

PROFILO DI COMUNITÀ

ANNO 2013



COMUNI DI:

FORLÌ

FORLIMPOPOLI

BERTINORO

MELDOLA

CIVITELLA

GALEATA

SANTA SOFIA

PREDAPPIO

PREMILCUORE

CASTROCARO TERME

DOVADOLA

PORTICO SAN BENEDETTO

ROCCA SAN CASCIANO

MODIGLIANA

TREZZIO

Indice

<i>Introduzione</i>	p.	4
<i>1. Chi siamo, dove viviamo, come stiamo</i>		
- Il contesto locale	p.	5
- Il contributo degli immigrati	p.	8
- Dove viviamo?	p.	9
- Come stiamo?	p.	11
- Le principali cause di morte	p.	14
- Le malattie mentali	p.	15
- Le malattie infettive	p.	16
- Alcuni gruppi di popolazione a rischio	p.	16
- Sicurezza	p.	18
- Ci occupiamo della nostra salute?	p.	19
<i>2. Quali risorse, condizioni e comportamenti di vita quotidiana</i>		
<i>Economia e lavoro</i>	p.	19
- Mercato del lavoro	p.	21
- Risparmi finanziari, crediti e debiti delle famiglie	p.	27
- I consumi delle famiglie	p.	27
- Formazione ed Istruzione	p.	28

1. Chi siamo, dove viviamo, come stiamo

Introduzione

Il primo capitolo di questa riedizione del Profilo di Comunità del territorio forlivese, a cinque anni di distanza dalla prima stesura realizzata nel 2008 a supporto del 1° Piano territoriale per la salute e il benessere, non si discosta in maniera sostanziale dall'edizione originale: tutti i dati riportati sono ovviamente aggiornati, ma non vi sono modifiche rilevanti almeno per quanto riguarda impostazione, criteri descrittivi e scelte di fondo.

E' naturale che sia così visto che in 5 anni non mutano in maniera significativa né i trend demografici, i dati epidemiologici e tanto meno variano le caratteristiche geografiche del territorio e lo sviluppo urbanistico ed infrastrutturale.

C'è un'unica significativa eccezione: la situazione economica; mentre l'edizione del 2008 fotografava un territorio con evidenti "segnali di crescita e di sviluppo" seppure meno eclatanti e tumultuosi rispetto ad altre aree della regione, la fotografia attuale presenta inevitabilmente i segni della più grave crisi economica degli ultimi 20 anni di cui abbiamo cercato di leggere i primi segnali anche se gli effetti diretti sulla salute e sul benessere (v. capitolo 1) rispetto agli indicatori socioeconomici (v. capitolo 2) sono sicuramente più lenti a comparire e non immediatamente misurabili in termini statistico-demografici ed epidemiologici.

Il contesto locale

L'ambito del comprensorio forlivese, seppure di piccole dimensioni, rappresenta un territorio di grande interesse per le sue peculiarità e per i risultati raggiunti: rimane tuttora fra le realtà più sviluppate della regione ed appare meno di altre piegata dalla crisi, forse per una certa lentezza che caratterizza nel nostro territorio il manifestarsi di taluni fenomeni socio-economici ed anche demografici.

Non è probabilmente un caso se la 24° edizione della classifica predisposta per il "Sole 24 ORE" sulla qualità della vita nel 2013 assegna alla provincia di Forlì-Cesena la 15° posizione, contro la 25° del 2012. Il welfare e l'economia del nostro territorio appaiono dunque maggiormente solidi, perlomeno alla luce degli indicatori utilizzati in questa rilevazione, tanto da consentirci di tenere migliori posizioni di fronte al tracollo di altre zone d'Italia. Ciò a fronte di parametri economici sostanzialmente negativi (v. capitolo 2) e nonostante la percezione sempre più diffusa che "le cose vadano male".

In realtà ciò che consente finora al nostro territorio di guadagnare posizioni in questa particolare classifica, come del resto ad altre realtà regionali (Bologna è addirittura 4°), al di là delle precarie condizioni economiche e della percezione negativa di una fetta consistente della popolazione, è la buona dotazione dei servizi e delle strutture non solo sociali e sanitarie con punte di eccellenza e con una solida tradizione e integrazione pubblico/privato e la sostanziale tenuta del tessuto sociale.



Comprensorio forlivese		
Superficie	1.262 kmq	5,6% di RER
Popolazione	188.357 ab.	4,2% di RER

La maggior parte della popolazione vive in pianura...

In un territorio relativamente piccolo (il 5,6% della regione) risiede il 4,2% della popolazione regionale, con un'alta concentrazione nel comune capoluogo (63%) e una bassa densità abitativa dei comuni collinari e montani che, associata al fenomeno dell'invecchiamento di tali popolazioni e alla peculiare configurazione geografica, richiede di presidiare l'equità distributiva dei servizi. Occorre tenere presente infatti che ben 8 dei 15 Comuni distano più di 30 km da Forlì, dove è presente gran parte dei servizi ospedalieri e delle tecnologie; e che alcuni di questi, come Modigliana e Tredozio, situati nella Vallata del Tramazzo, sono per la conformazione geografica del territorio e lo sviluppo della rete viaria "naturalmente" orientati verso ambiti territoriali del comprensorio ravennate.

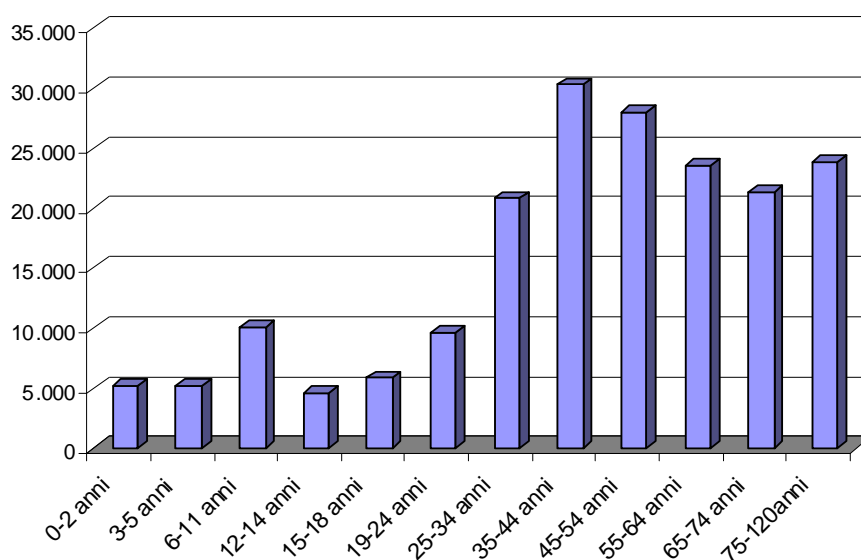
...cresciamo lentamente e rallenta anche il numero delle nascite...

La popolazione del comprensorio forlivese negli ultimi dieci anni è cresciuta (8,4%), a ritmi inferiori a quelli regionali (10,1%), avendo tuttora dei saldi naturali negativi compensati solo in parte dall'immigrazione.

Il fenomeno dell'immigrazione soprattutto nei primi anni ha contribuito a compensare il saldo negativo e ad innalzare il tasso di natalità, mentre negli ultimi anni il trend di crescita sia per quanto riguarda il numero di stranieri sia per quanto riguarda il tasso di natalità ha subito una netta contrazione.

La crescita riguarda soprattutto la popolazione della pianura e della vicina collina come nei comuni di Bertinoro con un incremento del 19,8%, Forlimpopoli (+14,4%), Galeata e Meldola (+9,4%) invece la popolazione si riduce significativamente: nei comuni di montagna Premilcuore (-9,1%) Portico e San Benedetto (-6,3%).

1. Popolazione residente per fasce d'età – comprensorio forlivese al 01/01/2013



A partire dal 2008, riprende il fenomeno della diminuzione delle nascite.

Nel 2012 il tasso grezzo di natalità del comprensorio forlivese è in riduzione, in linea con il quadro regionale (circa 9,0 per mille): i tassi più elevati si riscontrano a Galeata, Bertinoro e Santa Sofia.

I bambini stranieri (0-6 anni) sono circa il 20% della popolazione infantile. L'andamento delle nascite è infatti imputabile in larga misura all'incremento di presenza di donne straniere in età feconda, in percentuale superiore rispetto alle donne italiane.

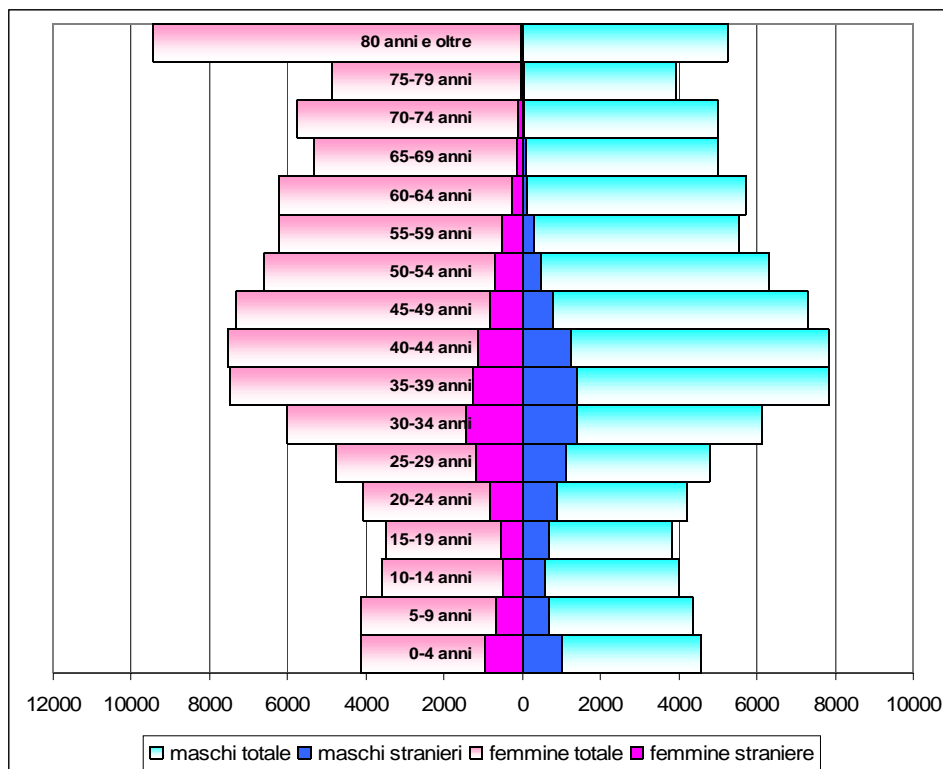
Da notare che le madri straniere sono in genere più giovani rispetto a quelle italiane: il 32,4% ha un'età compresa fra i 25-29 anni, mentre per le italiane i due terzi delle partorienti ha più di 30 anni.

Il tasso di fecondità della provincia di Forlì-Cesena è pari a 1,46 figli per donna, con valori molto diversi fra italiane e straniere; i valori sono ancora lontani da quello, di poco superiore a 2, considerato necessario a garantire il ricambio generazionale e la stabilità della popolazione, dati gli attuali livelli di mortalità.

...ma siamo sempre più longevi...

La piramide di età mostra chiaramente la consistenza crescente delle fasce di popolazione più anziane fenomeno da tempo in atto e solo in parte mitigato dai flussi migratori.

2. Popolazione residente – comprensorio forlivese al 01/01/2013



Il dato come noto ha una certa rilevanza in quanto si calcola che oltre il 50% delle risorse del S.S.N. sono dedicate all'assistenza agli ultra 65enni.

Nell'ultimo decennio l'indice di vecchiaia¹ del territorio forlivese ha subito una forte riduzione (da 211,6 del 01.01.2003 a 180,7 del 01.01.2013), anche se resta nettamente superiore a quello dell'area vasta Romagna (168,2 al 01.01.2013) e della Regione (pari a 188,6 nel 2003 e 168,9 nel 2013). Per l'intera Provincia di Forlì-Cesena l'indice di vecchiaia è passato da 181,6 del 2003 a 167,2 del 2013.

