

## Sezione 1. Contesto di riferimento 2

<b>1.1 Territorio</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Ambiente</b>	<b>4</b>
1.2.1 Fonti di inquinamento	4
<b>1.3 Popolazione</b>	<b>6</b>
1.3.1 Gli anziani	7
1.3.2 Famiglie unipersonali	10
1.3.3 Gli stranieri	10
1.3.4 La speranza di vita alla nascita	12
<b>1.4 Condizioni socio-economiche</b>	<b>14</b>
1.4.1 Tassi di attività, occupazione, disoccupazione	14
1.4.2 Settori di occupazione	16
1.4.3 Contratti interinali	17
1.4.4 Lavoratori extracomunitari	18
1.4.5 Reddito e consumo medio pro-capite	18
<b>1.5 Osservazioni epidemiologiche</b>	<b>20</b>
1.5.1 Mortalità	20
<b>1.6 Stili di vita</b>	<b>24</b>
1.6.1 Visite sportive	24
1.6.2 Obesità nell'infanzia	24
1.6.3 Alcol dipendenza	25
<b>1.7 Sicurezza</b>	<b>26</b>
1.7.1 Incidenti stradali	27
1.7.2 Infortuni sul lavoro	27
1.7.3 Infortuni domestici	32

## 1. Contesto di riferimento

Il "contesto di riferimento" costituisce contemporaneamente:

- lo "sfondo", con le caratterizzazioni tipiche delle comunità locali, aggregate per affinità storiche, sociali, culturali e continuità dei confini, nel quale l'Azienda si inserisce;
- l'ambiente per il quale l'Azienda definisce la sua *mission* e nel quale coerentemente agisce.

Pertanto, la presente Sezione è configurata da sette parti essenzialmente descrittive, per introdurre – e appunto "contestualizzare" – l'azione aziendale tesa al suo scopo, rendicontata nelle restanti Sezioni del Bilancio di Missione.

### 1.1 Territorio

Il territorio ha sempre avuto, nel corso della storia, un'importanza fondamentale per l'insediamento dell'uomo e delle strutture da questi create, necessarie non solo per la propria esistenza, bensì anche come forma di forte connotazione di comunità.

La posizione strategica delle strutture sanitarie assume, pertanto, un ruolo chiave, per l'assolvimento del precipuo compito di "produttori di salute" a queste demandato, e anche perché ciò deve essere portato avanti in un'area organicamente distribuita e, proprio per questo, tipizzata da una forte influenza di continuità socio-culturale.

L'ambito territoriale dell'Azienda USL di Imola si è dimostrato, già da parecchi anni, un forte polo di attrazione migratoria, per la sua posizione geografica e, soprattutto, grazie al suo tessuto socio-economico. Il territorio interessato comprende 10 dei 60 comuni della Provincia di Bologna, con un'estensione poco al di sopra di un quinto di quella complessiva provinciale (787 km<sup>2</sup>, su 3700 km<sup>2</sup>).

La connotazione particolare, ai livelli geomorfologico e produttivo, identifica il territorio "aziendale" in modo particolarmente interessante, anche dal punto di vista bio-geografico, perché in esso si accentuano tutti quegli aspetti di passaggio tra zona "centro europea", a zona "mediterranea". Tali elementi sostengono in modo pre-politico la recente autonomia istituzionale, con la creazione del Circondario, preceduta in questo caso da una altrettanto "mantenuta e voluta" autonomia dell'Azienda Sanitaria di riferimento, caso unico all'interno del panorama regionale.

Nell'ambito aziendale, le strutture ospedaliere sono presenti nei Comuni di Imola e Castel San Pietro Terme, mentre le strutture sanitarie *extra* ospedaliere (strutture distrettuali) sono razionalmente distribuite - oltre che nei citati Comuni - in quasi tutte le altre realtà territoriali e, in particolare, presso i Comuni di Borgo Tossignano (Vallata), Medicina e Mordano (cosiddetta "Bassa").

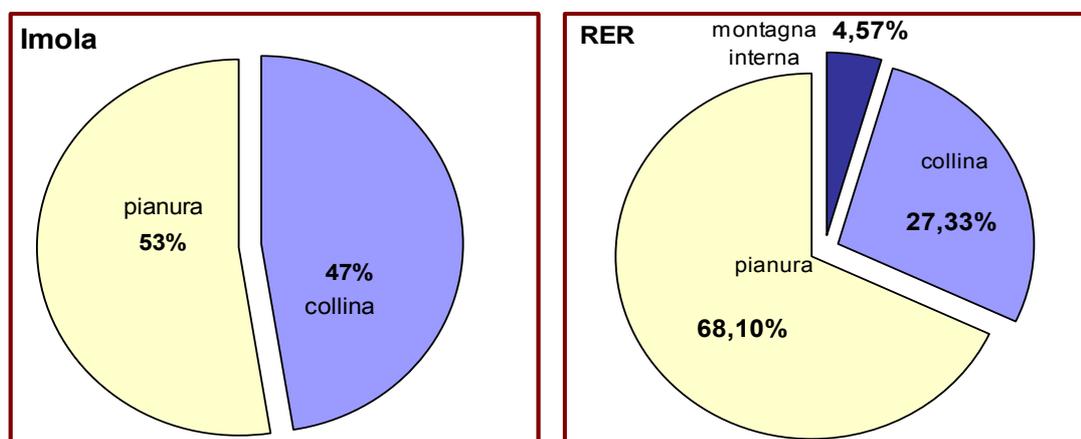
Nella seguente Tabella 1.1 si riporta in dettaglio la ripartizione di superficie e densità demografica dei Comuni che configurano il territorio dell'Azienda USL di Imola.

**Tabella 1.1 – Superficie e densità demografica nei comuni dell'AUSL di Imola al 31/12/2006 (distribuzione popolazione residente per sesso e zona altimetrica)**

COMUNE e Zona Altimetrica	SUPERF. KMQ.	DENSITA'	POPOLAZIONE			%
			M	F	Totale	
<b>Pianura</b>						
IMOLA	204,94	325,26	32.427	34.231	66.658	52,94%
MORDANO	21,46	205,17	2237	2166	4.403	3,50%
MEDICINA	159,11	96,32	7540	7786	15.326	12,17%
CASTEL GUELFO	28,55	136,39	1.966	1.928	3.894	3,09%
<b>TOTALE 1 (pianura)</b>	<b>414,06</b>	<b>218,04</b>	<b>44.170</b>	<b>46.111</b>	<b>90.281</b>	<b>71,71%</b>
<b>Collina</b>						
CASTEL S. PIETRO	148,48	134,83	9.885	10.135	20.020	15,90%
DOZZA	24,24	248,02	2.987	3.025	6.012	4,78%
CASALFIUMANESE	81,97	39,54	1.625	1.616	3.241	2,57%
BORGO TOSSIGNANO	29,12	110,82	1.608	1.619	3.227	2,56%
FONTANELICE	36,57	51,08	942	926	1.868	1,48%
CASTEL DEL RIO	52,56	23,86	624	630	1.254	1,00%
<b>TOTALE 2 (collina)</b>	<b>372,94</b>	<b>95,52</b>	<b>17.671</b>	<b>17.951</b>	<b>35.622</b>	<b>28,29%</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>787</b>	<b>159,98</b>	<b>61.841</b>	<b>64.062</b>	<b>125.903</b>	<b>100%</b>
ITALIA (anno 2003)		195				
REGIONE E.R.(anno 2004)		189,3				

Fonte dati: ISTAT e Anagrafi comunali (la Fonte RER presenta un dato non corretto e inferiore di circa 900 residenti)

**Figura 1.2– Distribuzione percentuale popolazione residente dell'AUSL di Imola confronto regionale per zona altimetrica (anno 2006)**



In base al sistema circoscrizionale statistico - che definisce la ripartizione del territorio nazionale per zone altimetriche - il territorio "aziendale" risulta composto quasi in eguale misura da pianura (414 km<sup>2</sup>) e da collina (373 km<sup>2</sup>). A fronte di questa "sovrapponibilità territoriale", la densità demografica risulta per la pianura di 218 abitanti x km<sup>2</sup> e per la collina di 95,5 abitanti x km<sup>2</sup>. La densità di popolazione media, pari a 160 abitanti x km<sup>2</sup>, risulta inferiore alla densità media sia nazionale sia regionale: ciò è essenzialmente imputabile alla rilevante "dispersione abitativa" nei Comuni di Casalfiumanese e Castel del Rio, i quali registrano densità bassissime.

## **1.2 Ambiente**

Dal mese di novembre 2003 è attivo, presso la Centralina SARA di Viale De Amicis a Imola, lo strumento per la misurazione delle polveri ultrafini di diametro inferiore a 10 µm (PM10): queste polveri, grazie alle loro piccole dimensioni, sono in grado di raggiungere le parti più profonde dell'albero respiratorio, con conseguenze molto rilevanti per la salute pubblica (malattie acute e croniche dell'apparato respiratorio e circolatorio).

Il Comitato tecnico provinciale per l'inquinamento atmosferico - in cui sono rappresentati l'ARPA, l'AUSL e il Comune di Imola, e la Provincia di Bologna - ha valutato la Centralina di Viale de Amicis, fra le tre attivate, come la più rappresentativa per il parametro PM10 di un'area del centro urbano, caratterizzata da intenso traffico veicolare.

È altresì da evidenziare che - tenuto conto che le polveri fini hanno un'area di distribuzione molto vasta, rispetto alla sorgente emissiva (in *primis* il traffico veicolare) - i valori di concentrazione di PM10 misurati a Imola si possono senz'altro ritenere rappresentativi di tutto il territorio del Circondario imolese.

### **1.2.1 Fonti di inquinamento**

Nel corso del 2006, il numero delle giornate in cui il valore medio misurato di PM10 è stato superiore a 50µg/m<sup>3</sup> (limite fissato dalla vigente normativa, al 1/01/2005) è pari a 69, ovvero la percentuale di giornate/anno, con valori nella norma, è dell'81,09%.

Tuttavia, dal punto di vista strettamente sanitario, gli effetti nocivi sulla salute di questo inquinante sono proporzionali alle concentrazioni e non sono noti meccanismi di soglia, cioè valori al di sotto dei quali non si verifica alcun danno alla salute.

I 69 superamenti del valore fissato dalla normativa sono concentrati nei mesi invernali, da gennaio ad aprile, e nell'autunno, da settembre a dicembre. Ciò risulta comprensibile se si considera che:

- le fonti di questo inquinante sono rappresentate principalmente dal traffico veicolare e dagli impianti del riscaldamento domestico;
- le condizioni atmosferiche tipiche della stagione autunno/inverno influenzano pesantemente la concentrazione al suolo delle polveri (smog).

Per quanto il dato prevalente confermi le determinanti appena esposte, si devono sottolineare comunque alcuni superamenti (n. 6) anche nel mese di giugno.

Se si pensa che nei mesi invernali si osserva il maggior numero delle affezioni morbose di tipo infiammatorio, che interessano l'albero respiratorio, è facile ipotizzare che l'inquinamento dell'aria possa aggravare questa situazione.

**Tabella 1.3 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell'AUSL di Imola**

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%

Fonte: ARPA sezione di Bologna

N.B. PM10 misura polveri ultrafini di diametro inferiore a 10µm. Le percentuali sono state calcolate sulla base dei dati validi, rilevati nell'anno 2006.

A margine, si evidenzia che, nel corso del 2006:

- nell'ambito delle Conferenze di Servizi istituzionali e nell'apposito Tavolo Tecnico comunale, è stato fornito un contributo per l'introduzione di elementi di "mitigazione e compensazione" nel Progetto della Centrale di Cogenerazione Hera-Imola;
- sulla scorta dei dati 2004, è stata effettuata la valutazione di impatto sanitario, sui dati di mortalità e di morbilità, attribuibili a PM10 e Ozono;
- è stato dato un contributo alla redazione del Piano di Risanamento della Qualità dell'Aria, recentemente prodotto dalla Provincia di Bologna.

