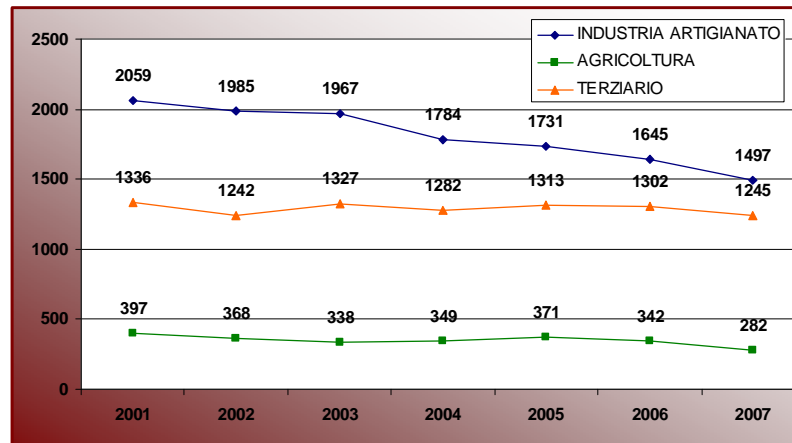
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Var. % 2006 su 2005
<b>Italia (tasso grezzo)</b>	<b>3,78</b>	<b>3,63</b>	<b>3,41</b>	<b>3,32</b>	<b>3,25</b>	<b>3,20</b>	<b>-1,5%</b>
Re	4,55	4,30	4,27	4,03	3,73	3,72	-0,4%
<b>Bo</b>	<b>4,39</b>	<b>4,19</b>	<b>4,14</b>	<b>4,00</b>	<b>3,89</b>	<b>4,10</b>	<b>5,5%</b>
Mo	4,63	4,43	4,21	4,18	4,11	4,11	0,0%
Pc	4,14	4,07	4,08	3,98	4,03	4,18	3,7%
<b>RER</b>	<b>4,83</b>	<b>4,63</b>	<b>4,50</b>	<b>4,44</b>	<b>4,28</b>	<b>4,38</b>	<b>2,4%</b>
Pr	5,16	4,42	4,49	4,66	4,57	4,55	-0,4%
Fe	4,51	4,98	4,82	4,74	4,72	4,67	-1,1%
Fc	6,45	6,04	6,04	5,53	5,13	5,02	-2,1%
Ra	5,52	5,68	5,38	5,21	5,30	5,02	-5,3%
Rn	6,04	5,87	5,69	5,97	5,70	5,95	4,3%



Nell'ambito della AUSL di Imola, per il 2007, si conferma il trend positivo di riduzione degli infortuni, sia a livello complessivo (-8%, rispetto al 2006) sia a livello di singolo settore. Il calo maggiore si riscontra in "agricoltura" (-17%); all'interno del settore secondario risultano significative le riduzioni di infortuni nel comparto del legno (-28%) e dell'edilizia (-14%), mentre il comparto ceramico è l'unico con valori in crescita (+2%).

**Figura 1.60 - Andamento infortunistico nell'ambito dell'Azienda USL di Imola. Distribuzione per settori e comparti. Periodo 2001-2007**

ANNO	INDUSTRIA			NON IDENTIFICATI		TOTALE	Di cui Fuori AUSL
	ARTIGIANATO	AGRICOLTURA	TERZIARIO	NON IDENTIFICATI	TOTALE		
2001	2059	397	1336	30	3822	1321	
	54%	10%	35%	1%			
2002	1985	368	1242	19	3614	1206	
	55%	10%	34%	1%			
2003	1967	338	1327	34	3666	1207	
	54%	9%	36%	1%			
2004	1784	349	1282	7	3422	1110	
	52%	10%	38%	0%			
2005	1731	371	1313	12	3427	1009	
	51%	11%	38%	0%			
2006	1645	342	1302	18	3307	979	
	50%	10%	39%	1%			
2007	1497	282	1245	20	3044	948	
	49%	9%	41%	1%			