3. Distribuzione % della popolazione per classe di età – comprensorio forlivese al 01/01/2013

	0-14	15-44	45-64	65-74	75+	Indice di vecchiaia
Forlì	13,3%	35,4%	27,3%	11,3%	12,7%	180,7
AVR	13,5%	35,9%	27,9%	10,9%	11,8%	168,2
RER	13,5%	35,9%	27,8%	10,9%	11,9%	168,9

¹ Indice di vecchiaia: rapporto tra residenti di età ≥ 65 e residenti di età ≤ 15 anni

In particolare la presenza di grandi anziani ultra 75enni e ultra 85enni è un fenomeno in crescita nel tempo, più accentuato per le zone montane rispetto a quelle di pianura e collina. (All'1/1/2013 nel nostro comprensorio risiedono ben 104 centenari, tra cui una signora di 111 anni).

La popolazione definita "anziana", cioè tra i 65 ed i 74 anni che rappresenta il 11,3% è una popolazione che ha davanti a sé ancora consistenti speranze di vita (al 65° compleanno, circa 18 anni gli uomini e 22 le donne).

Si tratta dunque di un gruppo demografico che può rappresentare "criticità assistenziali" sul piano individuale e collettivo ma che occorrerebbe viceversa valorizzare come risorsa per se stessi (il prendersi cura) e per la società attraverso il loro impegno nel volontariato e nella sussidiarietà.

Per i "grandi anziani", oltre i 74 anni, che nel comprensorio forlivese hanno un peso estremamente elevato (13,9% rispetto al 12,9% regionale) occorre avere particolare attenzione programmatica perché, se diversi studi hanno accertato che il picco di spesa sanitaria per individuo si concentra negli ultimi mesi della sua vita, tutti i dati statistici confermano che le disabilità e le malattie croniche aumentano con l'età e che lo stesso mantenimento in buona o accettabile salute comporta più frequenti ed estesi interventi sia di prevenzione che curativi e farmacologici.

Fra i giovani che crescono poco e gli anziani sempre più numerosi, si colloca una popolazione attiva, in età lavorativa (pari al 62,7%) inferiore a quella regionale (63,8%).

Di conseguenza l'indice di dipendenza strutturale (o totale) del comprensorio forlivese è superiore a quello regionale (59,4 contro 56,9) e, a causa della maggior presenza di anziani, assume il valore più elevato nelle zone montuose (pari a circa 74 persone non attive ogni 100 attive). In generale, in tutti i comuni del comprensorio, a 100 abitanti potenzialmente attivi corrisponde un numero pari a più della metà di individui non attivi.

Il contributo degli immigrati

La crescente presenza di stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) è una delle caratteristiche demografiche più significative dell'ultimo decennio.

I flussi migratori, in aumento costante negli anni, si connotano per la varietà nelle aree geografiche di provenienza e nelle caratteristiche socio-demografiche, nettamente diverse rispetto alla popolazione residente.

La popolazione straniera rappresenta ormai circa il 12% della popolazione totale (dato lievemente inferiore alla media regionale (12,3%) ed è quasi raddoppiata rispetto al 2007 (6,8%); con un tasso di crescita inizialmente più lento rispetto ad altre realtà regionali che si è accentuato nell'ultimo quinquennio per poi ritornare nel 2012 al di sotto della media regionale.

Anche se la maggioranza risiede ancora nel capoluogo, i più recenti flussi migratori si orientano verso quei comuni del comprensorio dove è più facile reperire alloggi a costi sostenibili e migliori opportunità lavorative di conseguenza la distribuzione sul territorio è disomogenea: a Galeata gli stranieri sono circa il 22,5% della popolazione, circa il 15% negli altri comuni della Valle del Bidente, intorno al 7% nell'alta Valle del Montone e del Marzeno.

Le caratteristiche socio demografiche, sostanzialmente non dissimili dal resto della regione (anche se spesso comparse in lieve ritardo rispetto ad altre realtà regionali) descrivono una popolazione immigrata che:

- è nettamente più giovane rispetto alla popolazione italiana: 22% minorenni, popolazione in età lavorativa oltre il 70%, appena 1% di ultra sessantacinquenni.
- è eterogenea rispetto alle aree geografiche di provenienza: da segnalare negli ultimi anni il sorpasso di Romania e altri paesi dell'Est Europa su Albania e Nord Africa come aree di provenienza. Relativamente costante la componente cinese (intorno al 10%).
- vede in crescita progressiva la componente femminile che nel 2011 ha superato il 50% per i ricongiungimenti familiari e le opportunità di lavoro nel settore dell'assistenza, si tratta di donne

in età fertile che apportano un notevole contributo al tasso di natalità (1/3 dei nuovi nati è straniero).

- mostra una marcata tendenza alla stabilizzazione: elevato numero di soggiornanti di lungo periodo (oltre il 37%), titolari di imprese nel settore dell'edilizia, commercio e attività manifatturiere, iscrizione al SSN oltre l'85%.

Nell'ultimo biennio i segnali della crisi economica si stanno tuttavia facendo sempre più evidenti con una significativa riduzione del tasso di incremento della popolazione, aumento dei disoccupati, riduzione negli avviamenti al lavoro, soprattutto nel settore industriale e per la prima volta nel decennio una contrazione (-13%) nel numero dei titolari d'impresa. Tutti fenomeni peraltro che appaiono meno evidenti rispetto alla popolazione italiana.

Dove viviamo?..

..contrastare l'ambiente insalubre e costruire un ambiente che induca comportamenti di popolazione più salutari..

Crescono sempre più le evidenze scientifiche e la diffusa consapevolezza degli effetti negativi che mutamenti ambientali e condizioni economiche provocano sulla salute della collettività o su alcuni gruppi di popolazione più fragili, più esposti, o più svantaggiati.

Occorre quindi tenere conto dei determinanti ambientali e socio economici anche se intervenire direttamente sui contesti ambientali e socioeconomici non è competenza del Sistema del Welfare e dei Servizi sanitari, quanto piuttosto, in una logica di approccio intersettoriale, riguarda l'insieme delle politiche di sviluppo del territorio, per cui esistono già linee di indirizzo, strumenti programmatici, sistemi di responsabilità definiti sia a livello sovralocale (direttive europee, piano di sviluppo regionale) sia locale (PTCP) particolarmente avanzati, fra l'altro sostenuti da strumenti conoscitivi accurati e dettagliati.

La nostra attenzione sarà quindi rivolta soprattutto all'ambiente costruito e agli ambienti interni (case, scuole etc.) in cui ridurre i rischi per la salute presenti negli ambienti di vita e di lavoro rientra sicuramente fra gli obiettivi possibili di un piano per la salute e il benessere e nei programmi specifici di intervento, sia individuali che collettivi, nei confronti di specifici gruppi di esposti (lavoratori, comunità, anziani, malati).

Le matrici ambientali (aria, acqua, suolo, ecc..) sono presidiate e presentano analoghi indici rispetto al resto della Regione e dell' area padana, con alcuni miglioramenti rispetto alla qualità dell'aria (PM10 ed ozono), e rallentamento di alcuni fenomeni (produzione rifiuti).

Soprattutto nel settore della gestione dei Rifiuti sono stati compiuti nel quinquennio sensibili passi avanti, in particolare per lo sviluppo in molti comuni di programmi di raccolta differenziata che hanno sicuramente migliorato l'impatto ambientale e avvicinato il territorio agli standard previsti dall'Unione Europea e contribuito a rasserenare le relazioni fra amministrazioni e una parte dell'opinione pubblica.

Due sono state in particolare le priorità del Comune di Forlì: ridurre la produzione di rifiuti e favorire l'applicazione della corretta gerarchia di trattamento dei rifiuti che prevede il riuso, il recupero, il riciclo e solo per la parte residuale lo smaltimento attraverso discariche o inceneritori. Vista l'importanza, dal 2011 è attivo il modello di raccolta dei rifiuti "porta a porta" con dati che, già dal primo semestre 2011, mostrano un aumento significativo per quanto riguarda la raccolta differenziata dal 48% del 2009 al 56% del 2011.

In estrema sintesi possiamo affermare che la popolazione del comprensorio vive in un contesto urbanistico-ambientale che, complessivamente valutato, pare sovrapponibile a quello regionale; tuttavia si rilevano alcune criticità già oggetto di attenzione nella programmazione settoriale locale (PTCP e PSC) per quanto riguarda ad esempio le infrastrutture viarie a supporto dei nuovi insediamenti di servizi sanitari o sociosanitari (IRST) e le dismissioni degli insediamenti produttivi

che insistono sul territorio di pianura fortemente antropizzato (ORBAT, ex-Eridania ecc.). Dal quadro conoscitivo del PTCP così come dai Piani tematici provinciali (PGQA, PPGR e P. Energetico) emerge una sintesi descrittiva dell'Ambiente costruito, che insiste molto sulla razionalizzazione delle Infrastrutture, in particolare di quelle viarie (mobilità) secondo un duplice fine assolutamente rispondente ai criteri del Piano della Prevenzione regionale:

a) creare flussi di scorrimento del traffico pesante sempre più periferici nei confronti dei centri urbani e residenziali;

b) rendere più sicure le strade di ogni ordine e grado mediante percorsi protetti per ciclisti, pedoni e utenti "fragili" e razionale impiego di sistemi di dissuasione della velocità ;in tale quadro rientrano i percorsi dei nuovi assi di arroccamento per la città di Forlì ; i miglioramenti della viabilità di vallata con collegamento tra le vallate e riduzione dei punti critici per frequenza di incidenti;

Da non trascurare infine quelli che vengono definiti interventi minori, che producono effetti locali, quali rotatorie, attraversamenti, percorsi ciclopedonali, che originano dalla progressiva attuazione dei comparti attuativi e che contribuiscono comunque alla fluidificazione del traffico, e alla messa in sicurezza dell'utenza debole (biciclette e pedoni).

Nella prospettiva di uno sviluppo sostenibile sul piano ambientale, ancora molto può essere fatto con gli strumenti di pianificazione territoriale in ogni Comune del comprensorio, per ridurre quel fenomeno di sfruttamento del territorio di pianura, certamente meno marcato rispetto ad altre realtà regionali, si presenta oramai come un unico insediamento diffuso a bassa densità (sprawl urbano) percorso da una fitta rete stradale.

Le scelte indicate nel Piano territoriale regionale orientano la pianificazione su tre linee di intervento: Reti ecologiche di connessione, Contenimento dell'espansione degli insediamenti residenziali e produttivi, Sviluppo delle reti urbane.

Tali linee che vedono la provincia di Forlì-Cesena in condizioni più favorevoli anche rispetto ad altre aree regionali a sviluppo particolarmente avanzato, delineano un nuovo modo di gestione del territorio fondato sulla stretta integrazione fra sviluppo e conservazione dell'ambiente naturale sicuramente meno conflittuale con le ragioni della salute rispetto al passato e in grado di indurre comportamenti più salutari, ovvero:

- contrastare la dipendenza dall'uso dell'automobile nella mobilità: gli spostamenti connessi alla vita quotidiana (percorsi casa-scuola-lavoro-spesa-svago) sono prevalentemente compiuti con l'autoveicolo privato (e per lunghe distanze) comportamento che introduce barriere fisiche invalicabili alle relazioni tra le persone;
- incentivare la mobilità a piedi ed in bicicletta (esercizio fisico): il camminare, conversare e giocare in strada sono state scoraggiate dai pericoli presenti, dall'angustia degli spazi, dal rumore e dall'assenza di fini per cui camminare, se non l'esercizio fisico stesso;
- favorire la rete di relazioni locali; del senso di appartenenza e di identità locale; del controllo sociale del territorio. Anche su questi aspetti si sono realizzati nell'ultimo quinquennio significativi progressi sia per quanto riguarda la disponibilità di strutture (percorsi "ecologici", "piste ciclabili") sia rispetto al crescente interesse della popolazione per le problematiche ambientali.