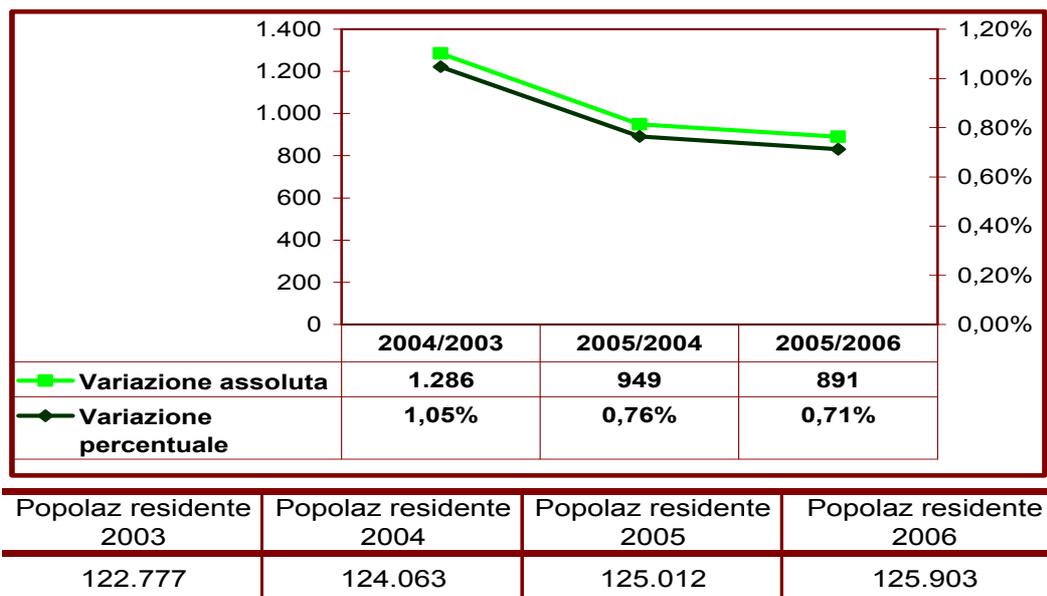
### 1.3 Popolazione

I principali cambiamenti che incidono sulla popolazione continuano a essere rappresentati dall'invecchiamento e dal fenomeno migratorio: da tali dimensioni non si può prescindere nella ricerca di quell'equilibrio socio-economico, cui tutte le società dovrebbero tendere per eliminare (mitigare!) le cosiddette aree di vulnerabilità.

L'attento monitoraggio del quadro demografico costituisce un fattore di primaria importanza per rilevare "indici di movimento", "stato della popolazione residente", e per capire e interpretare i fenomeni sociali a esso correlati.

Così come rappresentato in Figura 1.4, nel contesto del Nuovo Circondario - consolidato oramai il livello dei 125.000 residenti - a partire dal 2003, la variazione assoluta evidenzia un andamento in crescita, con un aumento nell'ultimo anno di circa 900 unità, mentre la variazione percentuale risulta in diminuzione.

**Figura 1.4 – Variazione assoluta e % della popolazione (rilevazione al 31/12)**



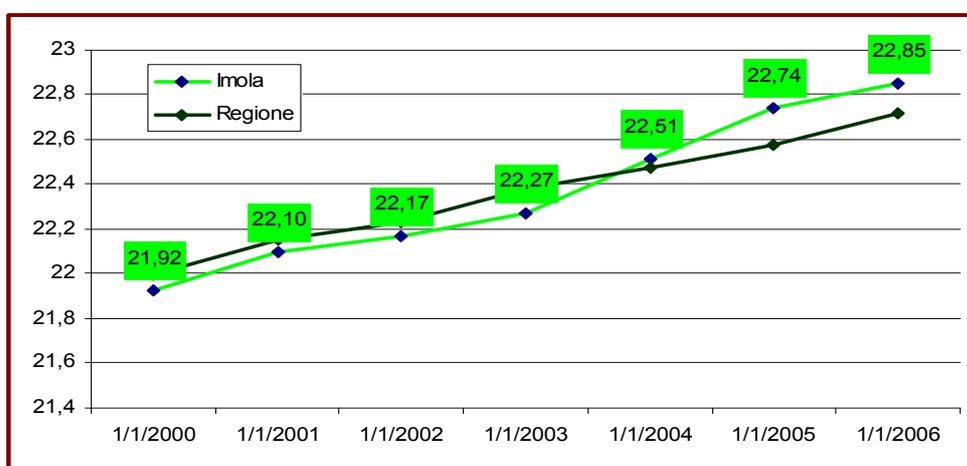
Nel 2006, in termini di variazione percentuale, i Comuni che registrano una maggiore crescita sono Casalfiumanese col +2%, seguito da Castel Guelfo (+1,5%) e Medicina (+1,4%), mentre si rilevano variazioni negative per i Comuni di Castel del Rio (-1,4%), Fontanelice (-1%) e Borgo Tossignano (-0,95%). Pertanto, complessivamente, si conferma, non solo la bassa densità della "Vallata", di cui si è detto all'inizio, bensì l'ulteriore diminuzione della popolazione residente.

### 1.3.1 Gli anziani

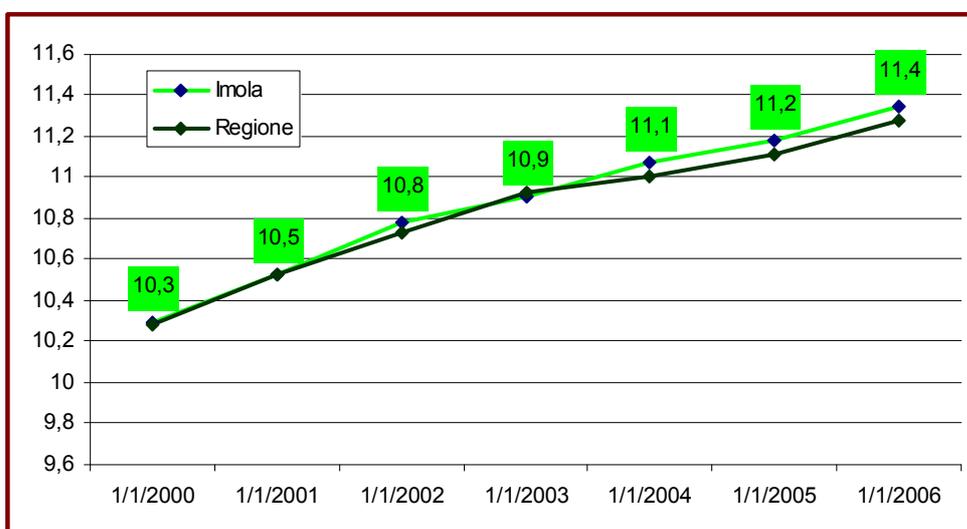
Il fenomeno sociale dell'invecchiamento della popolazione ha profondamente modificato – e, secondo le stime, modificherà ancora - gli equilibri nella composizione delle comunità locali.

Il Circondario imolese - caratterizzato da un elevato grado di sviluppo e inserito in una Regione che, nel panorama nazionale, ha subito prima di altre un'intensa trasformazione strutturale delle classi di età - non è naturalmente esente dal fenomeno: al 31/12/2006, gli anziani oltre i 65 anni risultano essere 28.892 e rappresentano circa il 23% di tutta la popolazione residente.

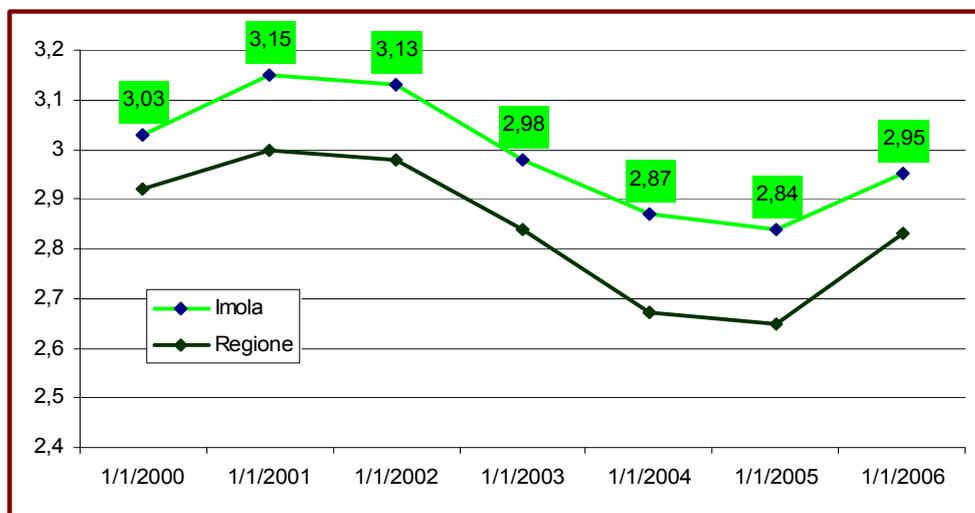
**Figura 1.5 – % di anziani ultra 65 anni della popolazione dell'AUSL di Imola confronto dati regionali (rilevazione al 31/12)**



**Figura 1.6 – % di anziani ultra 75 anni della popolazione AUSL di Imola confronto dati regionali (rilevazione al 31/12)**



**Figura 1.7 – % di grandi anziani ultra 85 anni della popolazione AUSL di Imola confronto dati regionali (rilevazione al 31/12)**



Così come è rappresentato nelle Figure 1.5, 1.6 e 1.7, l'incidenza di anziani - nelle fasce di età  $\geq 65$  e  $\geq 75$ , e ancor più in quella dei cosiddetti grandi anziani (età  $\geq 85$  anni) – è, a partire dal 2004, costantemente e sostanzialmente superiore, nell'ambito dell'Azienda USL di Imola, rispetto al dato medio regionale. Mentre per i grandi anziani questa maggiore incidenza risale almeno al 2000, per le altre categorie di età esaminate, il 2003 rappresenta un anno di "rottura", quale esito sia di superiori tassi di crescita della popolazione anziana sia dell'incorporazione di un territorio, il Comune di Medicina, caratterizzato da popolazione mediamente più anziana.

I dati appena descritti assumeranno grande significanza nella Sezione 2, che analizza attività e costi per Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza, di cui si anticipa in modo esemplificativo il maggiore onere dell'Azienda USL di Imola per il livello distrettuale, rispetto alle altre Aziende regionali.

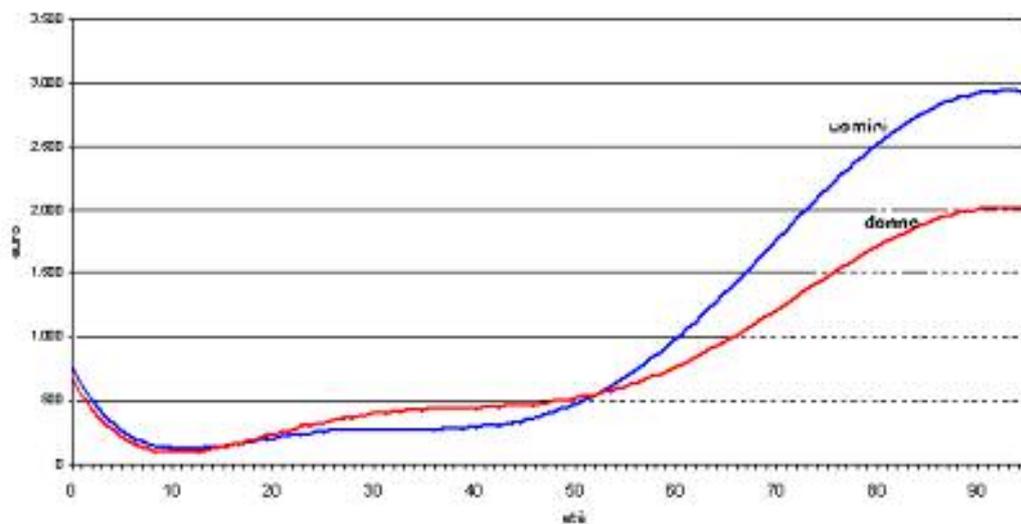
Sulla trasformazione demografica che si sta trattando, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 riporta quali dati e proiezioni:

- *le persone ultra-65enni passeranno da circa 10 milioni e mezzo del 2001, a oltre 12 milioni nel 2011;*
- *le persone ultra-75enni passeranno da circa 4 milioni e seicentomila del 2001, a oltre 6 milioni nel 2011;*
- *le persone ultra-85enni passeranno da circa 1 milione e duecentocinquantamila del 2001, a 1 milione e settecentomila nel 2011;*
- *le persone ultra-anziane (di 99 anni e oltre) sono quintuplicate in venti anni (da circa 2000 nel 1981, a oltre 11.000 nel 2001).*

Alla luce dello stato relativo al territorio "aziendale" e della ricaduta prospettica, sulla base delle stime nazionali, risulta evidente che, a breve, il Sistema regionale dovrà probabilmente "ripensarsi" in modo coerente, ovvero risulterà difficilmente sostenibile che l'invecchiamento della popolazione residente possa continuare a essere tradotto esclusivamente – ai fini dell'equità distributiva, tra bacini di utenza, caratterizzati da una diversa stratificazione demografica - in uno tra i diversi coefficienti di pesatura della quota capitaria.