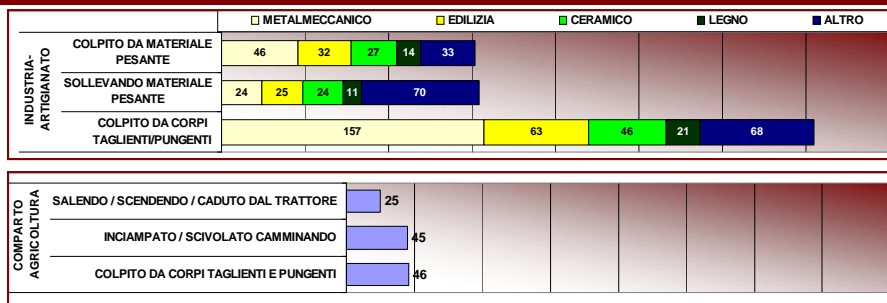
Il numero di infortuni sul lavoro con esito mortale appare in tendenziale diminuzione (un solo caso nel biennio 2006-2007 vs 9 casi nel biennio precedente) ed è coerente con il trend sopra esaminato del numero di infortuni totali. Ciò detto, occorre sottolineare che, trattandosi di numeri molto piccoli, la significatività statistica è bassa.

**Tabella 1.61 - Infortuni sul lavoro mortali nell'ambito dell'Azienda USL di Imola. Periodo 2001-2007**

ANNI	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTALE
INDUSTRIA ARTIGIANATO (escl. Edilizia)	1	0	0	0	1	0	0	2
EDILIZIA	2	1	0	1	2	0	0	6
AGRICOLTURA	0	0	1	2	2	0	0	5
TERZIARIO	1	0	0	0	1	0	1	3
<b>TOTALE</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

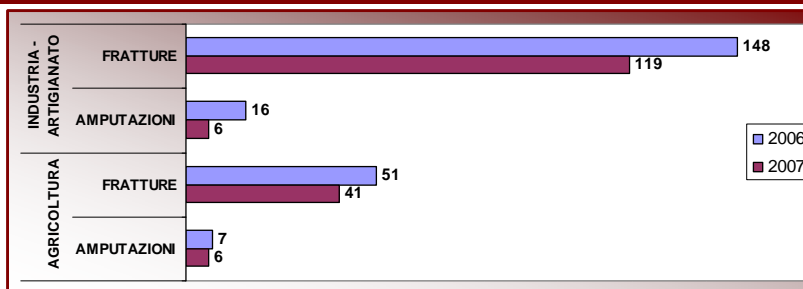
Nel Grafico 1.62, sono evidenziate le dinamiche d'infortunio più frequenti, registrate durante il 2007, secondo la "modalità dell'evento", per i settori primario e secondario.

**Grafico 1.62 - Infortuni più frequenti nell'ambito dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**



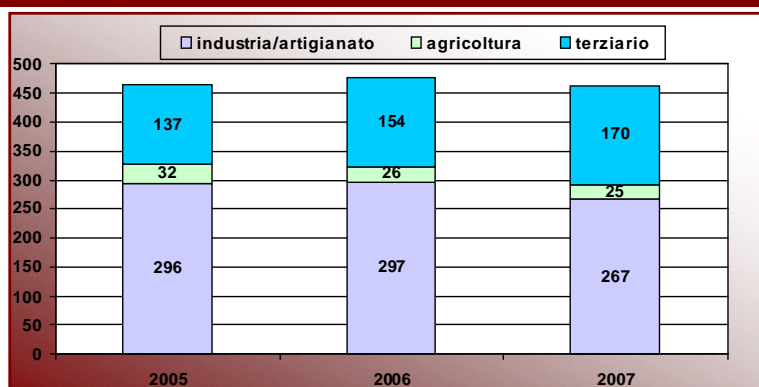
Nel Grafico 1.63, si rappresenta la numerosità degli infortuni con esito clinico grave: anche secondo tale "vista", tra 2006 e 2007, si registra una riduzione.

**Grafico 1.63 – Esiti clinici più gravi conseguenti gli infortuni nell'ambito dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**



Sempre l'Eurispes – sulla base dei dati 2005 – ha calcolato che il tasso medio di denunce per infortunio, tra i lavoratori immigrati, è pari all'11,7%, sostanzialmente sovrapponibile a quello dei decessi (12%): ciò indica chiaramente che numerosi incidenti accorsi a persone straniere non vengono denunciati, oltre alla dimensione misconosciuta dei clandestini e del lavoro in nero. Di seguito si propone l'approfondimento relativo agli infortuni di residenti stranieri, registrati durante il 2007, nel territorio dell'AUSL di Imola.