Appare essere tuttora in crescita e apparentemente resistente alla difficile congiuntura. lo sviluppo dell'agricoltura ecosostenibile che vista la vocazione agricola del nostro territorio presenta interessanti risvolti economici e non solo dal punto di vista della salute e del benessere.

Concludiamo con un cenno alla crisi che, se da un lato è verosimilmente suscettibile di ridurre la pressione antropica sulle matrici ambientali, dall'altro, può ritardare le opere di ripristino e di contenimento del degrado per le ridotte disponibilità economiche da destinare alla manutenzione sia nel settore pubblico che privato.

Come stiamo?

..abbastanza bene...

In questo contesto socio-economico, lo stato di salute della popolazione forlivese si può considerare complessivamente soddisfacente, fenomeno comune a tutti i paesi industrializzati, ciò discende, in buona parte dal miglioramento delle condizioni socio-economiche e quindi del tenore di vita della popolazione verificatosi negli ultimi decenni, in minor misura, dalla qualità dell'assistenza sanitaria. Uno degli indici più significativi è sicuramente la speranza di vita, più che raddoppiata in un secolo e cresciuta ancora di oltre un anno nell'ultimo decennio: la speranza di vita alla nascita è oggi pari a circa 80 anni per gli uomini e 85 per le donne.

Ciò premesso, sappiamo bene che le malattie non sono scomparse, sono cambiate e che la qualità aggiunta non è sempre ottimale ed è condizionata dalla percezione soggettiva di salute e benessere, cui concorrono diversi fattori.

Ad esempio, i dati locali dello studio nazionale Passi mostrano che una percezione negativa dello stato di salute è più diffusa nelle donne e nelle classi d'età più avanzata, confermando così i dati dell'indagine multiscopo ISTAT. A Forlì il 68% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, valore in linea con la media regionale.

In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute:

- i giovani nella fascia 18-34 anni;
- gli uomini;
- le persone con alta istruzione;
- le persone senza patologie severe.

Si tratta di risultati in linea con le aspettative; che confermano da un lato la rispondenza della percezione di salute alle reali condizioni e dall'altro alcune differenze di genere nell'approccio ai problemi e l'influenza di determinanti socio economici, come l'istruzione, sulla percezione del rischio.

E' proprio su questi aspetti in particolare che è lecito aspettarsi i primi impatti negativi sulla salute causati dalla crisi economica e, soprattutto dal generale senso di insicurezza e fragilità che l'incertezza economica determina in fasce crescenti di popolazione.

Se è vero infatti, come spiegato in premessa che in generale gli effetti diretti sulla salute e sul benessere sono più lenti a comparire è altrettanto vero che le esperienze acquisite in precedenti situazioni ci consentono di ipotizzare qualche rischio per il prossimo futuro

Anche se i fenomeni a livello locale non sono ancora rilevabili è perciò lecito prevedere che con un 1/3 della popolazione a rischio di scivolare sotto la soglia della povertà assoluta o relativa (Dati Istat e Caritas) e i livelli di disoccupazione raggiunti anche nel nostro territorio potrebbero verificarsi alcuni dei fenomeni già segnalati in letteratura: rischio crescente di suicidi, aumento di disturbi mentali, malattie cardiovascolari e in generale della mortalità, di alcuni comportamenti a rischio e minore attenzione al prendersi cura nelle persone disoccupate o a rischio disoccupazione.

Due ragioni peraltro ci possono indurre a un cauto ottimismo: le caratteristiche della nostra economia di tipo misto (non tutti i settori subiscono allo stesso modo gli effetti della crisi) e/o con ritmi di crescita relativamente lenta (le economie a più rapida espansione possono essere più esposte).

La seconda ragione è la sostanziale tenuta della coesione sociale e il peso della integrazione fra sistema pubblico, il terzo settore e volontariato sociale nel welfare del nostro territorio.

La sussidiarietà può rappresentare infatti, al di là delle misure cosiddette strutturali una efficace protezione nei confronti degli effetti della crisi soprattutto nei confronti degli individui e delle fasce più deboli della popolazione

Se poi teniamo presenti risultati ormai acquisiti dalla ricerca epidemiologica internazionale che fa notare come non sia il reddito assoluto ma le disuguaglianze nella distribuzione della ricchezza (indice di Gini) a causare i maggiori effetti negativi per la salute, nella programmazione non appare

assurdo sostenere che il punto cruciale dei servizi sociali e sanitari è il problema dell'equità distributiva: una delle principali caratteristiche della crisi attuale è infatti una distribuzione della ricchezza e dei privilegi molto più diseguale e percepita come iniqua rispetto al passato.

Il problema non è certamente solo locale: Si tratta di una tra le maggiori sfide per i sistemi sanitari dei paesi economicamente avanzati in quanto è ormai chiaro che miglioramenti nella salute della popolazione generale non possono essere raggiunti senza sforzi aggiuntivi per ridurre le iniquità sociali nella salute.

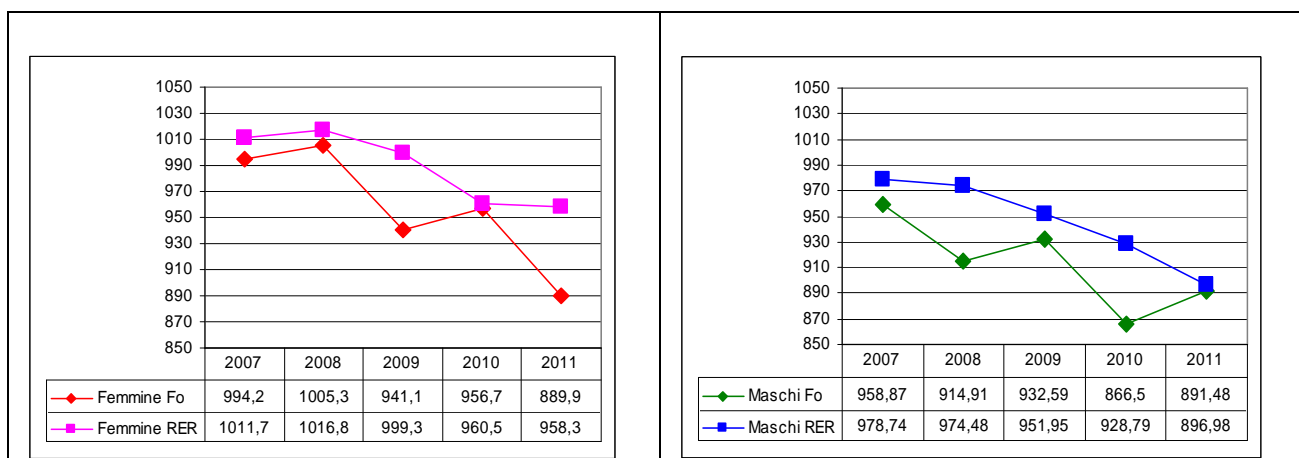
...si muore di meno e sempre più vecchi...

Tuttora non disponiamo di un sistema di analisi dei fattori protettivi e tanto meno degli esiti positivi dei comportamenti dei singoli o delle collettività.

Gli indicatori classicamente usati per rappresentare lo stato di salute di una popolazione, basati su mortalità e ricoveri ospedalieri pur rappresentando la punta dell'iceberg del fenomeno, sono spesso gli unici disponibili o sufficientemente affidabili e ci consentono di confrontare la diffusione delle malattie fra le varie popolazioni e di monitorarne l'evoluzione nel tempo; i più significativi sono:

- la ripresa della natalità e degli indici di fertilità della popolazione, come già documentato,
- l'alta speranza di vita alla nascita con un divario fra generi a favore del genere femminile attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte
- tassi di mortalità in costante e lento decremento a valori mediamente inferiori a quelli regionali; se analizzati per causa evidenziano come circa il 40% dei decessi nell'Azienda UsI di Forlì è determinato da malattie del sistema circolatorio, seguite dai tumori (27%), che costituiscono rispettivamente il 23,8% dei decessi femminili e il 31% di quelli maschili, poi in ordine decrescente seguono le malattie dell'apparato respiratorio, i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso. In particolare il tasso di mortalità infantile, parametro molto importante in quanto costituisce un indicatore del livello di sviluppo di un paese in relazione alle sue caratteristiche sanitarie, sociali ed ambientali, risulta del 2,8 per mille, valore inferiore a quello regionale pari a 3,2 per mille residenti nati vivi. La lettura dei problemi di salute basata su indici di mortalità porta con sé un rischio molto evidente di distorsione: fotografa un apice ma non fornisce indicazioni sul numero di soggetti a rischio e di ammalati né sulla diffusione, sulla durata e sulle conseguenze invalidanti della malattia. Poiché siamo di fronte a malattie croniche, non necessariamente ad alta letalità questa distorsione è potenzialmente ancora più evidente soprattutto per quanto riguarda i costi del sistema sanitario da una parte e la qualità della vita degli individui dall'altra.

4. Tassi standardizzati per età per tutte le cause di morte - Comprensorio di Forlì e Regione E.R specifici per sesso Periodo 2007-2011



- tassi di “Mortalità evitabile” sostanzialmente in linea con i dati regionali, che consentono di individuare alcune priorità d’intervento. La mortalità evitabile rappresenta infatti tutti quei decessi che si sarebbero potuti evitare, in virtù di adeguati programmi di prevenzione e/o grazie ad un corretto intervento diagnostico, terapeutico o riabilitativo (prevenzione primaria, secondaria e terziaria), consentendo di stimare i guadagni di salute potenzialmente ottenibili con adeguate azioni preventive. Le principali aree critiche, in base all’indicatore degli anni medi di vita potenzialmente persi sono: i tumori alle vie respiratorie in cui si incrementa il dato negativo per le donne in associazione all’aumento dell’abitudine al fumo, sia a Forlì che in regione, le patologie cardiovascolari, in cui ancora sembrano esistere margini di recupero per il sesso maschile ed infine l’incidentalità stradale, soprattutto nelle fasce giovani, che sembra riguardare nel nostro territorio anche il genere femminile.

.. stiamo vivendo gli effetti della “transizione epidemiologica”..

Come è noto, durante il secolo scorso in tutti i paesi a sviluppo avanzato le malattie cronicodegenerative, in particolare malattie cardiovascolari e tumori, hanno sostituito le malattie infettive, come principale causa di morte; queste patologie, un tempo definite “dell’opulenza”, per la loro stretta correlazione con la mortalità delle fasce sociali privilegiate, si sono progressivamente concentrate, fino a dilagare, negli strati più svantaggiati delle ricche popolazioni occidentali, che anzi rappresentano attualmente i gruppi di popolazione a più alto rischio.

Fra le caratteristiche di queste patologie due in particolare assumono grande rilevanza:

- la multifattorialità, cioè l’esistenza di numerosi fattori di rischio, legati alle abitudini di vita, alle condizioni ambientali e socio-economiche, alle caratteristiche biologiche degli individui, che possono essere presenti in misura variabile in ciascun individuo e giocare un ruolo più o meno significativo sui tempi di insorgenza e sulla gravità della malattia. Questa variabilità ostacola la raccolta di evidenze sperimentali univoche sui rischi per la salute, spiegando in parte il ritardo con cui le acquisizioni scientifiche hanno ricadute su programmi, servizi e sui comportamenti della popolazione;
- la cronicità, cioè un’evoluzione nel tempo caratterizzata da un lungo periodo di latenza, da uno sviluppo progressivo e dalla impossibilità di completa guarigione e di totale remissione una volta che la malattia si sia instaurata, l’allungamento della speranza di vita comporta

inevitabilmente come effetto collaterale il prolungarsi della fase di cronicità e il crescere dei costi per l'assistenza sanitaria.