Sull'argomento, si sta sviluppando un filone di studio teorico-applicativo, teso a identificare la modalità più corretta per quantificare i costi socio-sanitari dell'invecchiamento della popolazione.

**Figura 1.8 – Stima della funzione del costo pro-capite/anno in relazione all'età**



Fonte: Invecchiamento e costi sanitari, Osservatorio Epidemiologico Aziendale, Azienda ULSS 9, Treviso

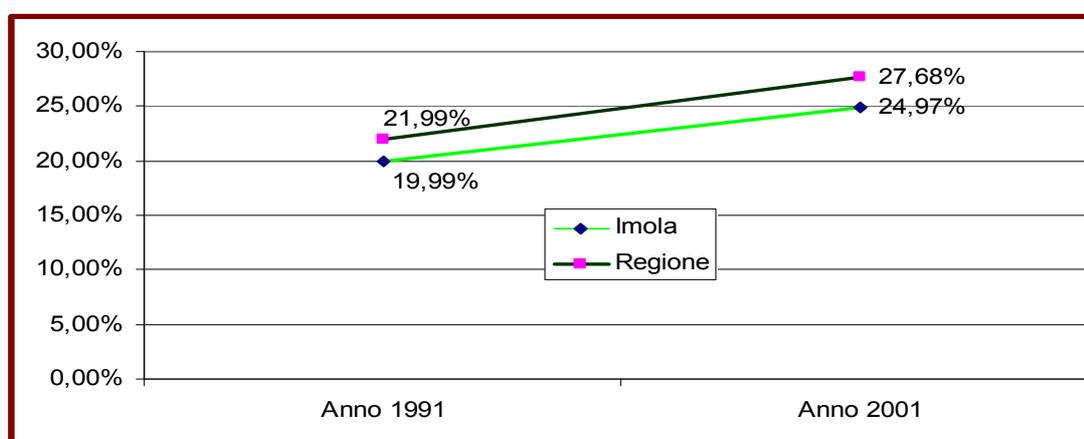
Ad oggi, si può già affermare che l'onere economico collegato all'invecchiamento sia su ordini di grandezza esponenziali, come rappresentato in Figura 1.8: il costo va dai 200-400 euro pro capite/anno, nelle età fino ai 40 anni, per arrivare a quasi 3.000 euro, nelle fasce di età più elevate.

### 1.3.2 Famiglie unipersonali

Nell'Azienda USL di Imola, il numero di famiglie residenti, con uno o più componenti, è aumentato nell'ultimo decennio del 15%, giungendo - secondo i dati rilasciati dalle Anagrafi Comunali, al 31/12/2005 - alla cifra di 52.311.

Secondo i censimenti ISTAT, nel 1991, il dato delle famiglie unipersonali ammonta a 8.340, e nel 2001, risulta cresciuto fino a 12.016, rispettivamente il 20 ed il 25% circa del totale dei nuclei, contro rispettivamente il 22% circa ed il 27,7% del livello regionale (vedi Figura 1.9).

**Figura 1.9 – % famiglie unipersonali sul totale della famiglie dell'AUSL di Imola confronto dati regionali (censimenti 1991-2001)**



Sul fenomeno delle famiglie unipersonali in costante crescita incide:

- l'invecchiamento della popolazione, di cui si è detto nel paragrafo precedente;
- la valenza socio culturale dello *status* di single.

A quest'ultimo proposito, le famiglie unipersonali per le quali ciò rappresenta prevalentemente una scelta (giovani, adulti) – piuttosto che un esito (anziani e grandi anziani) – sono in aumento soprattutto dal 2000, e si stima che, oggi, anche nel territorio "aziendale", il rapporto tra nuclei uni personali e pluri personali stia passando da 1/4 ad 1/3.

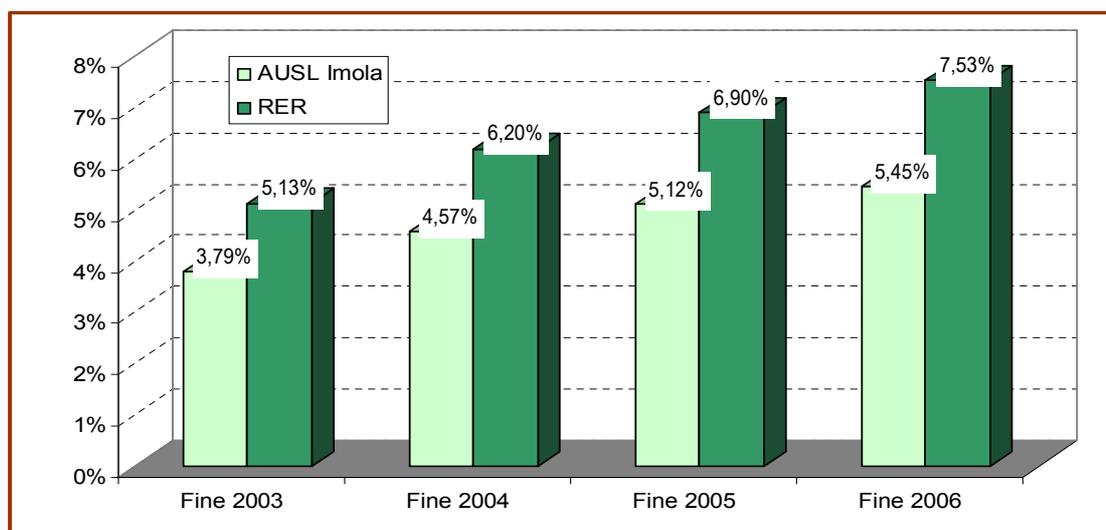
### 1.3.3 Gli stranieri

Il trend relativo agli stranieri residenti nella Azienda USL di Imola ha evidenziato un andamento crescente, sin dal 1999.

Ciò detto, nel territorio "aziendale", l'incidenza di stranieri residenti risulta essere inferiore a quella regionale, con una "forbice" che tende ad allargarsi: infatti, anche il tasso di crescita è inferiore a quello regionale, e presenta il seguente andamento decrescente:

- + 21,7%, tra 2004 e 2003;
- +13,1%, tra 2005 e 2004;
- +7,2%, tra 2006 e 2005.

**Figura 1.10 - % popolazione straniera su totale popolazione residente (rilevazione al 31/12)**



I residenti stranieri al 31/12/2006, in valore assoluto, sono 6.868, ovvero una "comunità" ben superiore ai residenti di 7 Comuni su 10, dell'ambito dell'AUSL di Imola: ciò rende genericamente la dimensione dell'impatto che si genera, anche a livello di capacità dinamica nella diversificazione *ad hoc* dei servizi e dei "linguaggi".

L'obiettivo a tendere è la piena inclusione, nelle garanzie di Sistema, di cittadini stranieri, che hanno come unici tratti unificanti la propensione a divenire sempre più "famiglie" appartenenti al territorio – piuttosto che, come nella fase iniziale del fenomeno, in transito, ovvero a permanenza periodica – e l'alterità auto ed etero percepita, e che a loro volta manifestano diversità di provenienza, cultura, usi e abitudini (etica) e moventi del loro sradicamento.

Nell'ambito aziendale, i gruppi nazionali più numerosi sono:

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

Se si prende il dato dei gruppi nazionali più numerosi nel Comune di Imola, appaiono le ucraine che, con alta probabilità, sono presenze collegate alla rilevante richiesta di assistenza continuativa a domicilio per anziani.

### 1.3.4 La speranza di vita alla nascita

La speranza di vita alla nascita, su base triennale, evidenzia una disparità tra generi, in tutte le province dell'Emilia Romagna, a favore delle donne.

Per chi nasce in riva all'Adriatico, la speranza è maggiore: è il caso della Provincia di Rimini, su tutte, e anche di Ravenna e Cesena-Forlì.

**Tabella 1.11 – Speranza di vita alla nascita su base triennale (per provincia)**

Province di residenza	Anni					
	1997-1999		2000-2002		2003-2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	75,78	82,52	76,8	83,48	77,13	82,99
Parma	76,12	82,84	77,29	83,65	77,61	83,09
Reggio Emilia	76,49	83,04	77,74	83,93	78,00	83,76
Modena	76,3	82,69	78,07	83,87	78,60	83,85
Bologna	77,00	82,98	77,99	83,58	78,75	83,52
Ferrara	75,43	81,99	76,27	83,05	77,24	82,84
Ravenna	77,09	83,24	78,47	84,12	79,13	84,03
Forlì-Cesena	77,72	83,31	78,2	84,35	78,81	84,14
Rimini	77,57	83,66	78,75	84,63	79,00	84,26
	76,62	82,88	77,78	83,78	78,25	83,61
	2004		2005		2006	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine		
REGIONE	78,1	83,9	78,1	83,6	78,3	83,6

Fonte RER

Da Fonte ISTAT per il triennio 2003-2005 risultano 4 mesi in più per gli uomini (78,7) e 5 mesi in più per le donne (84,1)

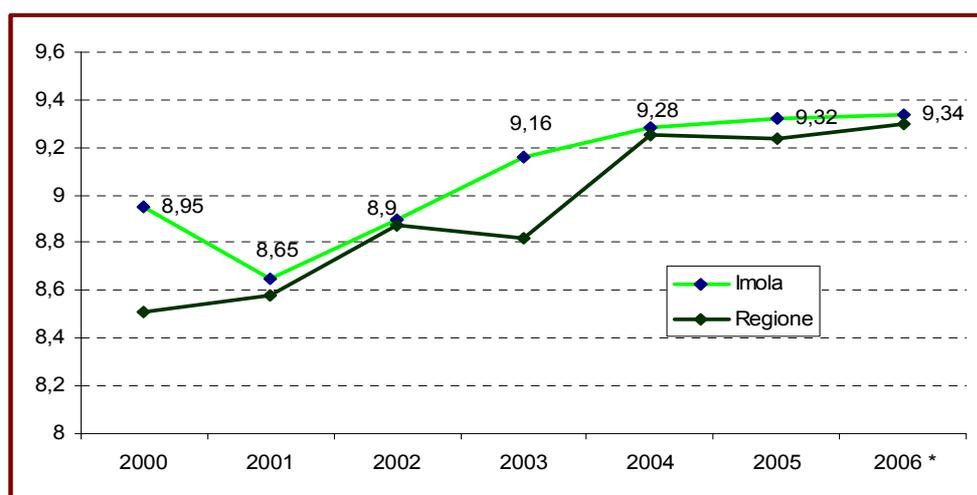
Risulta evidente come, secondo le stime regionali e ISTAT, il divario fra i sessi, a favore della donna, si sia mantenuto pressoché costante negli ultimi 10 anni, mediamente intorno ai 5 anni di vita. L'aumento della vita media - interrottosi il legame negativo con la mortalità infantile del trentennio scorso - è ora strettamente connesso al contributo delle età intermedie e soprattutto delle avanzate, che guadagnano sempre più in termini di anni.

**Tabella 1.12 - Speranza di vita a 65 anni su base triennale (per provincia)**

Province di residenza	Anni					
	1997-1999		2000-2002		2003-2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	16,13	20,57	16,79	21,21	16,857	20,874
Parma	16,33	20,85	17	21,35	17,194	21,065
Reggio Emilia	16,57	21,02	17,13	21,62	17,236	21,407
Modena	16,46	20,82	17,33	21,57	17,832	21,375
Bologna	16,85	20,83	17,53	21,41	17,881	21,257
Ferrara	15,85	20,32	16,74	20,83	16,941	20,801
Ravenna	17,26	21,46	17,91	21,97	18,452	21,718
Forlì-Cesena	17,25	21,38	17,63	21,95	17,975	21,718
Rimini	16,84	21,46	17,76	21,95	18,143	21,574
REGIONE	16,63	20,92	17,33	21,5	17,647	21,297

La speranza di vita a 65 anni, invece, è più omogenea tra le diverse province, anche se la prevalenza è ancora del genere femminile, grazie alla ridotta mortalità nell'ultimo ventennio.