**Grafico 1.64 - Infortuni dei lavoratori stranieri nell'ambito dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**



Il trend 2005-2007 è ovviamente analogo all'andamento complessivo riportato nella tabella di Figura 1.60: per la significanza più complessiva dell'intero fenomeno degli infortuni dei lavoratori stranieri valgono comunque le considerazioni dello Studio Eurispes, anche per il territorio aziendale.

### 1.7.3 Infortuni domestici

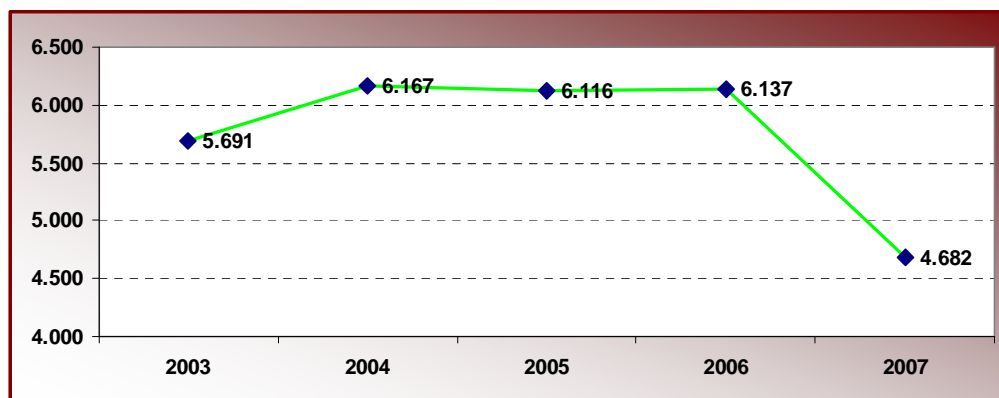
Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi consegue, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

In generale, non è facile avere stime concordanti sul fenomeno, in quanto la stessa definizione di "caso" non è univoca nei diversi flussi informativi e le classificazioni difformi sono molto frequenti. Anche con riferimento alla fonte utilizzata per valutare il fenomeno nel territorio dell'Azienda USL di Imola - accessi al Pronto Soccorso classificati e codificati, nel *database*, come provocati da "incidenti domestici" – il dato può essere influenzato dalle diverse modalità e criteri di codifica. Per questo motivo, l'apparente drastica riduzione del numero assoluto di infortuni rilevata per l'anno 2007 va valutata con la necessaria prudenza, e sottoposta a ulteriori verifiche.

Ciò detto, dai dati esposti nella tabella di Figura 1.65 emerge un numero di infortuni annuali pari a 6.132 nel 2006, e 4.682 nel 2007, di cui rispettivamente 278 e 234 esitanti in ricovero ospedaliero.

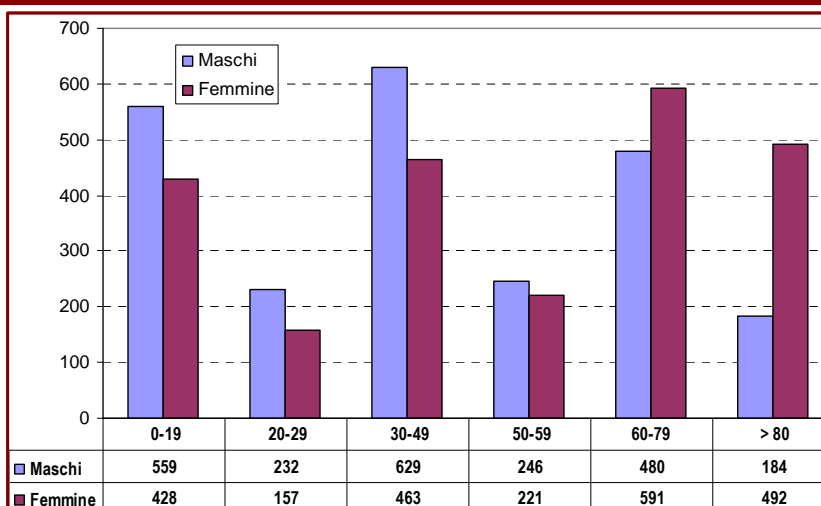
**Figura 1.65 – Accesso al Pronto Soccorso dell'Azienda USL di Imola, per infortuni domestici, distinti per esito. Periodo 2003-2007**