Queste “evidenze epidemiologiche” che già costituivano i presupposti della Riforma da cui è nato 30 anni fa il Servizio Sanitario Nazionale, rappresentano anche le ragioni dell'evoluzione dei modelli di assistenza sanitaria che si sono andati lentamente sviluppando e affermando nell'ultimo decennio:

- la salute come processo dinamico e permanente, non uno status da difendere ma una condizione da promuovere e migliorare nel corso dell'intera esistenza;
- il ruolo della prevenzione come compito di tutti gli operatori sanitari nelle sue tre dimensioni (prevenzione primaria, tempestività della diagnosi, prevenzione delle complicanze); di questa filosofia sono espressione i Piani della Prevenzione in cui accanto agli interventi sulle giovani generazioni figurano attività rivolte alla fascia di popolazione adulta. In particolare la fascia di popolazione over 60 è ormai uno dei principali target per l'attività di prevenzione sia per quanto riguarda i comportamenti a rischio (tabagismo, obesità,) sia per la prevenzione secondaria e terziaria delle patologie cronicamente degenerative.
- un approccio integrato e la continuità dell'assistenza come perni delle strategie di gestione delle patologie croniche per impedire ulteriori aggravamenti e assicurare, oltre che la sopravvivenza, la migliore qualità della vita e una ragionevole autonomia funzionale.

Le principali cause di morte

Fermo restando quanto già segnalato rispetto ai possibili limiti dei dati di mortalità sono di seguito riportate le patologie di maggiore rilevanza a livello locale in termini di diffusione, gravità, impatto sulla salute e sui servizi sociali e sanitari.

Le malattie del sistema cardiocircolatorio: sono la principale cause di morbilità e mortalità nel nostro Paese, come in tutti i paesi UE. Il valore del tasso di mortalità è abbastanza variabile all'interno della penisola; la regione Emilia-Romagna ha un tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio pari a 28,1 decessi ogni 10000 abitanti, inferiore a quello nazionale 31,2 ogni 10000 abitanti.

Le differenze di genere a livello regionale confermano il generale vantaggio delle donne, e nel caso della nostra Regione quindi vi è un forte vantaggio anche per gli uomini.

Nella nostra provincia si registra un tasso di mortalità ancora più basso pari a 26,6 decessi ogni 10000 abitanti.

I tumori rappresentano la prima causa di morte nella popolazione tra i 35 ed i 64 anni.

Un uomo ogni 2 e una donna ogni 3 hanno la probabilità di sviluppare un tumore nel corso della vita (fra 0 e 84 anni), mentre la probabilità di morire per tumore nello stesso periodo riguarda un uomo ogni 3 e una donna ogni 6². Il quadro delle patologie tumorali appare da una parte caratterizzato da un aumento del numero delle diagnosi in entrambi i sessi, ma dall'altra anche da una graduale diminuzione del livello della mortalità, soprattutto tenendo sotto controllo il peso della variabile età. Da diversi anni le neoplasie nel Comprensorio forlivese rappresentano la seconda causa di morte (con circa 600 morti ogni anno). Nel 2011 i decessi per tumori maligni sono 567 (il 27,4% delle morti complessive), il 31% fra gli uomini e il 24% fra le donne. Sempre nel 2011 la neoplasia del polmone, prostata, stomaco e pancreas (sono le più diffuse) negli uomini, mentre nelle donne il tumore della mammella, stomaco e del polmone.

Il tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori maligni è pari a 267,11 per 100.000 abitanti, in netta diminuzione rispetto agli anni precedenti e più basso del valore regionale (298,85 ogni 100000 abitanti). Essenzialmente la riduzione della mortalità per tumore dipende da un migliore accesso ai programmi di screening e da percorsi diagnostici e trattamenti più efficaci.

² “I numeri del cancro 2012”, banca dati AIRTUM

A differenza del quinquennio precedente, negli ultimi 5 anni è in diminuzione anche il tasso standardizzato di mortalità per tumore nelle donne.

Le malattie mentali

..verso una seconda transizione epidemiologica?

Nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, l'Organizzazione mondiale per la salute (OMS) prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati. Il Libro Verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" stima che un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una patologia mentale: le tipologie più frequenti sono i disturbi legati all'ansia ed alla depressione. Il costo socio-sanitario delle patologie mentali è notevole e si valuta attorno al 3-4% del PIL.

In Italia le malattie mentali e le malattie del sistema nervoso, prese nel loro complesso, rappresentano la terza causa di morte. I dati Istat relativi agli anni 2009 e 2010 evidenziano una prevalenza "riferita" di disturbi mentali (classificati come "disturbi nervosi") che è intorno al 4,3% per la popolazione totale e sale al 9,8% per gli ultrasessantacinquenni.

Le donne registrano in genere un rischio più alto, quasi il doppio di quello maschile. I dati dell'Osservatorio Nazionale (OSMED) evidenziano che il consumo di antidepressivi nell'ultimo decennio (2000-2009) ha avuto un incremento medio annuo del 15,6%, con un aumento dal 16,2% della dose giornaliera definita per ogni farmaco DDD (per 1.000 abitanti del 2001 al 34,7% del 2009). I dati provenienti dal "Rapporto annuale sull'attività dei ricoveri ospedalieri - Dati SDO 2009", relativi ai ricoveri ordinari per disciplina 40 (Psichiatria), mostrano che a fronte di un numero assoluto di ricoveri (120.800) il tasso di ricoveri ripetuti in psichiatria (41.111) risulta essere fra i più elevati (34,0)³.

Questi dati, in prospettiva allarmanti, rappresentano solo la punta dell'iceberg di un disagio psichico crescente. La percezione soggettiva di malessere, diffusa in strati sempre più vasti di popolazione, si traduce in fenomeni e comportamenti ampiamente documentati che stanno ormai uscendo dalla sfera di interesse delle scienze sociali per passare alle cronache e agli annuari statistici e giudiziari (consumo crescente di psicofarmaci, violenze e omicidi in ambito familiare, suicidi, stress, mobbing, stalking e burn out, bullismo e sbalzo, etc...). Occorre anche considerare il peso che fattori psicologici hanno sul determinarsi di numerose patologie organiche o sull'adozione di stili di vita a rischio. Non è quindi assurdo considerare non tanto remota la possibilità di una nuova transizione epidemiologica che veda nel prossimo futuro il sorpasso delle patologie mentali su quelle fisiche.

Del resto nella percezione della gente ciò è già avvenuto, come dimostrano i risultati dello Studio Passi.

A Forlì il 5% delle persone intervistate durante l'indagine Passi nel triennio 2010-2012 riferisce infatti di aver avuto, per almeno due settimane consecutive dei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione, valore più basso rispetto alla media regionale (7%). Per queste patologie che sono da un lato causa diretta della disabilità e mortalità che coinvolge spesso le fasce più deboli (giovani e anziani) della nostra popolazione, dall'altro indirettamente responsabili di un'esclusione sociale che alimenta le disuguaglianze, occorre rinforzare l'approccio intersettoriale dei servizi sanitari soprattutto territoriali.

³ Fonte dati: <http://www.salute.gov.it>

Le malattie infettive

Fra i fattori che più hanno inciso sul miglioramento dello stato di salute vi è senza dubbio un controllo più efficace delle malattie infettive, da attribuirsi da un lato al miglioramento delle condizioni di vita e di igiene e dall'altro allo sviluppo delle misure di profilassi soprattutto vaccinale e alla disponibilità di terapie sempre più mirate.

Le malattie infettive continuano però a minacciare pesantemente il resto del pianeta: oltre che un problema di solidarietà su scala mondiale i flussi migratori ma soprattutto la continua e rapida circolazione di merci e passeggeri da tutto il mondo rappresentano un potenziale veicolo di diffusione di “nuove patologie” (v. Chickungunya, West Nile) e una possibile causa di recrudescenza di malattie infettive che credevamo ormai debellate (v. TBC).

Anche per l'AIDS, che grazie soprattutto all'introduzione delle terapie antivirali si sta stabilizzando, va mantenuta alta l'attenzione per ridurre i nuovi casi di infezione: il Comprensorio di Forlì registra tassi di incidenza AIDS, superiori a quelli regionali. Come per la regione anche sul territorio forlivese si registra un aumento costante del numero dei casi prevalenti come conseguenza dell'aumento della sopravvivenza da imputare all'efficacia delle terapie.

Per tutte le patologie e' quindi importante mantenere desta l'attenzione: programmi vaccinali, soprattutto in età infantile, sistemi di sorveglianza, gestione tempestiva ed appropriata dei focolai epidemici si confermano i pilastri di ogni efficace strategia di controllo della malattie infettive. Sul versante delle terapie l'abuso di antibiotici continua ad essere un diffuso problema di appropriatezza prescrittiva e di utilizzo inadeguato delle risorse, peraltro non facile da contenere, sia per gli evidenti interessi economici in gioco, sia soprattutto per la difficoltà di conciliare buoni principi di economia sanitaria e di sanità pubblica con le preoccupazioni per la salute di pazienti particolarmente fragili come anziani e bambini.

Alcuni gruppi di popolazione a rischio

Anziani, bambini, immigrati

Anziani e bambini, costituiscono due gruppi di popolazione particolarmente meritevoli di attenzione non solo perché fragili e più esposti agli effetti sulla salute di condizioni ambientali e psico/sociali sfavorevoli. Si tratta di due gruppi di popolazione su cui è importante investire, e che presentano un grosso potenziale da esprimere rispetto all'obiettivo “guadagnare salute”.

Per i bambini il ragionamento può apparire più scontato vista la più lunga aspettativa di vita e l'importanza degli interventi sugli stili di vita e su problemi emergenti come l'obesità e la sedentarietà. Anche se, come già detto la mortalità infantile è ancor più bassa della media regionale e fra le più basse al mondo soprattutto grazie al miglioramento generale delle condizioni di vita, resta comunque importante il mantenimento di adeguati programmi vaccinali per il controllo delle principali malattie infettive.

Non meno importante è l'attenzione agli anziani. Come è già stato osservato questa fascia di popolazione rappresenta ormai circa un terzo della popolazione totale ed incide per oltre il 5% sui costi dei servizi sociali e sanitari. In particolare la fascia compresa fra i 60 e il 75 anni costituisce un gruppo demografico le cui potenzialità vanno migliorando con il progressivo subentrare in questa classe di età di generazioni più istruite, più attente alla propria salute e, forse, più disponibili ad impegnarsi, una volta pensionate, in attività post-lavorative.

Dovrebbe essere quindi una popolazione da “curare” sia per poter limitare gli interventi di assistenza sociosanitaria più impegnativi e dispendiosi, ma anche per promuoverne il contributo a

progetti innovativi e lungimiranti per una “anzianità attiva”, e trarre risorse umane e professionali in azioni di volontariato, di auto-aiuto e solidarietà.

Nella fascia dei cosiddetti “grandi anziani”, anch’essa in incremento costante si concentrano la maggior parte delle problematiche e dei costi dell’assistenza. Il contenimento delle disabilità e il mantenimento più possibile a lungo dell’autosufficienza e del contatto con il proprio ambiente sociale e relazionale appaiono perciò i principi fondanti di strategie di gestione sempre più modulate e inevitabilmente sostenibili.

Dal punto di vista strettamente patologico fra le patologie comuni ad entrambi, ricordiamo le malattie respiratorie: nell’età infantile sono fra le più frequenti cause di ricovero e mortalità prematura, nella fascia di età più anziana sono tra le patologie croniche più diffuse, interessando larghi strati della popolazione, con elevati costi sociosanitari ed economici. I fattori di rischio che determinano il quadro epidemiologico sono sia di natura sociale che individuale: per quel che riguarda quelli attinenti alla sanità collettiva occorre sottolineare l’importanza della qualità dell’ambiente di vita – dunque quello dell’aria, in modo particolare, e dell’ambiente di lavoro – mentre fattori più rilevanti per le patologie degli anziani sono associati allo stile di vita individuale – come il tabagismo – e allo status socioeconomico e, fra gli interventi di prevenzione, la vaccinazione antinfluenzale.