Tra le "nuove" dinamiche demografiche - fortemente legate alla specificità della componente migratoria, sia estera sia da altre regioni italiane - si registra l'incremento della natalità. Detto incremento - generatosi nel corso degli ultimi 10 anni e fotografato dal "tasso grezzo di natalità" - in Emilia Romagna risulta pari a 9,34, nel 2006.

**Figura 1.13 – Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto con il dato medio regionale**

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

Confrontando i livelli territoriali, dal 2000 in avanti, si nota come - pur non con elevate differenziazioni - il tasso nel territorio "aziendale" sia sempre superiore al rispettivo medio regionale.

## 1.4 Condizioni socio-economiche

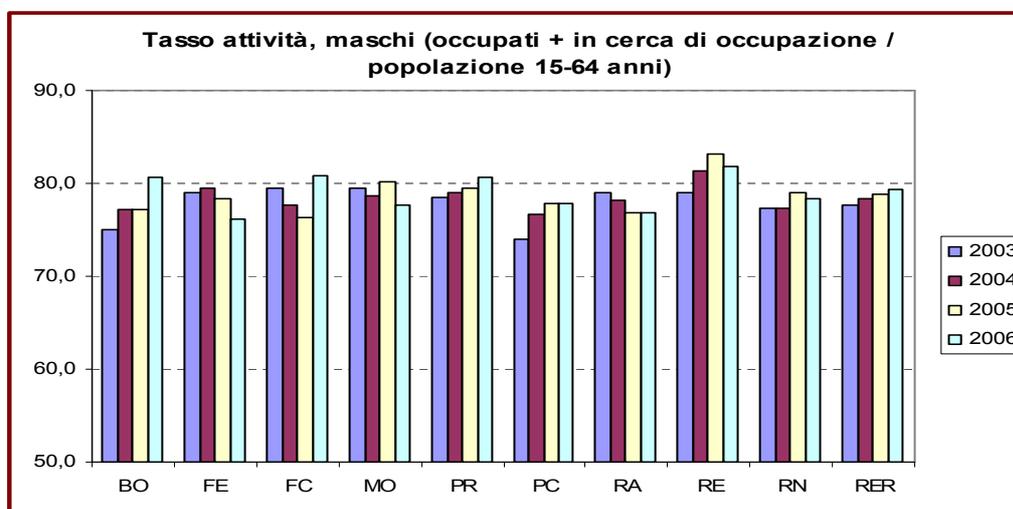
È indubbio che il tessuto produttivo, il mercato del lavoro e il cosiddetto "capitale sociale" rappresentino, per un territorio e le comunità interessate, determinanti fondamentali dello sviluppo e del tenore di vita.

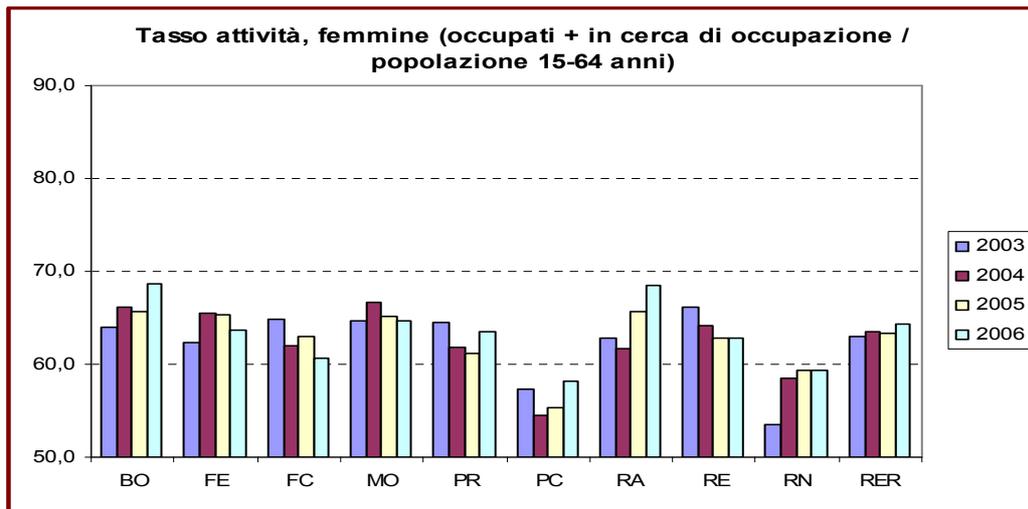
Le tabelle e i grafici di seguito riportati - non esaustivi dei succitati aspetti - fanno emergere un solido tessuto economico-sociale, in tutta la Regione Emilia Romagna, con realtà di prim'ordine, sia per quanto riguarda l'Industria e l'Agricoltura sia per il settore Terziario.

### 1.4.1 Tassi di attività, occupazione, disoccupazione

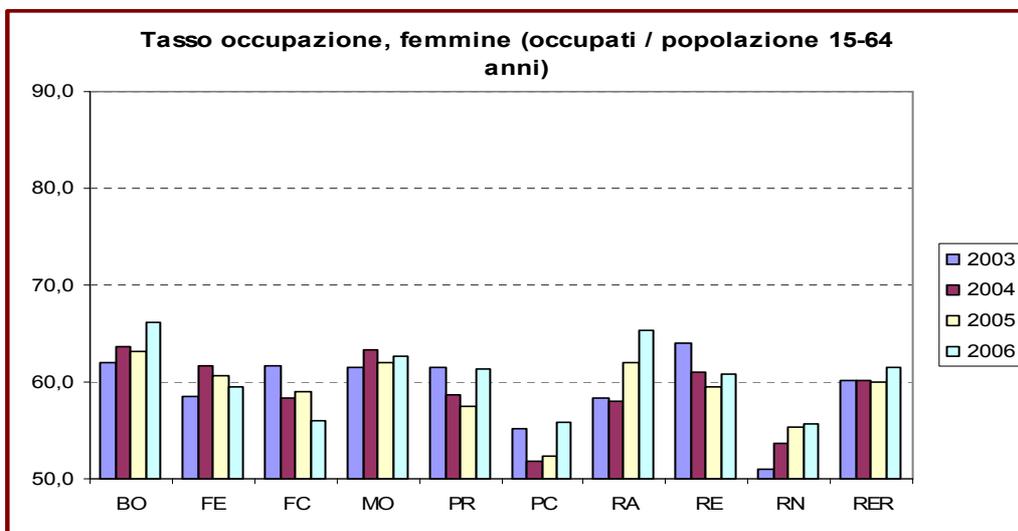
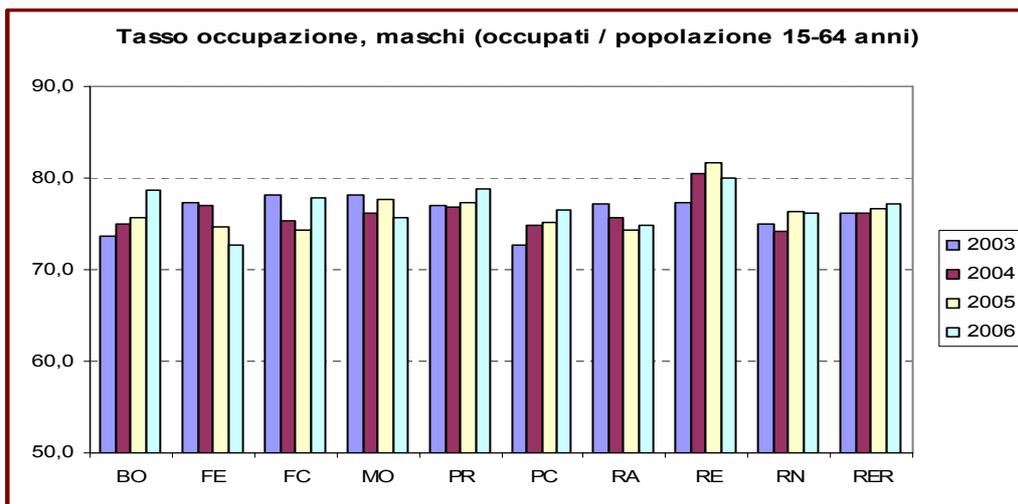
I dati relativi al tasso di attività e di occupazione, nel territorio bolognese, cui appartiene l'Azienda USL di Imola, sono analoghi a quelli medi regionali; i tassi di disoccupazione risultano invece molto inferiori, sia per i maschi sia per le femmine.

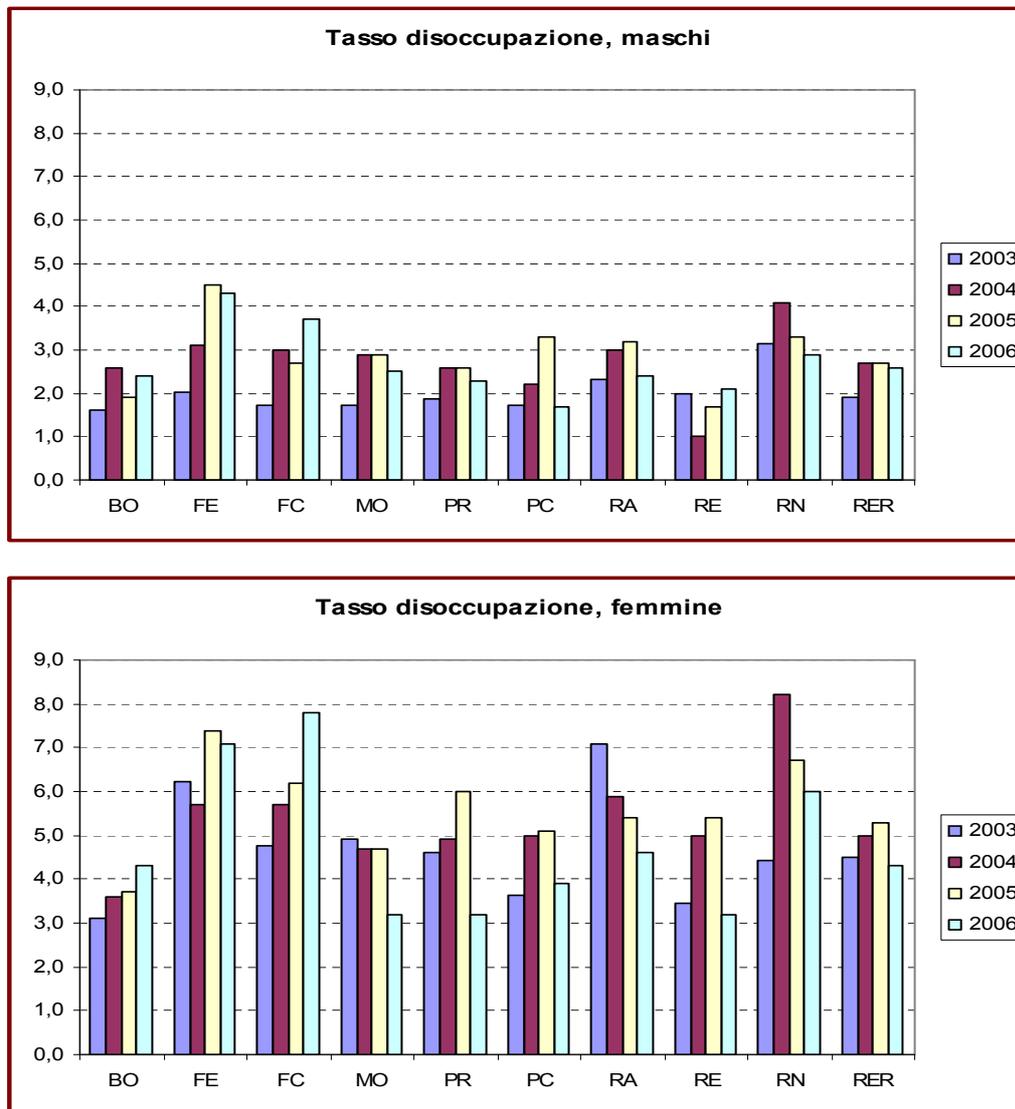
**Figura 1.14 - Tasso di attività per sesso, dati provinciali e regionali**





