

CONFERENZA SANITARIA TERRITORIALE



AZIENDA USL di CESENA

GRUPPO TECNICO DI COORDINAMENTO
PIANO PER LA SALUTE



PIANO PER LA SALUTE

“Il Piano sta prendendo il volo”

Analisi dei bisogni di salute del nostro territorio

(Presentazione primi risultati)

lunedì 18 giugno 2001

**Sala convegni “Pinacoteca”
della Cassa di Risparmio di Cesena
Cesena**



PIANO PER LA SALUTE

“Il Piano sta prendendo il volo”

Analisi dei bisogni di salute del nostro territorio

(Presentazione primi risultati)

lunedì 18 giugno 2001

Sala convegni “Pinacoteca”
della Cassa di Risparmio di Cesena
Cesena

INDICE

PIANO PER LA SALUTE: ANALISI DEI BISOGNI

Premessa.....	4
Obiettivi	4
Materiali e Metodi per l'analisi dei bisogni di salute	5

LA PERCEZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE: OPINIONI DEI CITTADINI E RAPPRESENTANTI DELLE DIVERSE CATEGORIE SOCIALI DELLA COMUNITÀ

Gruppi focus	6
Modalità di conduzione dei gruppi	6
Questionario di gradimento.....	7
Procedura di reperimento dei gruppi campione	8
Descrizione del campione intervistato	8
Risultati Della Ricerca	10

PROFILI DI COMUNITÀ E SCHEDE EPIDEMIOLOGICHE

Introduzione	12
--------------------	----

SINTESI DI ALCUNI PROFILI DI COMUNITÀ

Demografico.....	13
Socio- Economico	13

SINTESI SCHEDE EPIDEMIOLOGICHE

Infanzia ed età evolutiva	15
Salute Donna	18
Salute degli Anziani	20
Esclusione sociale	22
Salute mentale	24
Dipendenze Patologiche	25
Incidenti stradali.....	27
Infortuni e sicurezza sul lavoro	29
Alimentazione	30
Neoplasie.....	32
Malattie cardiovascolari.....	34
Malattie respiratorie	35

ANALISI E CONSIDERAZIONI FINALI

Analisi del materiale raccolto con i Gruppi Focus	37
Analisi del materiale raccolto nelle Schede Epidemiologiche.....	37
Considerazioni finali e proposte	38

PIANO PER LA SALUTE: ANALISI DEI BISOGNI

Premessa

Il Piano Sanitario della Regione Emilia Romagna 1999/2001 delinea una nuova modalità per la pianificazione degli interventi per la salute a livello territoriale con l'obiettivo di aumentare il livello di partecipazione della comunità e di orientare le politiche sul territorio verso la promozione della salute.

Gli Enti Locali sono stati invitati a ricercare il massimo coinvolgimento dei diversi attori sociali per elaborare ed attuare un Patto locale di solidarietà per la salute.

Questo Patto viene identificato con il Piano per la Salute (PPS) definito come *“un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria”*.

Il PPS costituisce, quindi, lo strumento principale con cui vengono predisposti programmi di miglioramento della salute per la comunità locale; ha durata poliennale, viene elaborato, coerentemente agli indirizzi e alle strategie definiti dalle politiche di salute, sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socioeconomica locale e identifica obiettivi di salute da raggiungere in uno specifico ambito territoriale.

La sua elaborazione e attuazione è guidata dagli Enti Locali attraverso la Conferenza Sanitaria territoriale (CST) con il supporto tecnico della AUSL e coinvolge altre organizzazioni, gruppi di popolazione e singoli individui dentro e fuori dal SSN.

L'esecutivo della CST nel settembre 2000 ha deciso di attivare, nel territorio della AUSL di Cesena, un processo di elaborazione e attuazione del PPS affidando ad un Gruppo Tecnico il compito di proporre e attuare un programma di lavoro.