In età pediatrica va segnalata la crescente incidenza dell’asma; anche se nel nostro Paese la prevalenza di questa malattia appare ancora più bassa, rispetto ad altri paesi industrializzati, essa costituisce comunque, insieme all’obesità, la patologia cronica più diffusa nella popolazione infantile e una causa importante di ospedalizzazione. Un tempo tipica patologia infantile, con un’incidenza pressoché stabile e tendenza all’attenuarsi di sintomi con l’aumentare dell’età, l’asma e le altre sindromi respiratorie su base allergica, come del resto le altre patologie allergiche, sono andate nel tempo estendendosi e diffondendosi in relazione sia all’aumentare delle sostanze allergogene presenti nell’ambiente sia al modificarsi delle risposte immunitarie in presenza di stimoli sempre più numerosi ma di bassa intensità.

Per quanto riguarda la salute degli immigrati, pur con qualche difficoltà legata da un lato alla disponibilità di dati statistici ed epidemiologici, dall’analisi dei dati disponibili, la popolazione immigrata appare in buone condizioni di salute e non si evidenziano malattie particolari. Le cause principali di ricorso all’assistenza sanitaria sono tuttora legate ad eventi fisiologici, come la gravidanza e la nascita, e/o traumatici come gli infortuni sul lavoro.

I tassi di accesso al Pronto Soccorso restano ancora superiori rispetto agli italiani mentre più bassi sono in genere i tassi di ricovero ospedaliero con significativa eccezione delle donne in età fertile con tassi di ricovero maggiori per condizioni legate alla gravidanza e al parto.

Anche per i programmi di prevenzione collettiva l’adesione è complessivamente in crescita, pur rimanendo ancora inferiore rispetto alle donne italiane; si conferma inoltre l’importanza dell’informazione per favorire l’adesione da parte delle donne straniere. Persistono tuttora alcuni indicatori di fragilità sociale (IVG, infortuni sul lavoro): se per l’IVG i tassi di abortività sono negli ultimi anni in diminuzione, gli infortuni sul lavoro restano un problema rilevante e non di facile lettura, considerando anche la difficile congiuntura economica. Nel complesso il consumo di beni e servizi per la salute da parte degli immigrati si rivela molto inferiore rispetto all’apporto da essi fornito al finanziamento del Servizio Sanitario attraverso i contributi fiscali e previdenziali.

In una lettura prospettica, assumono crescente importanza fenomeni come l’emergere delle seconde generazioni di immigrati, con l’insorgere di problemi connessi al possibile disagio dei giovani e l’invecchiamento con il presentarsi di patologie cronico degenerative, tipiche delle popolazioni occidentali e sul cui determinarsi tanto peso hanno i fattori socio-economici e gli stili di vita.

Per la programmazione dei servizi sanitari questi elementi orientano ad agire soprattutto sull’informazione e comunicazione per favorire l’accessibilità e il corretto utilizzo dei servizi, soprattutto di cure primarie (riducendo la pressione sui servizi in emergenza) e potenziare l’offerta

attiva dei servizi di prevenzione collettiva (reclutamento all'interno dei programmi di vaccinazione e screening).

La tutela della salute degli immigrati quindi assume sempre meno le caratteristiche di un'emergenza sanitaria e appare sempre di più un problema di equità di accesso ai servizi e di conoscenza in tema di prevenzione e promozione della salute e, soprattutto, di opportunità di integrazione e inclusione sociale.

Sicurezza

Fra prevenzione e percezione

La sicurezza riferita alle strutture, agli impianti, ai comportamenti in ambito stradale, lavorativo o domestico, fa parte da tempo delle priorità degli operatori della salute e in particolare di chi si occupa di prevenzione, visto che l'azione preventiva è lo strumento classico nella gestione di tali problematiche.

Pur con le specificità dei singoli ambiti di rischio, i problemi di sicurezza presentano diversi aspetti simili: la gravità (in molti casi come è noto le conseguenze sono gravi e invalidanti), la diffusione (sono milioni le persone quotidianamente esposte) e la prevenibilità (nella quasi totalità degli incidenti e/o degli infortuni, caso e fortuna entrano ben poco, si tratta quasi sempre di inadeguatezze strutturali, impiantistiche o comportamentali, cose assolutamente prevedibili e in molti casi previste o quantomeno raccomandate da norme di legge o buone tecniche professionali.

Molto spesso, anzi, carenze strutturali e comportamenti a rischio concorrono insieme a determinare gli infortuni e ad accrescere la gravità: al di là dei numeri sicuramente allarmanti è preoccupante notare quanto questi rischi siano sottostimati da chi vi è esposto, e ciò facilita il mancato rispetto delle più elementari regole di sicurezza: è d'altra parte noto che sono generalmente sottostimati i rischi connessi ai nostri comportamenti quotidiani, mentre sono percepiti come inaccettabili i rischi causati dai comportamenti altrui.

Anche per questo, ma certamente non solo per questo, un altro aspetto legato alla sicurezza è andato recentemente imponendosi all'attenzione dell'opinione pubblica e quindi dei media (o viceversa a seconda dei punti di vista): la paura per la propria incolumità fisica o patrimoniale in conseguenza di atti di criminalità o microcriminalità.

In realtà dati e statistiche alla mano le dimensioni oggettive dei due fenomeni non sono assolutamente paragonabili: da una parte migliaia di morti, milioni di coinvolti ed esposti, costi economici e di risorse umane ingenti; dall'altra conseguenze comunque inaccettabili, ma sicuramente molto più contenute (considerando che la maggior parte degli omicidi e delle violenze private avvengono fra parenti, consanguinei o conoscenti e non ad opera di sconosciuti o criminali).

Altrettanto ingiustificata, ma non incomprensibile dal punto di vista delle dinamiche psico-sociali, è l'associazione fra aumento di criminalità e presenza dei cittadini stranieri; ancora una volta sono dati e statistiche a ridimensionare il problema, anche se certi fenomeni di microcriminalità sono comunque più diffusi nei gruppi socialmente ed economicamente più svantaggiati.

Consideriamo, quindi, la preoccupazione per questo aspetto di sicurezza, non come un problema di interesse primario per la salute; si tratta però di un indicatore del malessere e del disagio che manifestano strati sempre più ampi della nostra società in cui crescono gli elementi di incertezza economica e di prospettive future mentre diminuiscono gli effetti protettivi indotti dal senso di appartenenza ad una comunità solidale.

In questo senso è di grande interesse e di rilevanza anche per la salute e il benessere sociale.

Nella provincia di Forlì-Cesena nel 2011 si sono registrati 1889 incidenti stradali, di cui 45 mortali. La percentuale di incidenti stradali mortali sul totale degli incidenti della nostra provincia, pari a 2,4%, supera il valore regionale (1,9%) e quello nazionale (1,8%).

Un ulteriore problema da considerare, legato soprattutto all'aumentare dell'età è quello relativo agli incidenti domestici. I dati degli accessi al pronto soccorso per incidente domestico indicano un trend in diminuzione. Per quanto riguarda i dati PASSI dell'ultimo triennio circa il 2,9% degli intervistati tra i 18 e i 69 anni dichiara di avere avuto almeno un infortunio domestico negli ultimi 12 mesi e di aver fatto ricorso a cure mediche per l'infortunio; il dato della nostra Ausl è inferiore al valore regionale, pari al 4%.

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro i dati più recenti a disposizione da fonte INAIL sono relativi al 2011. Nell'ultimo anno si registra un solo infortunio mortale nel comprensorio dell'Ausl di Forlì. Per quanto riguarda l'indice di incidenza degli infortuni sul lavoro⁴ nel triennio 2009-2011 il valore dell'Ausl di Forlì è pari a circa 3 infortuni ogni 100 addetti, valore in linea con quello regionale (2,9 per 100 addetti), circa il 10% degli infortuni del 2011 del comprensorio forlivese è definibile come grave⁵.

Per quanto concerne la sicurezza sul lavoro in generale si può dire che il lavoro nero o irregolare e la scarsa sicurezza sono fenomeni che si rilevano anche nella nostra provincia, in parte a causa della presenza di aziende costituite da stranieri e di imprese provenienti da fuori regione, in prevalenza dal Sud Italia in cui sembra essere meno diffusa la cultura della prevenzione.

L'edilizia è il settore nel quale l'attività di vigilanza continua ad essere più intensa; in tale comparto a livello nazionale sono in aumento gli infortuni e le morti bianche.

Gli incidenti sul lavoro e le malattie professionali rappresentano una componente fondamentale nel processo di programmazione dell'attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.

I dati confermano che gli infortuni sul lavoro nel 2011 nei settori industria, artigianato e servizi, come per altro in tutta la Regione ER, sono un problema di salute prioritario, con circa 4000 infortuni ogni anno, di cui 3000 definiti positivi, circa il 5% con esiti permanenti e lo 0,03% con esiti mortali (un solo infortunio mortale nel 2011), con indici di incidenza più elevati nei settori metalmeccanico, costruzioni e trasporti. Risultano in diminuzione gli incidenti nel settore agricolo che dal 2007 al 2011, ha registrato 1602 infortuni di cui il 9,8% con esiti permanenti.

Ci occupiamo della nostra salute?

..si può fare di più.. e si può presidiare di più..

(Dati PASSI)

Abbiamo già visto come secondo i dati dell'OMS l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie strettamente collegate ai "fattori di rischio modificabili", comportamenti quotidiani che contribuiscono a determinare la qualità della vita e le aspettative di salute degli individui.

Nella lista dei fattori di rischio redatta dall'OMS compaiono il fumo di tabacco, l'abuso di alcol, l'obesità e il sovrappeso, la sedentarietà, un'alimentazione scorretta e uno scarso consumo di frutta e di verdura. Questi fattori, pur rientrando nella sfera delle scelte e dei comportamenti individuali, subiscono l'influenza dell'ambiente di vita e di quello sociale.

Alcuni di essi rappresentano manifestazioni estreme di comportamenti in realtà in sé non nocivi o socialmente ed eticamente accettabili. Sono comunque espressione di gradi di libertà degli individui e rappresentano spesso effetti collaterali di scelte o modelli di sviluppo economico, sociale e culturale storicamente radicati nella nostra società.

⁴ Indice di incidenza: rapporto tra il numero di infortuni e gli addetti

⁵ Infortunio grave: infortunio definito positivo con esito permanente o mortale

Non é superfluo infine ricordare che in realtà ogni comportamento umano “estremo” è potenzialmente fonte di malessere fisico e psichico, è altrettanto vero peraltro che situazioni di malessere fisico o psichico inducono o facilitano comportamenti a rischio.

La popolazione forlivese rispecchia da questo punto di vista la situazione emiliano-romagnola, infatti:

- l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica importante non solo negli adulti ma anche nei minori, infatti circa il 30% dei bambini risulta in eccesso ponderale⁶. La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con quella reale: fra gli adulti solo la metà dei sovrappeso (52%) è cosciente di esserlo e soltanto due su tre persone obese considerano la propria alimentazione non idonea. Questa mancata consapevolezza probabilmente si ritorce anche sui figli minori come sembra emergere dalle indagini eseguite. Le misure di prevenzione individuali dell'obesità, l'esercizio fisico e una dieta, sono praticate rispettivamente solo dal 31% e dal 21% degli adulti in eccesso ponderale.
- la maggioranza degli adulti fa poca attività fisica e i dati sull'attività motoria in età giovanile confermano che questa preoccupante tendenza alla sedentarietà si instaura molto precocemente, paradossalmente la distribuzione della popolazione rispetto all'attività fisica è sempre più polarizzata con una minoranza attiva (talvolta iper) e consapevole ed una maggioranza sempre più sedentaria.
- l'abitudine al fumo è ancora molto diffusa, infatti dai dati PASSI risulta che circa il 30% degli intervistati sia fumatore, con valori più elevati nelle classi di età più giovani,
- una persona su cinque ha abitudini di consumo considerabili a rischio. Questa informazione è particolarmente importante alla luce dell'alto livello di incidentalità stradale riscontrata sul nostro territorio soprattutto nei weekend a carico dei giovani. E' particolarmente critico il dato dello studio PASSI che riguarda alcool e guida: un numero troppo elevato di persone ammette di guidare dopo consumi di alcool tale da compromettere seriamente la capacità di guida.