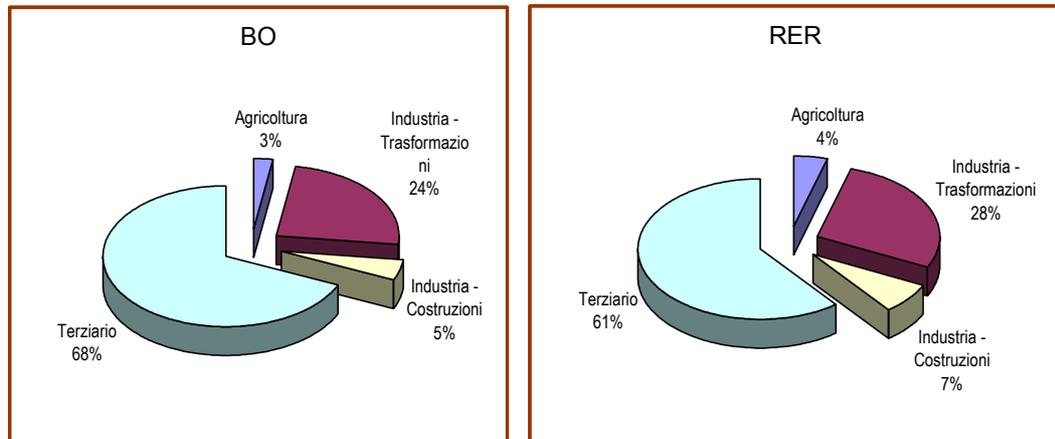
**Figura 1.15 - Tasso di occupazione per sesso, con dati provinciali e regionali**



**Figura 1.16 - Tasso di disoccupazione per sesso, dati provinciali e regionali**

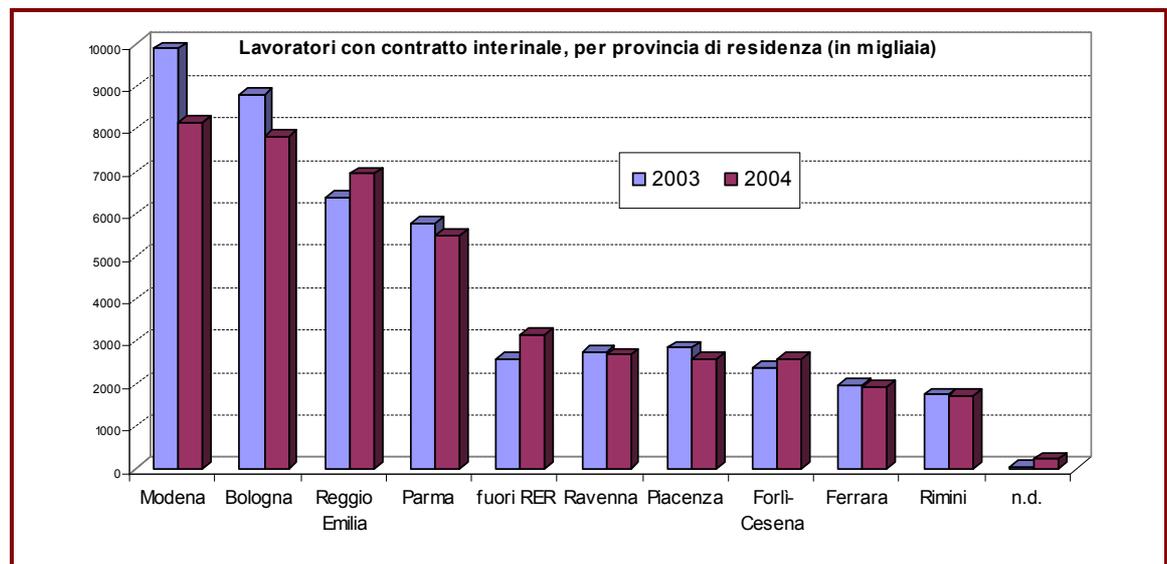
### 1.4.2 Settori di occupazione

Gli occupati si distribuiscono per settori economici come visualizzato in Figura 1.17; si evidenzia, per la Provincia di Bologna, una maggiore incidenza del settore terziario, a scapito dell'industria.

**Figura 1.17 – Distribuzione delle attività economiche per settore**

### 1.4.3 Contratti interinali

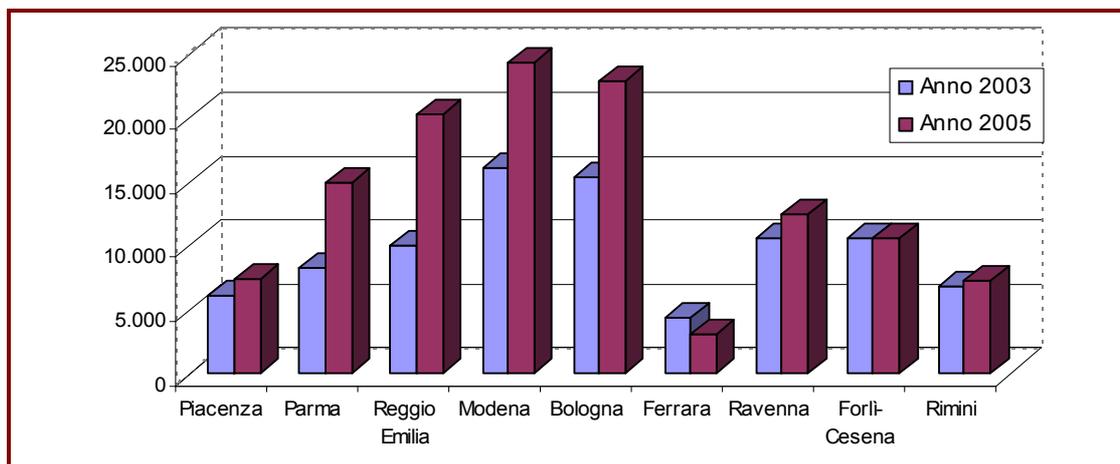
La diffusione dei contratti interinali presenta un elevato grado di eterogeneità tra le Province dell'Emilia Romagna; per quanto riguarda la provincia di Bologna, si rileva un trend decrescente nel periodo per il quale sono disponibili i dati.

**Figura 1.18 - Numero lavoratori con contratto interinale**

### 1.4.4 Lavoratori extracomunitari

Il numero di lavoratori stranieri extracomunitari è in forte crescita a livello regionale e, in particolare, nelle Province di Reggio Emilia, Modena e Bologna.

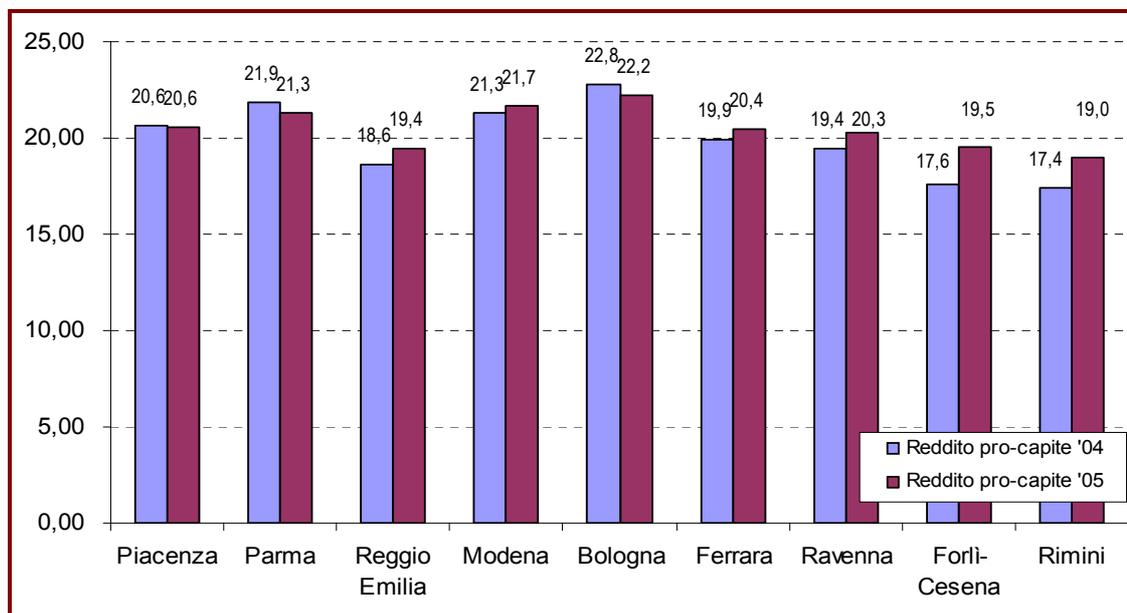
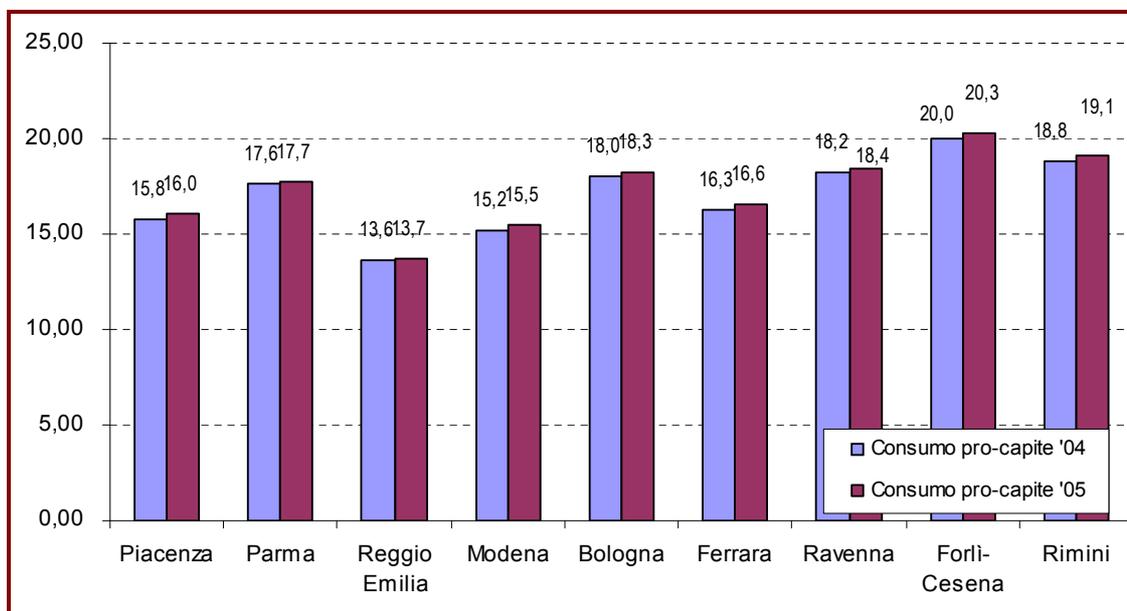
**Figura 1.19 - Numero lavoratori extracomunitari**



L'ultimo dato disponibile sui lavoratori extracomunitari occupati nell'ambito dell'Azienda USL di Imola riguarda il 2005 ed è di 3.617 unità, ovvero circa il 50% degli stranieri residenti nello stesso anno (6.406): ciò sembra confermare quanto anticipato nel paragrafo 1.3.3, sulla tendenza a radicarsi sul territorio sempre più in modo stanziale, come famiglie.

### 1.4.5 Reddito e consumo medio pro-capite

Come evidenziato in Figura 1.20, la Provincia di Bologna si trova al primo posto, in Regione, per reddito pro-capite, con una elevata propensione al risparmio e all'investimento, dimostrata dal più modesto livello dei consumi pro-capite (Figura 1.21).

**Figura 1.20 - Reddito medio pro-capite per province della Regione Emilia Romagna (valori in migliaia di euro)****Figura 1.21 - Consumo medio pro-capite per province della Regione Emilia Romagna (valori in migliaia di euro)**

## 1.5 Osservazioni epidemiologiche

Le caratteristiche dell'evoluzione demografica e della collegata evoluzione dei bisogni "sanitari" – invecchiamento della popolazione; ridotta natalità; aumento dei flussi migratori, sia come numerosità sia come estensione delle aree di provenienza – indicano come prioritarie:

- le malattie cardiovascolari;
- i tumori;
- le malattie cronico-degenerative;
- eventi infettivi prevenibili (e in parte in "ri-emersi");
- altre malattie dell'invecchiamento e dell'infanzia.