ESITO	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
Al curante per proseguire cure	5.129	90,1%	5.461	88,6%	5.405	88,4%	5.492	89,5%	4.063	86,8%
Ricoverato	273	4,8%	303	4,9%	308	5,0%	278	4,5%	234	5,0%
Abbandona P.S.	79	1,4%	125	2,0%	127	2,1%	171	2,8%	168	3,6%
Non si ripresenta in PS	64	1,1%	66	1,1%	51	0,8%	58	1,0%	61	1,3%
Al curante per competenza	3	0,1%	117	1,9%	122	2,0%	0	0,0%	0	0,0%
Giunto cadavere	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Osservazione in Medicina Urgenza/OBI	125	2,2%	81	1,3%	88	1,4%	129	2,1%	134	2,9%
Trasferito	5	0,1%	7	0,1%	2	0,0%	2	0,0%	5	0,1%
Rifiuta ricovero	12	0,2%	7	0,1%	11	0,2%	7	0,1%	17	0,4%
Deceduto in P.S.	0	0	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Totale</b>	<b>5.691</b>		<b>6.167</b>		<b>6.116</b>		<b>6.137</b>		<b>4.682</b>	
<b>Var. % sull'anno precedente</b>	<b>-10,1%</b>		<b>8,4%</b>		<b>-0,83%</b>		<b>0,3%</b>		<b>-23,7%</b>	



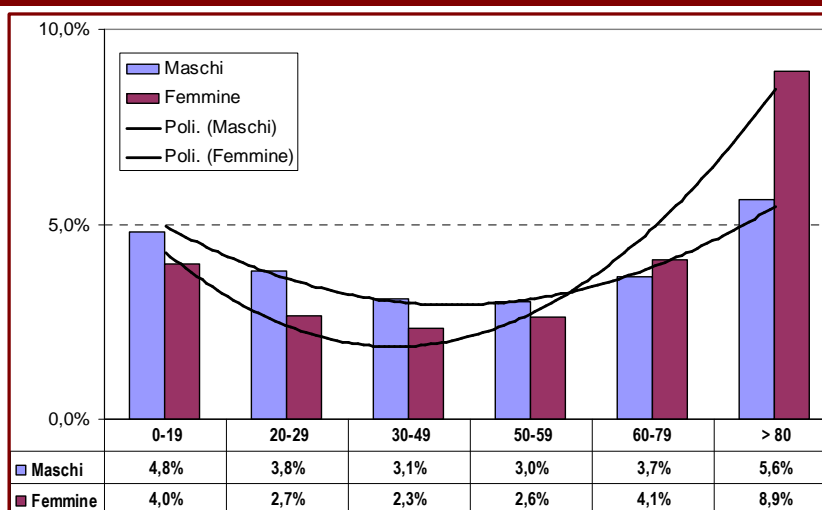
Analizzando il fenomeno degli infortuni domestici nel territorio aziendale per fasce di età e genere, emergono alcune considerazioni interessanti (Grafici 1.66 e 1.67).

**Grafico 1.66 - Infortuni domestici nel territorio dell'AUSL di Imola, per fasce d'età e genere. Anno 2007**



In valore assoluto, il numero di infortuni domestici più elevato si riscontra:

- nei maschi, con età compresa tra i 30 e i 49 anni;
- nelle femmine, con età compresa tra i 60 e i 79 anni.

**Grafico 1.67 – Rischio di Infortunio domestico, nel territorio dell'AUSL di Imola, per fasce d'età e genere. Anno 2007**

Di maggiore interesse è l'analisi delle occorrenze di infortuni rapportata alla numerosità della popolazione, che esprime il "rischio di infortunio per fascia di età": in particolare, si osserva un andamento del "rischio di infortuni domestici" prima decrescente, poi crescente, che raggiunge i valori massimi nella fascia >80 anni; il picco riguarda le donne *over* 80 anni ed è molto rilevante, a maggior ragione se si considera la numerosità relativa della popolazione femminile in età avanzata. L'indice di rischio molto elevato - probabilmente associato anche alla condizione di "famiglia uni personale" - fa da moltiplicatore rispetto alla numerosità, determinando un'area critica, in termini di assorbimento di risorse e intensità d'intervento, per il Sistema Sanitario di erogazione.