L'analisi degli stili di vita e della percezione dei rischi connessi da parte della popolazione residente non è confortante. L'interesse e l'attenzione ai problemi di salute sembrano tradursi in una crescente domanda di servizi e all'incremento dei consumi sanitari (o parasanitari) mentre non sembrano altrettanto capaci di accrescere la propensione ad adottare stili di vita più salutari.

È quindi più che mai necessario accrescere la conoscenza e la consapevolezza e favorire, nella popolazione, l'adozione di comportamenti orientati alla prevenzione con interventi integrati di promozione della salute di provata efficacia, monitorandone l'impatto e seguendone l'evoluzione nel tempo.

L'adozione di un approccio esclusivamente comportamentale (ossia interventi di promozione della salute rivolti esclusivamente ai singoli individui) per migliorare la salute di una popolazione non ha molte probabilità di successo in quanto alla singola persona non appaiono sufficientemente evidenti i benefici che può ottenere adottando certi comportamenti, per cui l'approccio non potrà che essere con interventi integrati intersettoriali a largo spettro (strategie di popolazione) ed interventi interprofessionali sul singolo (medici di medicina generale e specialisti) per forme di counselling mirato all'alto rischio.

Da segnalare, infine la rilevanza dei comportamenti umani, oltre che degli elementi legati alle strutture e alle tecnologie nella genesi dei rischi per la salute legati agli infortuni in ambito stradale, domestico e lavorativo.

⁶ Dati “Okkio alla salute” 2010

2. Quali risorse, condizioni e comportamenti di vita quotidiana

Economia e lavoro

Dopo decenni di continuo miglioramento nelle condizioni di vita della popolazione il comprensorio forlivese, come il resto d'Italia, sta affrontando un periodo di perduranti e profonde difficoltà economiche e sociali, effetto di dinamiche finanziarie internazionali di eccezionale gravità che si ripercuotono a livello locale.

La prima parte del capitolo è quindi dedicata all'analisi dei principali parametri economici e del mercato del lavoro nel nostro territorio.

I dati riportati, seppur migliori rispetto al contesto nazionale, evidenziano come «la crisi economico-finanziaria ha determinato l'estensione dei fenomeni di impoverimento ad ampi settori di popolazione, non sempre coincidenti con i “vecchi poveri” del passato. Cresce la multi problematicità delle persone, con storie di vita complesse, di non facile risoluzione, che coinvolgono tutta la famiglia. La fragilità occupazionale è molto evidente e diffusa rispetto alle tendenze del recente passato» [Rapporto Caritas 2012 su povertà ed esclusione sociale in Italia].

Ma vi è anche un altro aspetto da considerare: l'erosione del reddito diretto (disoccupazione, precarietà lavorativa, potere di acquisto) e di quello indiretto (sanità, e welfare in generale) sta spingendo strati crescenti della popolazione sotto la soglia della povertà relativa ed assoluta.

La crisi economica ha contribuito ad innescare un processo di crisi sociale e relazionale, aumentando negli individui e nelle comunità il grado di insicurezza, accompagnato da una forte perdita di fiducia verso le Istituzioni.

In definitiva, quindi, al di là degli aspetti strettamente economici, cresce nel territorio il rischio di vulnerabilità sociale che richiede ai sistemi di welfare nuove capacità di lettura dei bisogni sociali cui dare risposta.

Mercato del lavoro

Nel 2012 il mercato del lavoro provinciale presenta ancora persistenti elementi di difficoltà determinati sempre dalla crisi economica nata nel 2008 e tuttora in essere, tanto che i livelli di occupazione provinciale del 2012 sono paragonabili a quelli del 2008.

A tal proposito, la dinamica occupazionale della provincia di Forlì-Cesena registra nel 2012 (media dei primi tre trimestri) un tasso di occupazione pari a 66,3%, leggermente inferiore a quello regionale (67,7%), ma superiore a quello nazionale (56,8%).

Anche il tasso di occupazione maschile (74%) è superiore a quello regionale e nazionale, invece il tasso di occupazione femminile (58,6%) è inferiore ad entrambi.

1. Tasso di occupazione eta' 15-64 anni (Valori Percentuali) confronto di genere - Provincia, Regione, Italia anni 2011 e 2012

	2011	2012		
	Maschi e Femmine	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Forlì-Cesena	65,7	74	58,6	66,3
Emilia Romagna	67,9	73,9	61,5	67,7
Italia	57	66,7	47,1	56,8

(Fonte: camera di commercio di Forlì-Cesena)

Il tasso di disoccupazione è pari a 7,4%, valore più elevato rispetto alla media regionale (6,7%), ma inferiore a quello nazionale (10,4%) e, nella nostra provincia, coinvolge in maniera più pesante la componente femminile (9,9%).

I disoccupati rilevati dai Centri per l'Impiego aumentano del 11,2% rispetto al 2011. Crescono anche gli iscritti nelle liste di mobilità (a fine 2012 + 23% sul 2011).

La suddivisione per fasce d'età (tabella 2) mostra come la popolazione maggiormente colpita sia quella compresa tra i 30 e i 49 anni, che rappresenta il 53,1% dei disoccupati con un aumento rispetto al 2011 (+7,7%), seguita dagli ultracinquantenni (27,9%) che nel 2011 erano il 16,5%; il 18,4% (8,50% tra i 19 e i 24 anni + 9,90% tra i 25 e i 29 anni) ha un'età inferiore ai 30 anni (nel 2011 erano il 14,4%).

Il numero dei disoccupati stranieri, sia comunitari che extracomunitari, è pari a 9.025 unità e, in costante aumento nell'intera provincia (+14,4%) rappresenta poco più di un quarto dei disoccupati (26,1%).

2. Utenti in stato di disoccupazione incidenza % dei disoccupati - Provincia di Forlì-Cesena anni 2011-2012

Dato di Stock	Maschi	Femmine	Totale	Incidenza%			
Disoccupati con lavori precedenti							
al 31 dicembre 2012	13778	17190	30968	89,50%			
al 31 dicembre 2011	11916	15827	27743	89,20%			
Variazione %	15,60%	8,60%	11,60%				
Inoccupati in cerca di prima occupazione							
al 31 dicembre 2012	1402	2234	3636	10,50%			
al 31 dicembre 2011	1259	2103	3362	10,80%			
Variazione %	11,40%	6,20%	8,10%				
					Di cui stranieri		
Totale disoccupati					Maschi	Femmine	Totale
al 31 dicembre 2012	15180	19424	34604	100,00%	4432	4593	9025
al 31 dicembre 2011	13175	17930	31105	100,00%	3843	4046	7889
Variazione %	15,20%	8,30%	11,20%		15,30%	13,5%	14,40%
Specificata per fasce d'età							
	Maschi	Femmine	Totale	Incidenza%			

15/18 anni				
al 31 dicembre 2012	133	65	198	0,60%
al 31 dicembre 2011	127	53	180	0,00%
Variazione %	4,70%	22,60%	10,00%	
19/24 anni				
al 31 dicembre 2012	1530	1420	2950	8,50%
al 31 dicembre 2011	1199	1265	2464	7,90%
Variazione %	27,60%	12,30%	19,70%	
25/29 anni				
al 31 dicembre 2012	1517	1912	3429	9,90%
al 31 dicembre 2011	1312	1801	3113	10,00%
Variazione %	15,60%	6,20%	10,20%	
30/49 anni				
al 31 dicembre 2012	7871	10504	18375	53,10%
al 31 dicembre 2011	7069	9996	17065	54,90%
Variazione %	11,30%	5,10%	7,70%	
Oltre i 50 anni				
al 31 dicembre 2012	4129	5523	9652	27,90%
al 31 dicembre 2011	3468	4815	8283	26,60%
Variazione %	19,10%	14,70%	16,50%	

(Fonte: Centri per l'impiego della Provincia Forlì-Cesena)

Il lavoro dipendente, al netto dei dipendenti della pubblica amministrazione ed i liberi professionisti non costituiti in forma di impresa, registra una riduzione relativa agli anni 2008/2011 (ultimo dato disponibile nella banca dati del sistema di monitoraggio delle imprese e del lavoro in Emilia-Romagna SMAIL), in tutte le province della regione Emilia Romagna.

A livello provinciale, nel periodo dicembre 2010 / dicembre 2011, si ha un calo del 1,4%.

La situazione oggi appare stabile (+0,1%) in gran parte grazie al ricorso agli ammortizzatori sociali.

La rilevazione del 2012 svolta da Unioncamere Italia e Ministro del lavoro riporta un saldo negativo tra assunzioni e cessazioni di 1.170 posti di lavoro (escludendo le attività agricole e pubbliche).

Si nota anche un significativo cambiamento nella tipologia dei contratti di lavoro: i contratti a tempo determinato sono il 79,3%, sul totale delle assunzioni nel 2012, mentre quelli a tempo indeterminato, tipologia contrattuale che in provincia ha avuto una minor diffusione, registrano una riduzione del 11,8%.

Per quanto riguarda il titolo di studio emerge che in provincia la laurea è richiesta solo per il 10% delle assunzioni, rispetto a un valore regionale e nazionale più elevato (14,5%), il diploma di scuola superiore è richiesto per il 49% dei casi, mentre per l'8% è richiesta la qualifica professionale.

L'avviamento al lavoro mediante l'istituto del collocamento mirato registra un calo del 20% tra gli anni 2007 e 2012 in linea con un sistema di imprese in crescente affanno. Il numero di utenti del centro per l'impiego in regione, registra invece un crescente aumento: nel dettaglio dal 2008 al 2012 si attesta al 35,1%. Nel considerare complessivamente l'istituto del collocamento mirato, è necessario procedere a un confronto con gli altri canali di assunzione. Un primo dato riguarda il genere. Risulta con chiara evidenza che le donne sono avviate principalmente attraverso gli altri canali, mentre gli uomini principalmente attraverso il collocamento mirato.

Nel considerare invece l'analisi per classi di età emerge che il collocamento mirato sembra intercettare maggiormente giovani con un'età compresa tra i 25 e 34 anni (20,4%, contro il 12,3% del collocamento ordinario), al cui interno si ha un'equa distribuzione percentuale tra uomini e donne. All'aumentare dell'età, soprattutto dopo i 44 anni, aumenta sempre più il ricorso alle altre forme di avviamento.

Attraverso il collocamento mirato, la percentuale di persone con disabilità superiore ai 45 anni che è avviata al lavoro è del 30% circa, mentre con il ricorso ad altre forme di collocamento sale al 36%. Maggiori avviamenti tramite il collocamento ordinario si registrano anche per le persone che hanno un'età compresa tra i 55 e 64 anni (12,7% per il collocamento mirato e 17% per il collocamento ordinario). Questo aspetto conferma sia il fatto che il mercato agevola l'inserimento lavorativo di soggetti maggiormente "occupabili", sia l'importanza che rivestono i servizi provinciali del collocamento mirato proprio nel tentativo di fronteggiare le situazioni più difficili per l'inserimento lavorativo delle persone con maggiori gaps. Dinamiche differenti tra collocamento mirato e ordinario emergono se si pongono a confronto le tipologie contrattuali con cui ha luogo l'inserimento lavorativo. In particolare la forma contrattuale del lavoro dipendente a tempo indeterminato, attraverso il collocamento mirato, è pari al 29% del totale degli avviamenti nell'arco del periodo 2007-2012, a differenza del collocamento ordinario in cui tale tipologia contrattuale intercetta solo l'8%.

Anche se non pienamente e direttamente correlabile alla tipologia contrattuale, gli avviamenti al lavoro attuati mediante il collocamento mirato sembrano dunque essere caratterizzati da un maggior grado di stabilità rispetto alle assunzioni effettuate tramite gli altri canali (fonte: II conferenza regionale sull'inclusione lavorativa delle persone con disabilità).

La dinamica del sistema imprenditoriale nel 2012 ha mostrato chiaramente i segni di sofferenza per la crisi economica perdurante.