### 1.5.1 Mortalità

Lo studio della mortalità, basato sul numero assoluto dei decessi, e sui tassi di mortalità - totali e per causa di morte - rappresenta uno dei principali strumenti di analisi dello stato di salute della popolazione. I relativi indicatori sono utili al fine di individuare strategie di prevenzione "mirate", oltre a rappresentare un "risultato finale" di outcome del Sistema complessivo (soprattutto, ma non solo, per le patologie oggetto di azioni mirate di prevenzione e screening). Il numero assoluto di morti, nei Comuni dell'Azienda USL, passa dai 1.305 del 2003 (652 Femmine e 653 Maschi) ai 1.336 del 2004 (649 F e 687 M) ai 1.353 del 2005 (681 F e 672 M). Stante la crescita più che proporzionale della popolazione residente, ne deriva che il tasso di mortalità – rappresentato in Tabella 1.22 – è complessivamente in sensibile diminuzione, e costantemente al di sotto delle medie regionali, con una forbice positiva che tende ad allargarsi. Tale diminuzione è soprattutto imputabile alla componente maschile, mentre il tasso di mortalità femminile registra un aumento tra il 2004 e il 2005.

**Tabella 1.22 - Tasso standardizzato di mortalità totale – Periodo 2003-2005**

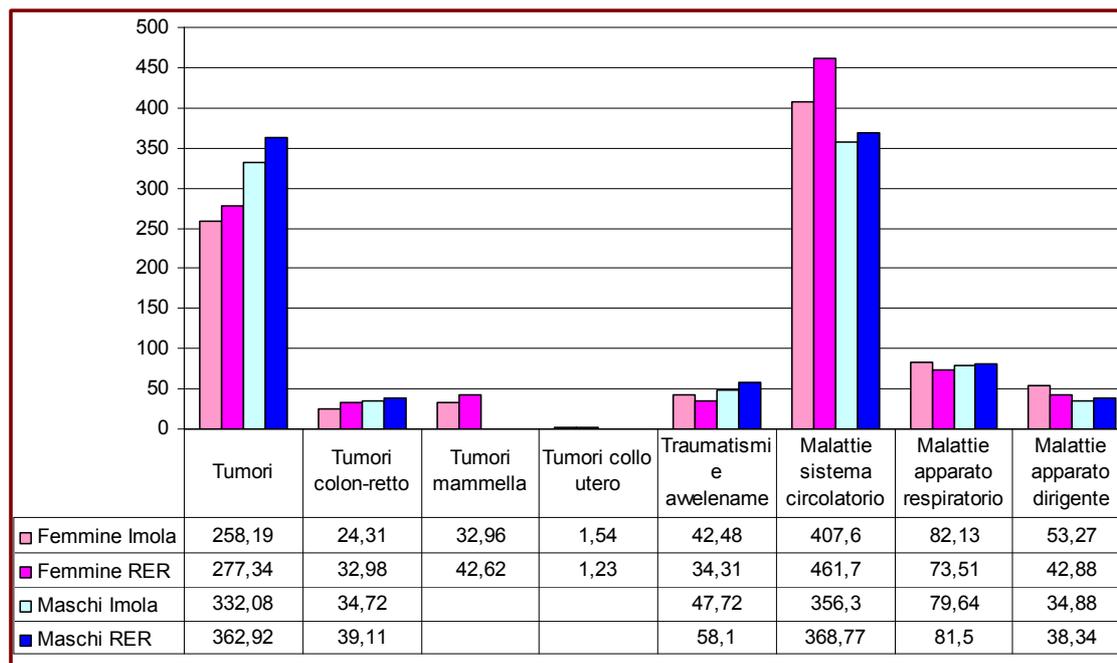
	<b>2003 Imola</b>	<b>2003 R.E.R.</b>	<b>2004 Imola</b>	<b>2004 R.E.R.</b>	<b>2005 Imola</b>	<b>2005 R.E.R.</b>
Femmine	1168,58	1154,53	1018,13	1042,38	1038,63	1059,25
Maschi	1111,87	1156,34	1017,01	1058,55	967,08	1032,03
Totale	1153,90	1157,08	1031,01	1052,26	1015,39	1049,22

Esaminando i tassi di mortalità per grandi cause, nell'ambito aziendale, si confermano, in cima alla graduatoria, i decessi dovuti a malattie del Sistema Circolatorio - pur se con un'incidenza nettamente inferiore a quella regionale - in particolare per le donne; seguono i Tumori, per i

quali valgono le medesime considerazioni comparative. Superiore invece - seppur in misura molto modesta - la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio.

Sulle morti per Traumatismi - più frequenti, nell'ambito dell'AUSL di Imola, per il genere femminile - pesano in modo considerevole gli incidenti stradali.

**Figura 1.23 - Tasso standardizzato di mortalità per grandi cause e per sesso (anno 2005)**



In Tabella 1.23, oltre alle grandi cause di morte, sono rappresentati anche i tassi di mortalità per tumori del colon-retto, della mammella e del collo dell'utero, in quanto oggetto di screening di popolazione e quindi di prevenzione mediante diagnosi precoce (vedi Sezione 2): l'Azienda USL di Imola presenta una mortalità costantemente e significativamente inferiore, salvo che per i tumori al collo dell'utero.

**Tabella 1.24 - Anni di vita potenzialmente persi per grandi cause e per sesso**

Anno/sesso Cause	2000		2002		2004	
	M	F	M	F	M	F
Tumori	10,4	14,71	11,19	14,1	12,64	11,41
Tumori maligni mammella		18,1		12,6		17,1
Tumori maligni collo utero		3,48				
Tumori mal. colon retto, rettosig.,ano	10	17,48	4,07	12,7	14,32	10,04
Malattie sistema circolatorio	9,14	9,96	9,33	6,02	7,7	10,16
Malattie apparato respiratorio	12,13	15,83	17,78	15,58	9,29	4,12
Malattie apparato dirigente	13,55	11,81	11,68	12,01	7,8	12,4
Traumatismi e avvelenamenti	29,44	18,58	33,35	26,31	26,6	28,96
<b>TOTALE Ausl</b>						
<b>Imola</b>	<b>12,53</b>	<b>12,12</b>	<b>12,45</b>	<b>11,66</b>	<b>12,21</b>	<b>11,71</b>
<b>RER</b>	<b>12,32</b>	<b>11,79</b>	<b>12,29</b>	<b>11,27</b>	<b>11,96</b>	<b>11,01</b>

Dall'analisi delle Tabelle 1.25 e 1.26 emerge una prevalenza di casi di AIDS superiore a quella regionale, una crescita dell'incidenza di parassitosi cutanee e di malattie sessualmente trasmesse, e una riduzione di casi di tubercolosi e di malattie trasmesse da alimenti.

**Tabella 1.25 - Malattie infettive e tassi di incidenza (x 100.000)**

Malattia	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N° casi	Incid.								
Epatiti virali da HBV e HCV	1	0,93	3	2,77	3	2,42	5	4	8	6,4
Meningiti batteriche e virali	9	8,35	10	9,22	25	20,15	12	9,6	14	11,2
Malattie trasmesse da alimenti	41	38,03	66	60,85	128	103,17	50	40	49	39,2
Tubercolosi	15	13,91	13	11,98	14	11,28	7	5,6	10	8
Malaria	0		2	1,84	2	1,61	1	0,8	0	0
Malattie sessualmente trasmesse	6	5,56	5	4,61	1	0,81	1	0,8	4	3,2
Malattie esantematiche	888	823,58	528	486,77	1004	809,27	465	371,96	604	483,2
Parassitosi cutanee (scabbia e pediculosi)	228	211,46	187	172,4	220	177,33	87	69,59	352	281,6

**Tabella 1.26 - Tasso di prevalenza casi di AIDS**

	31/12/2001		31/12/2003		31/12/2005	
	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)
<b>AUSL Piacenza</b>	66	24,6	78	28,8	97	35,2
<b>AUSL Parma</b>	108	26,8	123	30,2	136	32,6
<b>AUSL Reggio Emilia</b>	88	19,0	108	22,6	118	23,9
<b>AUSL Modena</b>	165	25,8	173	26,5	198	29,8
<b>AUSL Bologna</b>	239	29,7	262	32,3	260	31,5
<b>AUSL Imola</b>	64	53,0	66	53,8	72	57,6
<b>AUSL Ferrara</b>	86	24,8	94	27,0	100	28,5
<b>AUSL Ravenna</b>	183	51,7	206	57,1	226	61,2
<b>AUSL Forlì</b>	81	46,9	85	48,5	91	50,8
<b>AUSL Cesena</b>	40	21,4	53	27,7	56	28,6
<b>AUSL Rimini</b>	95	34,3	125	44,1	137	47,2
<b>Totale</b>	1215	30,1	1373	33,5	1491	35,6

(\*) I casi prevalenti alla fine di un determinato anno sono tutti i casi che risultavano 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.

**Tabella 1.27 - Nuovi casi di AIDS registrati nell'Ausl di Imola dal 1993 al 2005**

ANNO	CASI
<b>1993</b>	15
<b>1994</b>	19
<b>1995</b>	26
<b>1996</b>	22
<b>1997</b>	11
<b>1998</b>	9
<b>1999</b>	8
<b>2000</b>	12
<b>2001</b>	7
<b>2002</b>	4
<b>2003</b>	5
<b>2004</b>	3
<b>2005</b>	9

## 1.6 Stili di vita

### 1.6.1 Visite sportive

Il ricorso a visite mediche nel settore della Medicina Sportiva può essere interpretato come *proxy* di un aspetto importante dello stile di vita di una collettività, influente sullo stato di salute.

In Tabella 1.28 si evidenzia una crescita tendenziale e costante negli anni, tra l'altro considerando solamente le visite effettuate presso il Centro Pubblico di Medicina Sportiva della Azienda USL di Imola (ambulatori dei Comuni di Imola e Medicina).

Sul territorio "aziendale" insistono altri specialisti abilitati nell'effettuare questa tipologia di prestazione; tuttavia, si ritiene che questo report interpreti sufficientemente l'aspetto dell'avviamento allo sport.

Per norma, i centri pubblici delle Aziende Sanitarie sono gli unici a rilasciare gratuitamente tali prestazioni agli atleti con età  $\leq 18$  anni, e ai disabili.

**Tabella 1.28 - Attività ambulatorio Medicina dello Sport  
visite mediche secondo le discipline sportive**

ATTIVITA' SPORTIVA	2002	2003	2004	2005	2006
ATLETICA LEGGERA	56	32	67	108	130
CALCIO	616	617	807	818	757
CICLISMO	171	132	120	47	38
NUOTO	213	192	213	212	206
PALLACANESTRO	334	349	356	311	316
PALLAVOLO	78	144	256	266	318
TENNIS	87	64	76	74	59
ALTRI SPORT DI	263	248	299	286	247
ALTRI SPORT INDIVIDUALI	197	191	243	277	329
Non Idonei (Attività varie)	0	3	0	2	4
<b>TOTALE</b>	<b>2.015</b>	<b>1.972</b>	<b>2.437</b>	<b>2.401</b>	<b>2.417</b>

Fonte: Elaborazioni UOSSIS su dati ambulatorio Medicina dello Sport

### 1.6.2 Obesità nell'infanzia

Lo studio di sorveglianza nutrizionale, realizzato in Emilia Romagna, sulla popolazione infantile (6 e 9 anni) nel 2003 e 2005, ha documentato una percentuale di eccesso ponderale pari al 25,4% nei bambini di sei anni e del 29,6% nei bambini di nove anni.

Il dato relativo al territorio "aziendale", riferito alla prevalenza del soprappeso nei bambini di nove anni, è pari al 19,8%, inferiore alla media regionale.