In generale l'osservazione del territorio dal punto di vista del sistema imprenditoriale evidenzia una dimensione micro o medio-piccola delle nostre imprese, con un rischio di sotto-capitalizzazione e di un sempre più difficile accesso al credito. Le imprese però, essendo piccole, presentano flessibilità e propensione all'innovazione e al cambiamento, caratteristiche fondamentali per adeguarsi all'attuale momento di crisi.

In provincia il saldo tra le aperture di nuove imprese e le cessazioni è negativo sia per le società di capitale sia per le imprese artigiane (fonte: Report economia FC Camera di Commercio).

In particolare nel 2012 il saldo tra imprese iscritte e cessate è di -432 unità, dato superato solo nel 2009.

Nei settori di attività economica più significativi per numero di imprese si rileva una generale diminuzione delle aziende attive, che al 31/12/2012 risultano 39.763 nella provincia di Forlì-Cesena.

Rispetto al 2011 si è verificato quindi un calo percentuale delle imprese del 1,4% al netto delle imprese agricole caratterizzate da dinamiche e specificità particolari (-0,8% in regione e -0,4% in Italia).

Situazione analoga si registra anche a livello comprensoriale (Tabella 3) in cui il saldo negativo è di 224 unità tra imprese iscritte (1026) e cessate (1250).

3. Attività economiche Iscrizioni e cessazioni delle imprese - Comprensorio forlivese anno 2012

Comune	Iscrizioni	Cessazioni	Cess. non d'ufficio	Cess. d'ufficio
Bertinoro	73	75	75	
Castrocaro Terme e Terra del sole	27	49	48	1
Civitella di Romagna	17	32	32	
Dovadola	6	15	15	
Forlì	697	800	787	13
Forlimpopoli	64	76	76	
Galeata	7	8	8	
Meldola	46	66	64	2
Modigliana	25	34	34	
Portico e San Benedetto	3	2	2	
Predappio	32	48	48	
Premilcuore	2	6	6	
Rocca San Casciano	9	5	5	
Santa Sofia	14	28	28	
Tredozio	4	6	6	
Totale	1026	1250	1234	16

(Fonte: camera di commercio FC)

Nonostante il quadro non positivo, la provincia di Forlì-Cesena si caratterizza ancora come un territorio ad elevata imprenditorialità con un'impresa attiva per ogni 9,8 abitanti.

Il rapporto tra abitanti ed imprese attive nel comprensorio forlivese (Tabella 4) è pari a 10,4 , superiore quindi a quello regionale (10,2) ma inferiore a quello italiano (11,3).

4. Attività economiche iscritti al Registro Imprese - Comprensorio forlivese anno 2012

Aggregazioni territoriali	Imprese attive	Addetti dichiar.	Unità locali	Imprese artigiane	Imprese 1000 ab	ab. per imprese
Montagna Forlivese	526	2968	632	159	90,5	11
Collina Forlivese	3889	11660	4489	1485	98,5	10,1
Pianura Forlivese	13369	50386	15950	4401	95,2	10,5
Comprensorio di Forlì	17784	65014	21071	6045	95,7	10,4

(Fonte: camera di commercio FC)

Considerando le tre tipologie più diffuse di imprese attive (al netto dell'agricoltura), la flessione rilevata nel 2012 è così suddivisa:

- il commercio, con 8.595 imprese pari al 26,9% delle imprese attive, registra una flessione del 1,5%; il comparto soffre per il protrarsi della contrazione dei consumi dovuta alla crisi: nel IV trimestre 2012, le vendite in provincia sono in flessione del 10,5% (-14,9% nella piccola distribuzione). La contrazione delle vendite, per altro in atto anche nella grande distribuzione organizzata (GDO), l'aumento dei costi operativi e la diffusa mancanza di liquidità determinano la caduta generalizzata della redditività che compromette la tenuta stessa della base imprenditoriale.
- il settore manifatturiero, con 3.869 imprese (12,1%), registra una flessione del -3,2%;
- l'edilizia, con il 20,3% delle imprese, registra una flessione del -3,4%, un forte calo dell'occupazione, della domanda e della produzione e al contempo un aumento delle difficoltà finanziarie (dai dati delle Casse Edili risulta, fra le altre, una flessione notevole delle ore lavorate in questo settore);
- la flessione riguarda anche gli altri settori tranne "alloggio e ristorazione" che va in controtendenza con una crescita moderata del 0,6%.

Si registra un calo anche nelle imprese agricole (-2,8% rispetto al 2011), leggermente superiore rispetto a quello regionale e nazionale (-2,3%).

Dati non dissimili si registrano per le 13.315 imprese artigiane (-2,6%) e le 8.703 imprese "femminili" in cui la flessione è del -0,6%, mentre diversa è la situazione delle 2.705 aziende con titolari stranieri (+2,8%) e le 543 imprese cooperative (+2,3%) il cui saldo è addirittura positivo.

Da evidenziare è il ruolo dell'imprenditoria femminile: rappresenta il 21,7% delle imprese, incidenza lievemente superiore a quella regionale (21,1%) ed inferiore a quella nazionale (24,2%).

Nei primi sei settori imprenditoriali, in ordine di importanza, le "altre attività di servizi", che rappresentano l'insieme di attività quali parrucchiere, estetiste, lavanderie, ecc..., raggruppano l'83,3% delle imprese femminili, con il 55,5% delle imprese totali esistenti in provincia.

Le imprese femminili per il 64,8% sono imprese individuali, per il 24,6% società di persone, il 9,1% società di capitali e per l'1,2% cooperative.

Gli imprenditori stranieri, ovvero i proprietari di aziende nati al di fuori dei confini nazionali, sono invece cresciuti di numero (+2,3%) rispetto a quelli italiani (-2,1%), con un incremento maggiore per gli imprenditori extracomunitari (aumentati del 3,3%), rispetto agli imprenditori nati in paesi comunitari (che hanno avuto una crescita del 1,4%). Si tratta di 2.714 imprese individuali, 933 società di persone e 460 società di capitale.

Le nazionalità più rappresentate degli imprenditori stranieri sono in ordine decrescente: Albania, Svizzera, Romania, Cina, Marocco e Tunisia. I settori economici prevalenti sono le costruzioni (1.482), il commercio (976), le attività manifatturiere (485) e a seguire "attività dei servizi alloggio e ristorazione", "trasporto e magazzinaggio" e agricoltura.

Meritano una menzione le imprese giovanili, ovvero quelle dove il controllo e/o la proprietà sono detenuti in prevalenza da persone di età inferiore ai 35 anni.

Nella Provincia rappresentano l'8,4% sul totale e registrano un calo del 0,7% rispetto al 2011. Sono numericamente inferiori a quelle regionali (9,1%) e a quelle nazionali (11,3%).

I settori con maggior presenza di imprese giovanili sono in ordine decrescente le "costruzioni", "alloggio e ristorazione", "noleggio, agenzie viaggio, servizi di supporto alle imprese", "servizi d'informazione e comunicazione" e le "altre attività di servizi".

Ultimo elemento di interesse infine è rappresentato dalle imprese a contratti di rete⁷; infatti, soprattutto in un tessuto di piccole imprese, le aziende risultano più efficienti ed efficaci se portate avanti in partnership e sono quelle più propense alla competitività sul mercato e all'innovazione.

⁷ Il Contratto di Rete è una nuova forma giuridica nata nel 2009 per consentire alle imprese di sviluppare network mantenendo l'individualità ma regolando i rapporti giuridici derivanti da una collaborazione stabile basata su obiettivi strategici.

A fine 2012 in Italia sono 640 i contratti di rete, dei quali 21 sono quelli in cui sono coinvolte imprese del territorio.

Risparmi finanziari, crediti e debiti delle famiglie

In tutta Italia il reddito disponibile reale pro capite è passato dai 18.216 euro del 2011 ai 17.337 euro del 2012, ovvero il 4,8% in meno, mentre i consumi reali pro capite sono passati dai 16.650 euro del 2011 ai 15.920 euro del 2012, il 4,4% in meno (fonte: relazione annuale Banca d'Italia anno 2012).

E' proseguita la riduzione della propensione al risparmio delle famiglie consumatrici e produttrici (11,4% del reddito disponibile). Il calo si è riflesso sugli investimenti in attività finanziarie. Sempre nel 2012, gli acquisti netti di attività finanziarie sono stati in Italia pari a 16 miliardi di euro (36 miliardi nel 2011), il volume più basso registrato dal 1995. Anche la componente immobiliare della ricchezza italiana è diminuita (- 4,1%) in termini reali per effetto del calo dei prezzi delle abitazioni.

La domanda di mutui si è fortemente indebolita per la marcata contrazione del reddito disponibile e per la ridotta capacità di risparmio delle famiglie. Tra il 2006 e il 2012 la quota di nuovi finanziamenti concessi a giovani (meno di 35 anni) è diminuita dal 42% al 35%, quella a favore di extracomunitari dal 10% al 4%. A fronte di una copertura totale in provincia dei comuni serviti da sportelli bancari, il rapporto tra depositi e residenti è minore di quello regionale ma superiore a quello nazionale.

In provincia si registra una sostanziale stabilità nei depositi (al 31/12/2011 rispetto all'anno precedente) e una rilevante contrazione dei prestiti ad imprese, famiglie, PA ed imprese finanziarie (9,7%).

La tendenza è simile a livello regionale e nazionale, sebbene le diverse aggregazioni territoriali non siano, per le variabili creditizie, pienamente comparabili.

(Fonte numeri dell'economia – Camera di Commercio Forli-Cesena, anno 2012)

I consumi delle famiglie

[I consumi delle famiglie Istat 2013]

Nel 2012, la spesa media mensile per famiglia è pari, in valori correnti, a 2.419 euro (-2,8% rispetto all'anno precedente). La spesa è diminuita anche in termini reali. La spesa alimentare è sostanzialmente stabile, intorno ai 470 euro, anche grazie alle strategie di contenimento della spesa messe in atto dalle famiglie per fronteggiare l'aumento dei prezzi: crescono, infatti, le percentuali di chi ha ridotto la qualità e/o la quantità dei generi alimentari acquistati (dal 53,6% del 2011 al 62,3% del 2012) e di coloro che si rivolgono all'hard discount (dal 10,5% al 12,3%). Calano le spese per abbigliamento e calzature (-10,3%), per arredamenti, elettrodomestici e servizi per la casa (-8,7%) e quelle per tempo libero e cultura (-5,4%), a fronte però di un aumento del 3,9% delle spese per combustibili ed energia.

In questa generale situazione di disagio emergono le cosiddette “nuove povertà”, ovvero coloro che si trovano in una condizione di normalità solo apparente, poiché faticano sempre di più a fare la spesa e a pagare le bollette domestiche. Il problema coinvolge diverse categorie di soggetti, fra cui per esempio: a) adulti di età compresa tra 40 e 50 anni, che si ritrovano improvvisamente disoccupati dopo una vita di lavoro regolare; b) giovani adulti che lavorano sulla base di contratti a tempo determinato, collaborazioni occasionali, lavori stagionali, che cambiano continuamente settore di lavoro e tipo di mansione, e la cui indeterminata lavorativa si riflette nell'incapacità a

progettare il proprio futuro, in termini professionali, personali e familiari; c) piccoli imprenditori che devono fronteggiare bancarotta, fallimenti, difficoltà del mercato, indebitamenti, scivolamento nel mercato del credito illegale, ecc.; d) immigrati ex-utenti di centri di accoglienza e assistenza che tornano nelle sedi Caritas per chiedere nuovamente aiuto, dopo aver perso il lavoro a causa della crisi ed essere stati assorbiti dal mercato del lavoro nero; e) anziani che si fanno carico di figli e nipoti disoccupati, attingendo ai propri risparmi, vendendo l'abitazione di proprietà, accendendo finanziamenti a proprio nome, ecc..

Formazione ed Istruzione

I servizi d'infanzia sia pubblici che privati nel comune di Forlì si sono sempre distinti per la qualità dell'offerta educativa e la presenza di altri servizi presenti sul territorio, quali la mensa, il sostegno economico, ecc.