### 1.6.3 Alcol dipendenza

Come si evince dalla Tabella 1.29, gli alcolisti in carico al SERT sono in costante aumento, nonostante l'incidenza di nuovi utenti vada via via decrescendo, a testimonianza della complessità della "terapia" di questo tipo di dipendenza. È da segnalare la crescente incidenza del fenomeno tra la popolazione femminile, a fronte di una riduzione relativa in quella maschile, e il progressivo spostamento dei nuovi casi verso fasce di età più elevate (prevalenza di nuovi casi di età 40-49, a partire dal 2005).

**Tabella 1.29 - Settore alcol dipendenze: utenti distribuiti per fasce**

ANNO	UTENTI	NUOVI UTENTI				IN CARICO O RIENTRATI			
2003	< 19	1	0	1	0,8%	0	0	0	0,0%
	20 - 29	21	3	24	20,2%	9	1	10	5,1%
	30 - 39	27	8	35	29,4%	35	11	46	23,4%
	40 - 49	29	2	31	26,1%	32	13	45	22,8%
	50 - 59	16	3	19	16,0%	34	20	54	27,4%
	> 60	8	1	9	7,6%	34	8	42	21,3%
	NR	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	<b>TOTALE</b>	<b>102</b>	<b>17</b>	<b>119</b>	<b>100,0%</b>	<b>144</b>	<b>53</b>	<b>197</b>	<b>100,0%</b>
2004	< 19	1	0	1	1,2%	0	0	0	0,0%
	20 - 29	10	2	12	14,0%	14	0	14	6,3%
	30 - 39	22	6	28	32,6%	37	9	46	20,7%
	40 - 49	21	4	25	29,1%	45	9	54	24,3%
	50 - 59	6	4	10	11,6%	43	22	65	29,3%
	> 60	7	3	10	11,6%	34	9	43	19,4%
	NR	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	<b>TOTALE</b>	<b>67</b>	<b>19</b>	<b>86</b>	<b>100,0%</b>	<b>173</b>	<b>49</b>	<b>222</b>	<b>100,0%</b>
2005	< 19	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	20 - 29	12	3	15	17,4%	9	2	11	4,6%
	30 - 39	16	4	20	23,3%	34	10	44	18,3%
	40 - 49	20	4	24	27,9%	49	16	65	27,0%
	50 - 59	9	5	14	16,3%	48	20	68	28,2%
	> 60	10	3	13	15,1%	40	13	53	22,0%
	NR	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	<b>TOTALE</b>	<b>67</b>	<b>19</b>	<b>86</b>	<b>100,0%</b>	<b>180</b>	<b>61</b>	<b>241</b>	<b>100,0%</b>
2006	< 20	0	0	0	0,0%	1	0	1	0,4%
	21 - 29	4	2	6	8,2%	11	2	13	5,2%
	31 - 39	16	4	20	27,4%	31	11	42	16,9%
	41 - 49	16	7	23	31,5%	52	18	70	28,1%
	51 - 59	8	3	11	15,1%	49	17	66	26,5%
	> 61	10	3	13	17,8%	40	17	57	22,9%
	NR	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
	<b>TOTALE</b>	<b>54</b>	<b>19</b>	<b>73</b>	<b>100,0%</b>	<b>184</b>	<b>65</b>	<b>249</b>	<b>100,0%</b>

Nel 2006, riguardo al presente settore d'intervento, il SERT ha realizzato:

- "Progetto Vivere" volto a creare occasioni di incontro con i giovani consumatori, in dimensioni di accoglienza meno stigmatizzanti e più facilmente accessibili. Tale progettualità - gestita in collaborazione con il Consorzio dei Servizi Sociali - si è sviluppata attraverso incontri nelle scuole, nelle discoteche, nei pub e nelle scuole guida (oltre 60 incontri, nel 2006);
- Progetto integrato con il Dipartimento di Sanità Pubblica, per la prevenzione del consumo/abuso di alcool, negli ambienti di lavoro. Sono stati effettuati incontri con i dipendenti di una azienda "pilota". Per il 2007, è previsto l'ampliamento degli interventi, con la partecipazione di 4 Aziende;
- l'implementazione della "presa in carico integrata". Da oltre due anni è attiva una collaborazione con le Unità Operative di Psichiatria, per il trattamento, anche in regime di ricovero (ordinario e a ciclo diurno) di pazienti con doppia diagnosi. Ugualmente il trattamento in regime residenziale e semiresidenziale trova una risposta interna al Servizio nei Centri Tasso e Arcobaleno (Centro Crisi e Centro Diurno) gestiti in collaborazione con il Privato Sociale;
- l'attività di formazione, rivolte sia all'interno del Servizio sia a operatori del Privato Sociale, proprio sul settore "alcoologia".

## ***1.7 Sicurezza***

In tema di sicurezza, il fenomeno infortunistico è - da sempre e soprattutto in questi anni - oggetto di un'attenzione particolare, da parte delle istituzioni preposte alla tutela della salute pubblica.

L'OMS, ad esempio, ha posto tra i suoi obiettivi la diminuzione della mortalità per gli infortuni domestici e l'Italia ha inserito nel proprio Piano Sanitario Nazionale l'obiettivo di "ridurre la pericolosità domestica".

Nel Piano Regionale della Prevenzione dell'Emilia Romagna trovano grande evidenza gli obiettivi di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali, degli incidenti domestici e degli infortuni sul lavoro. Analoga iniziativa è stata presa dalla UE, che ha istituito un programma di raccolta di informazioni, per elaborare strategie comuni più efficaci. Lo stesso ISPESL - Organo preposto alla prevenzione e alla sicurezza in ambienti di vita e lavoro - sta realizzando una serie di iniziative volte a conoscere e misurare il fenomeno, al fine di predisporre piani di intervento più efficaci e "mirati" alle singole realtà.

Attualmente la fonte principale di informazioni sulla tematica è l'ISTAT.

L'Azienda USL di Imola, assieme alle Istituzioni Locali, ha promosso un tavolo di lavoro, da cui è scaturito il Piano per la Salute (vedi Sezione 5), nel quale proprio gli argomenti attinenti il tema della sicurezza hanno trovato largo spazio.

### 1.7.1 Incidenti stradali

Da un esame della Tabella 1.30, si rileva che, nel periodo 2003-2006, il numero totale degli incidenti stradali, sul territorio "aziendale", ha registrato un andamento sostanzialmente stazionario, con un incremento riguardate il Comune di Imola, da 691 nel 2005, a 723 nel 2006.

**Tabella 1.30 - Incidenti stradali, morti, feriti e indici di incidenza: confronti territoriali**

	Bologna		RER	Bologna	Imola	Bologna	Imola
	2003	2004	2004	2005	2005	2006 *	2006 *
<b>Totale incidenti</b>	5.206	5.314	23.531	5.146	691	4.959	723
<b>Totale morti</b>	127	122	596	94	14	105	16
<b>Totale feriti</b>	7.353	7.292	32.414	6.993	998	6.914	1.089
<b>Rapporto di Mortalità</b>	2,44%	2,30%	2,53%	1,82%	2,02%	2,11%	2,21%
<b>Rapporto di Lesività</b>	141,24%	137,22%	137,22%	135,89%	144,42%	139,42%	150,62%
<b>Rapporto di Pericolosità</b>	1,70%	1,65%	1,81%	1,32%	#	1,49%	2,16%

(\*) Fonte: Osservatorio Provinciale dell'Incidentalità Stradale. N.B. i dati relativi al 2006 sono provvisori

Il numero totale dei morti è passato dai 14 del 2005, ai 16 del 2006. Si sottolinea tuttavia che tale dato è relativo alla popolazione residente, pertanto, non è automaticamente espressione degli incidenti stradali mortali avvenuti nell'ambito dell'Azienda USL di Imola.

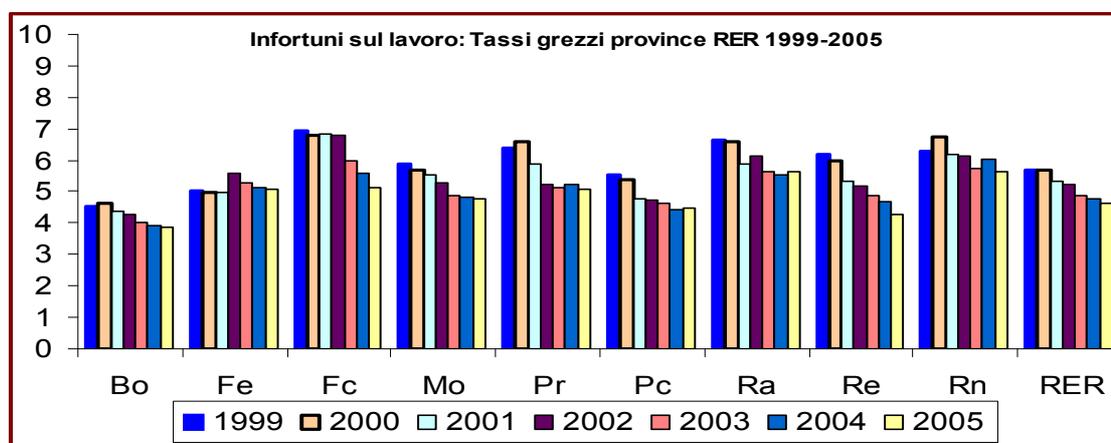
D'altro canto, i rapporti di "mortalità", "lesività" e "pericolosità" sono invece relativi agli incidenti effettivamente verificatisi nel territorio "aziendale": questi ultimi indicatori appaiono in leggero incremento, analogamente ai dati consolidati provinciali.

### 1.7.2 Infortuni sul lavoro

Dal confronto tra Province della Regione Emilia Romagna, dei dati medi regionali e nazionali, di cui alle Tabelle 1.31 e 1.32, si evidenzia come Bologna abbia il tasso di infortuni grezzo più basso, a livello regionale, e tra i più bassi, per quanto riguarda quello standardizzato.

**Tabella 1.31 - Tasso grezzo infortuni sul lavoro nelle province della RER**

Province	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bo	4,52	4,61	4,39	4,26	4,03	3,91	3,85
Fe	5,02	4,97	4,97	5,57	5,27	5,13	5,07
Fc	6,91	6,80	6,81	6,76	5,96	5,57	5,15
Mo	5,87	5,67	5,52	5,30	4,89	4,84	4,75
Pr	6,36	6,59	5,88	5,21	5,11	5,24	5,06
Pc	5,54	5,38	4,78	4,70	4,62	4,4	4,48
Ra	6,64	6,58	5,89	6,12	5,65	5,55	5,64
Re	6,20	5,99	5,32	5,16	4,89	4,68	4,27
Rn	6,29	6,74	6,20	6,13	5,71	6,03	5,63
RER	5,70	5,68	5,33	5,21	4,89	4,79	4,64
<b>ITALIA</b>	<b>3,96</b>	<b>3,92</b>	<b>3,78</b>	<b>3,63</b>	<b>3,41</b>	<b>3,32</b>	<b>3,25</b>

**Tabella 1.32 - Tasso standardizzato infortuni indennizzati nelle province della RER**

Province	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
Bologna	4,39%	4,19%	4,14%	4,00%	3,89%
Ferrara	4,51%	4,98%	4,82%	4,74%	4,72%
Forlì-Cesena	6,45%	6,04%	6,04%	5,53%	5,13%
Modena	4,63%	4,43%	4,21%	4,18%	4,11%
Parma	5,16%	4,42%	4,49%	4,66%	4,57%
Piacenza	4,14%	4,07%	4,08%	3,98%	4,03%
Ravenna	5,52%	5,68%	5,38%	5,21%	5,30%
Reggio Emilia	4,55%	4,30%	4,27%	4,03%	3,73%
Rimini	6,04%	5,87%	5,69%	5,97%	5,70%
<b>Totale regione</b>	<b>4,83%</b>	<b>4,63%</b>	<b>4,50%</b>	<b>4,44%</b>	<b>4,28%</b>

## Infortunati sul lavoro nel territorio "aziendale"

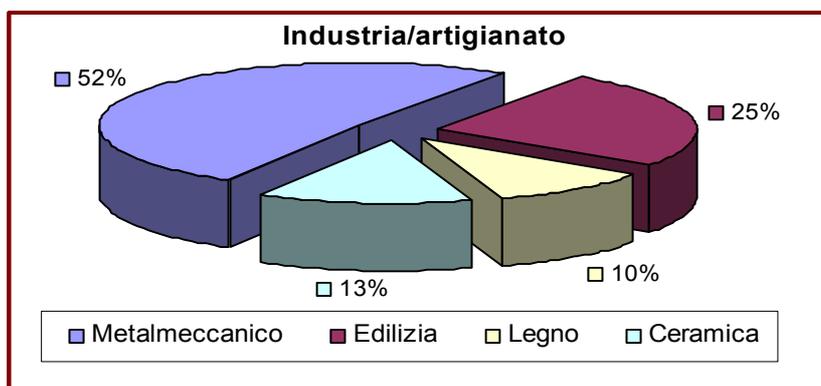
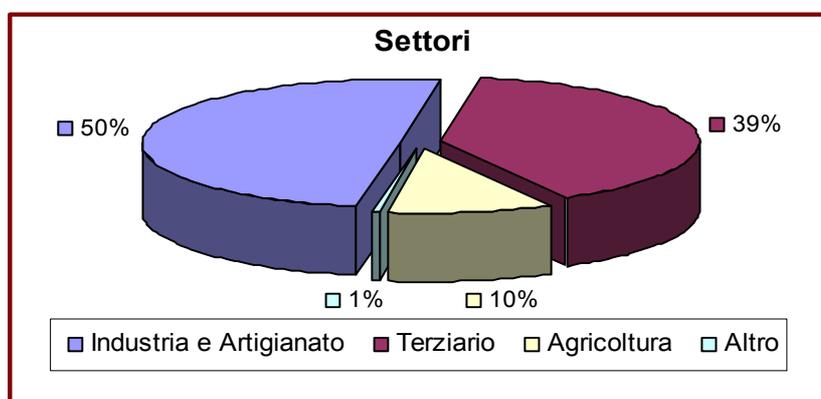
Il numero assoluto di infortuni sul lavoro, nel territorio dell'Azienda USL di Imola, è in costante riduzione, in linea con il trend provinciale e regionale.