Il livello della soddisfazione della domanda è pari al 100%, con un eccellente livello di copertura, tuttavia emerge la riduzione delle domande presentate che passano da 946 dell'a.s. 2009/10 a 509 dell'a.s. 2012/13, coinvolgendo dal 39% al 21% dei bambini in età (tabella 5).

Il raccordo con le scuole statali ed autonome convenzionate, nonché il rafforzamento di un forte sistema pubblico/privato ha reso possibile l'accesso alle scuole sin dall'avvio di ogni anno scolastico, per tutti i bambini in età. Fonte: Comune di Forlì

Nell'anno scolastico 2010/11 gli iscritti alla scuola primaria del Comune di Forlì sono stati 5.230. Tra questi vi sono 727 stranieri con un aumento del 6% rispetto all'a.s. 2008/2009 (Tabella 6).

Anche gli alunni nelle scuole primarie non statali di Forlì sono in aumento: erano 520 nel 2008/2009 e sono diventati 597 nell'anno 2010/2011. In controtendenza l'iscrizione dei bambini stranieri, solo 24 e comunque in diminuzione rispetto agli anni precedenti.

In lieve incremento gli alunni della scuola secondaria di primo grado: nell'ultimo anno scolastico si sono registrati 2.797 alunni, di cui 459 non italiani (Tabella 7).

In lieve aumento anche gli alunni delle scuole secondarie di primo grado non statali di Forlì, come per le scuole primarie: erano 139 nel 2008/2009 e sono 154 nell'anno 2010/2011, di cui solo uno straniero.

Nel 2011 (Tabella 8) gli allievi della scuola secondaria di 2° grado sono circa 6000, in lieve aumento rispetto al 2008: gli studenti iscritti ai licei sono il 36,3%, gli iscritti all'istruzione tecnica 50,7%, gli iscritti alle scuole professionali il 12,7%.

La percentuale degli allievi stranieri varia fra il 3% dei licei e il 16% degli Istituti professionali e una media del 10%. Il settore più richiesto è quindi oggi l'istruzione tecnica; ma se analizziamo il dato di genere notiamo che nelle femmine c'è una netta prevalenza per il liceo.

5. Iscritti al nido d'infanzia e livello di copertura – Comune di Forlì A.s. 2009/10 - 2012/13

Iscritti	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Nidi comunali a gestione diretta	526	507	470	411
Nidi in appalto e concessione	133	181	155	117
Nidi in convenzione	80	103	126	124
Sezioni Primavera convenzionate	200	175	160	168
Servizi di educazione domiciliare	50	50	55	45
Posti nido gestiti da concessionario a rapporto privato	59	50	54	63
Posti nido gestiti da privati (3/36 mesi)	71	82	59	101
Totale bambini iscritti	1119	1148	1076	1029
Livello di copertura	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Bambini in età	2419	2445	2370	2351
Posti nido disponibili	1106	1170	1193	1198
Livello di copertura	45,72%	47,85%	50,34%	50,96%
Domande presentate	946	759	614	509
% rispetto ai bambini in età	39,11%	31,04%	25,91%	21,65%
Domande accolte a chiusura bando	817	682	614	509
Domande accolte/presentate	86,36%	89,86%	100,00%	100,00%
Scuole infanzia andamento iscritti	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Scuole d'infanzia comunali	845	824	824	822
Scuola d'infanzia statali	1109	1138	1164	1148
Scuole d'infanzia paritarie	1042	1070	1080	1056
Totale posti	2996	3032	3065	3026

6. Studenti iscritti nelle scuole primarie - Comune di Forlì a.s. 2008/2009 – a.s. 2010/11

	a.s. 2008/09			a.s. 2009/10			a.s. 2010/11		
	Iscritti	Di cui stranieri	valore %	Iscritti	Di cui stranieri	valore %	Iscritti	Di cui stranieri	valore %
femmine	2349	304	12,9	2398	290	12,1	2493	343	13,7
maschi	2570	309	12	2644	326	12,3	2737	384	14
totale	4919	613	12,5	5042	616	12,2	5230	727	13,9

7. Studenti iscritti nelle scuole secondarie di primo grado - Comune di Forlì a.s. 2008/2009 – a.s. 2010/11

	a.s. 2008/09			a.s. 2009/10			a.s. 2010/11		
	Iscritti	Di cui stranieri	valore %	Iscritti	Di cui stranieri	valore %	Iscritti	Di cui stranieri	valore %
femmine	1357	190	14	1395	210	15	1407	199	14,1
maschi	1453	243	16,7	1526	248	16,2	1544	261	16,9
totale	2829	433	15,3	2921	458	15,7	2951	460	15,6

8. Studenti iscritti nelle Scuole secondarie di II grado - Comune di Forlì a.s. 2008/2009 – a.s. 2010/11

	sesso	a.s. 2008/09			a.s. 2009/10			a.s. 2010/11		
		Iscritti	Di cui stranieri	valore %	Iscritti	Di cui stranieri	valore %	Iscritti	Di cui stranieri	valore %
Licei	F	1331	45	3,4	1336	47	3,5	1402	57	4
	M	756	15	2	774	19	2,4	833	17	2
	Tot	2087	60	2,8	2110	66	3,1	2235	74	3
Istituti Tecnici	F	1020	131	12,8	1074	162	15	1122	186	16,5
	M	1937	166	8,6	1924	192	9,9	1973	214	10,8
	Tot	2957	297	10	2998	354	11,8	3095	400	13
Istituti Professionali	F	602	94	15,6	541	85	15,7	476	74	15,5
	M	373	53	14,2	343	56	16,3	300	51	17
	Tot	975	147	15,1	884	141	15,9	776	125	16,1
Totale iscritti		6019			5992			6106		

Al termine dell'anno scolastico 2010/2011, gli studenti che hanno conseguito il diploma di maturità sono stati 1.030 (9 studenti non hanno superato l'esame). In termini assoluti il numero più alto è negli istituti tecnici (Tabella 9).

9. Diplomati nelle Scuole secondarie di II grado - Comune di Forlì a.s. 2008/2009 – a.s. 2010/11

	sesso	a.s. 2008/09			a.s. 2009/10			a.s. 2010/11		
		Iscritti	Di cui stranieri	valore %	Iscritti	Di cui stranieri	valore %	Iscritti	Di cui stranieri	valore %
Licei	F	255	2	0	250	3	0	242	4	1
	M	132	0	0	127	0	0	122	0	0
	Tot	387	2	0	377	3	0	364	4	1

Istituti Tecnici	F	184	1	2	183	14	0	187	13	2
	M	311	5	4	282	33	2	318	20	6
	Tot	495	6	6	465	47	2	505	33	8
Istituti Professionali	F	107	6	1	99	5	0	106	8	0
	M	59	10	0	50	6	0	55	12	0
	Tot	166	16	1	149	11	0	161	20	0
Totale iscritti		1048			991			1030		

La dispersione è definita come quell'insieme di eventi che rallentano o interrompono il percorso scolastico dei giovani prima della sua conclusione formale. Diversi sono gli indicatori che descrivono struttura ed evoluzione del fenomeno: l'irregolarità, l'abbandono, la ripetenza, la non ammissione (la bocciatura), la promozione con debito formativo, solo per elencare i più comuni. Dall'esame complessivo dei tassi di regolarità/irregolarità scolastiche emergono, per il Comune di Forlì, le costanti che contraddistinguono sostanzialmente l'andamento regionale per tutti gli indicatori di dispersione: la progressiva intensificazione dei fattori negativi nel percorso che dalle scuole primarie, passando per le secondarie di primo grado, giunge alle secondarie di secondo grado e la minor incidenza degli stessi sulle ragazze piuttosto che sui ragazzi.

I fenomeni di disagio di qualunque natura, nella scuola, sono generalmente più accentuati nelle classi di ingresso per poi affievolirsi negli anni successivi.

Il tasso di regolarità è stabilmente molto elevato nella primaria e nella secondaria di primo grado, mentre è migliorato progressivamente nel tempo nelle secondarie di secondo grado. Sono sempre le femmine ad avere maggiore regolarità, con scarti che arrivano quasi ai 10 punti percentuali nelle classi 5° delle scuole superiori, pur con una certa tendenza ad una progressiva omogeneizzazione.

Gli iscritti all'Università degli Studi di Bologna, residenti in provincia di Forlì-Cesena, nell'anno accademico 2010/11, sono stati in totale 7.735 di cui 3.797 residenti nel comprensorio di Forlì e 3.938 in quello di Cesena.

10. Iscritti nelle Università di Forlì-Cesena per zone di provenienza - A.a.2009/2010

	Maschi	Femmine	Totale	Indice di composizione
Forlì-Cesena	1495	1288	2783	27,40%
Ravenna	797	755	1552	15,30%
Bologna	451	623	1074	10,60%
Rimini	600	436	1036	10,20%
Pesaro e Urbino	198	168	366	3,60%
Ancona	83	168	251	2,50%
Altre città italiane	1140	1967	3107	30,60%
Totali studenti italiani*	4764	5405	10169	100,00%
(*) Compresi gli italiani residenti all'estero				

Emilia Romagna	3486	3386	6872	63,80%
Marche	331	432	763	7,10%
Puglia	168	224	392	3,60%
Altre Regioni	779	1363	2142	19,90%
Esteri	244	363	607	5,60%
Totale	5008	5768	10776	100,00%

(fonte: Quaderni di statistica Istruzione e lavoro 2010 Camera di commercio Forlì-Cesena).

Dal 2008/2009 si registra una progressiva riduzione degli iscritti. La facoltà più frequentata è quella di Economia (sede di Forlì) con 954 iscritti.

I laureati presso le varie facoltà dell'Università di Bologna residenti in provincia passano dai 573 del 1993/94 ai 1.579 dell'anno accademico 2009/10. Il ramo economico prevale con 244 laureati (15,4% del totale laureati residenti) seguito dall'ambito medico con 170 laureati (10,7%).

Nell'anno accademico 2009/10 (Tabella 10), gli iscritti totali sono 10.776, di cui il 53,5% femmine, provenienti per il 63,8% dall'Emilia Romagna, soprattutto dalla stessa provincia di Forlì-Cesena e dalle province vicine. Alle sedi universitarie locali sono iscritti anche 607 studenti provenienti dall'estero (5,6%). La nazionalità più numerosa è quella albanese con 134 iscritti.

11. Distribuzione studenti per scuola - A.a. 2009/2010

	Femmine	Maschi	Totale
Economia	1064	937	2001
Scienze Politiche	1678	901	2579
Scuola Interpreti e traduttori	679	116	795
Ingegneria	80	716	796
Totale	3501	2670	6171

Il polo forlivese, nell'a.a. 2011/2012, ha 6.171 iscritti in totale (Tabella 11), in aumento rispetto all'anno precedente, di cui 2.670 maschi e 3.501 femmine.

E' interessante notare un crescente interesse delle donne orientate alle materie scientifiche: in un solo anno accademico la percentuale di iscritte alla facoltà di ingegneria forlivese è passata dal 8,7% al 10%. I laureati del polo nell'a.a. 2009/10 sono 1.469 di cui 937 femmine e 532 maschi, viceversa fra gli studenti fuori corso nell'a.a. 2011/2012 i maschi sono il 25% e le donne il 21,7%.

Il numero degli allievi coinvolti nella formazione professionale è contenuto ma in aumento (non oltre il 13.5% della popolazione scolastica della scuola secondaria), mentre varia nel triennio (Tabella 12 e Tabella 13).

12. Iscritti (in età scolare) a corsi di formazione professionale tenuti - Comune di Forlì A.s. 2008/2009 – 2010/11

	Maschi	Femmine	Totale
a.s. 2010/11	595	235	830
a.s. 2009/10	536	233	769
a.s. 2008/09	530	237	767

13. Qualificati (in età scolare) in corsi di formazione professionale tenuti - Comune di Forlì A.s. 2008/2009 – 2010/11

	Maschi	Femmine	Totale
a.s. 2010/11	188	85	273
a.s. 2009/10	220	90	310
a.s. 2008/09	154	72	226