Nel 2006, gli infortuni ammontano complessivamente a 3.307, corrispondenti a una riduzione del 3,5%, rispetto all'anno precedente.

Particolarmente importante è l'inversione di tendenza che si osserva nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura, dove gli infortuni sono scesi rispettivamente del 7% e dell'8%, rispetto al 2005. In controtendenza, risultano gli infortuni nel comparto "legno", che tornano nel 2006, dopo un calo registrato nel 2005, ai livelli degli anni precedenti.

**Tabella 1.33 - Andamento infortunistico 2006: distribuzione per settori/comparti e confronto con 2005**

Settori	ANNO 2005	ANNO 2006	Δ %
Industria e Artigianato	1.732	1.645	-5%
└ Edilizia	351	326	-7%
└ Metalmeccanico	710	660	-7%
└ Legno	106	132	25%
└ Ceramica	204	171	-16%
Terziario	1.315	1.302	-1%
Agricoltura	372	342	-8%
Altro	8	18	112%
<b>Totale</b>	<b>3.427</b>	<b>3.307</b>	<b>-3,5%</b>



Nel settore industria-artigianato vi è stata una positiva inversione di tendenza anche per gli infortuni sul lavoro da incidenti stradali, ridottisi di circa il 10%, rispetto al 2005. Tra questi, come negli scorsi anni, è assolutamente prevalente la quota degli incidenti "in itinere" (tragitto casa-lavoro e viceversa) su quelli avvenuti in occasione del lavoro, a testimonianza di come ancora molto si debba fare sul fronte dell'educazione stradale e dei rischi connessi alla guida, come complemento all'azione preventiva sugli infortuni tradizionali.

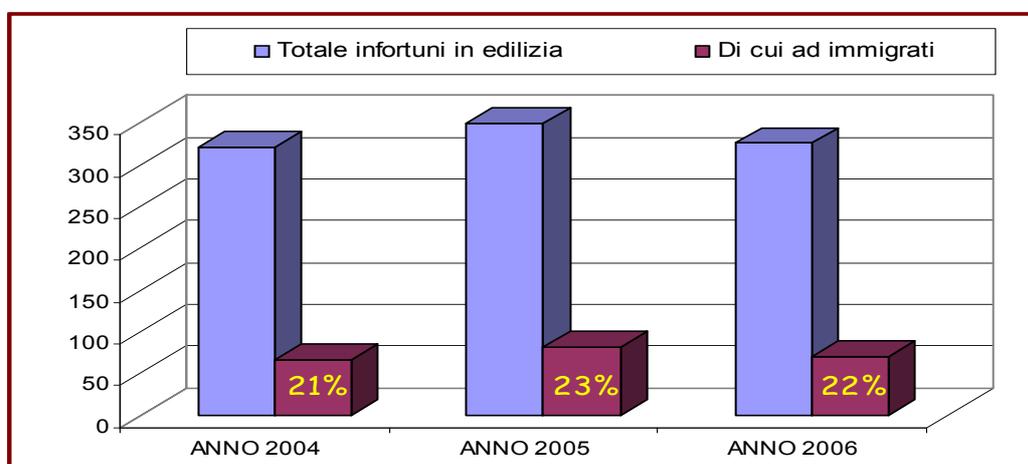
Si sottolinea come il 2006 sia stato un anno positivo anche sul versante degli infortuni mortali, non essendo stato registrato alcun evento fatale nei settori oggetto della rilevazione.

**Tabella 1.34 - Infortuni sul lavoro mortali nel territorio "aziendale"**

Anni	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
Industria e Artigianato	0	0	1	0
Edilizia	0	1	2	0
Terziario	1	2	2	0
Agricoltura	0	0	1	0
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

Analizzando il fenomeno infortunistico riguardante i lavoratori stranieri, nell'esercizio 2006, emerge un lieve aumento, rispetto al 2005, sia in valore assoluto sia in termini percentuali sul totale degli infortuni (14,5%, contro 13,5 %). Tale incremento può essere interpretato "effetto combinato" tra l'aumento della popolazione lavorativa immigrata e le difficoltà linguistiche e la differente formazione specifica di questi gruppi nazionali.

**Tabella 1.35 - Infortuni ad immigrati occupati in edilizia**



In tabella 1.35, è proposto il *focus* sugli infortuni occorsi ai lavoratori stranieri, impiegati in edilizia: l'incidenza è pari al 22%, relativamente stabile come trend, e superiore a quella complessiva di cui sopra. Tale percentuale, se letta alla luce del grandissimo numero di lavoratori stranieri presenti nei cantieri edili, potrebbe addirittura apparire bassa ed essere interpretata come "spia" di un altro fenomeno, quello del lavoro nero, che di conseguenza porterebbe a una sottostima degli infortuni in edilizia.

**Tabella 1.36 - Infortuni più frequenti**

Anno 2006	Industria e artigianato	Agricoltura
Contusioni	31%	29%
Ferite	20%	22%

Cause degli infortuni più frequenti	Industria e artigianato	Agricoltura
Colpito da corpi taglienti/pungenti	36%	
Sollevando materiale pesante	16%	
Inciampato/scivolato/camminando		25%
Salendo/scendendo/caduto da trattore		16%

Sede degli infortuni più frequenti	Industria e artigianato	Agricoltura
Colpito da corpi taglienti/pungenti - OCCHIO	30%	28%
Sollevando materiale pesante - DORSO/SPALLA	12%	8%
Cadute basse - PIEDE/GINOCCHIO/CAVIGLIA		14%

**Tabella 1.37 - Infortuni più gravi**

Anno 2006	Industria e artigianato	Agricoltura
Fratture	9%	15%
Amputazioni	1%	2%

Cause degli infortuni più gravi	Industria e artigianato	Agricoltura
Colpito schiacciato da macchine	1%	
Caduto dall'alto	4%	
Colpito da attrezzi trainati da trattore		4%
Colpito schiacciato da trattore		3%

Sede degli infortuni più GRAVI	Industria e artigianato	Agricoltura
Cadute dall'alto - TORACE	1%	
Macchine - MANO	4%	
Trattore - MANO		4%
Cadute basse torace - TORACE		5%

Nel comparto edile, tra le modalità di accadimento degli infortuni più gravi, spiccano gli infortuni per caduta dall'alto e quelli per schiacciamento/investimento da macchine, mentre la percentuale più elevata di lesioni invalidanti (quali amputazioni e fratture) spetta al comparto dell'agricoltura.

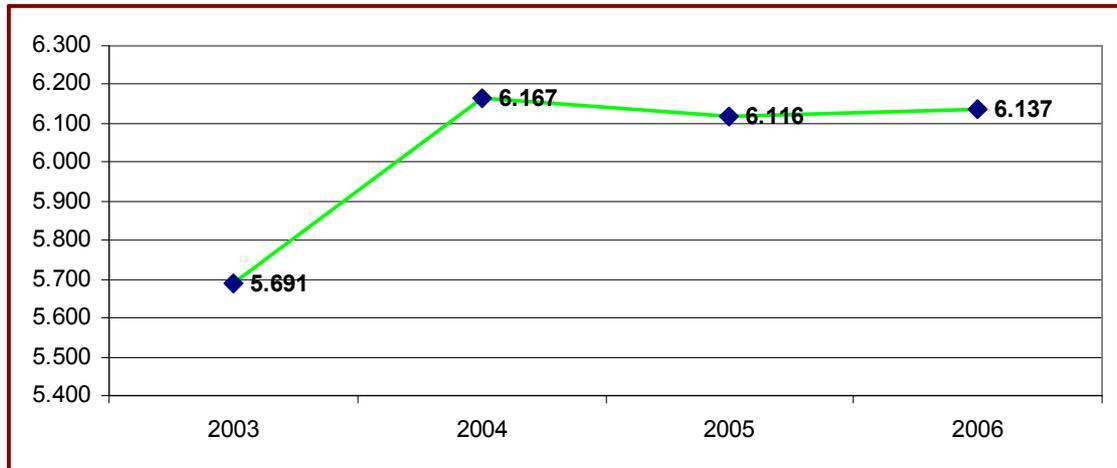
In conclusione, il quadro che emerge dall'analisi del fenomeno "infortuni", con particolare riferimento ai trend e al confronto con le altre realtà regionali, configura un outcome positivo, effetto anche della politica di sensibilizzazione, vigilanza e prevenzione, messa in atto dal Dipartimento di Sanità Pubblica, e resa più efficace dal recente potenziamento di azioni coordinate con gli altri enti preposti al controllo delle condizioni di lavoro (INAIL, INPS e Direzione Provinciale del Lavoro), dalle alleanze con le Associazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro, nonché dal costruttivo e costante confronto con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

### 1.7.3 Infortuni domestici

Nelle Tabelle seguenti, si presenta infine l'analisi degli infortuni domestici verificatisi nel territorio "aziendale", con i dati aggiornati fino a tutto il 2006.

**Tabella 1.38 – Accesso al Pronto Soccorso per infortuni domestici, distinti per esito**

ANNO	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
ESITO								
Al curante per proseguire cure	5.129	90,12%	5.461	88,55%	5.405	88,37%	5.492	89,49%
Ricoverato	273	4,80%	303	4,91%	308	5,04%	278	4,53%
Abbandona P.S	79	1,39%	125	2,03%	127	2,08%	171	2,79%
Non si ripresenta in PS	64	1,12%	66	1,07%	51	0,83%	58	0,95%
Al curante per competenza	3	0,05%	117	1,90%	122	1,99%	0	0,00%
Giunto cadavere	1	0,02%	0	0,00%	1	0,02%	0	0,00%
Osservazione in Medicina Urgenza/OBI	125	2,20%	81	1,31%	88	1,44%	129	2,10%
Trasferito	5	0,09%	7	0,11%	2	0,03%	2	0,03%
Rifiuta ricovero	12	0,21%	7	0,11%	11	0,18%	7	0,11%
Deceduto in P.S.					1	0,02%	0	0,00%
<b>Totale</b>	<b>5.691</b>		<b>6.167</b>		<b>6.116</b>		<b>6.137</b>	
DIFF%2003/2002	-10,05%							
DIFF%2004/2003			8,36%					
DIFF%2005/2004					-0,83%			
DIFF%2006/2005							0,34%	

**Figura 1.39 - Infortuni domestici nel territorio dell'Ausl di Imola**

In valore assoluto, il numero di infortuni è praticamente stabile a partire dal 2004, anno di "incorporazione" dell'ambito territoriale del Comune di Medicina.