Obiettivi

- Elaborare e attuare un piano per la salute per rispondere ai bisogni di salute prioritari del territorio della CST di Cesena.
- Migliorare la conoscenza relativamente ai problemi, ai bisogni di salute e alle risorse presenti nella comunità (reti, progetti, esperienze, attori sociali...).
- Promuovere e organizzare momenti di riflessione e confronto sui temi dei problemi e bisogni di salute, sui determinanti e sui criteri prioritari di scelta per gli interventi.
- Sperimentare esperienze di coinvolgimento e partecipazione della comunità alla costruzione di politiche per la salute.
- Promuovere una responsabilizzazione diffusa dei diversi attori rispetto ai problemi e alle scelte di salute e sviluppare reti e collaborazioni.
- Migliorare il rapporto tra istituzioni e società civile
- Contribuire allo sviluppo della comunità

Per individuare gli obiettivi di salute prioritari sui quali impostare un programma di azioni è stata avviata dal mese di febbraio 2001 **un'analisi dei bisogni di salute** nella nostra comunità

Materiali e Metodi per l'analisi dei bisogni di salute

L'analisi, di tipo quantitativo e qualitativo, è stata condotta raccogliendo diversi tipi di informazioni:

- dati epidemiologici (es. dati di mortalità di malattia...)
- dati di servizio (es. accessi ad un tipo di servizio..)
- dati socio-economici-ambientali
- opinioni dei cittadini e dei rappresentanti delle diverse categorie sociali della comunità

La raccolta dei dati e delle informazioni è avvenuta attraverso due modalità

1. Raccolta delle **opinioni di cittadini e dei rappresentanti delle diverse categorie sociali della comunità** (amministratori pubblici, operatori dei servizi, volontariato, sindacato, mondo produttivo, scuola, famiglie, ecc...) attraverso interviste di gruppo (focus group). I gruppi sono stati individuati prevalentemente tra quelli già costituiti e attivi (es. commissioni consiliari, consulte del volontariato, comitati di distretto, comitati consultivi misti, gruppi territoriali omogenei di medici di famiglia...), alcuni gruppi sono stati costituiti ad hoc (es. studenti, insegnanti, operatori sanitari..). I gruppi sono stati scelti in modo non casuale: i tempi e le risorse a disposizione non erano tali da consentire la formazione di un campione scientificamente rappresentativo (es. randomizzazione). Nella selezione si è ricercata la massima rappresentatività delle diverse categorie sociali della comunità e dei diversi ambiti territoriali. L'obiettivo delle interviste era quello di sperimentare modalità di coinvolgimento della comunità nella analisi dei bisogni e di raccoglierne le opinioni.
2. **Profili e Schede epidemiologiche elaborate da Gruppi di tecnici ed esperti** sulle problematiche di salute relative alle patologie prevalenti, ai gruppi di popolazione più deboli, ai principali fenomeni sociali correlati con la salute e individuati dal Piano Sanitario Regionale 1999-2002, (**neoplasie, malattie cardio-vascolari, malattie respiratorie, salute mentale, dipendenze patologiche, anziani, donne, bambini e adolescenti, esclusione sociale, alimentazione, incidenti stradali, infortuni e sicurezza sul lavoro**). Questi gruppi hanno raccolto informazioni utilizzando dati correnti (cause di morte, ricoveri ospedalieri...), dati di servizio (numero di accessi ad un servizio...) e dati provenienti da ricerche ad hoc.

Sulla base di queste informazioni e di quanto emerso dai documenti regionali, sono state elaborate delle schede descrittive contenenti informazione sulla rilevanza (gravità e diffusione) del problema/bisogno, i determinanti, i livelli di intervento, i costi economici e sociali, i progetti in atto...

LA PERCEZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE: OPINIONI DEI CITTADINI E RAPPRESENTANTI DELLE DIVERSE CATEGORIE SOCIALI DELLA COMUNITÀ

Gruppi focus

Nella fase di analisi della percezione dei bisogni di salute della comunità di Cesena abbiamo utilizzato il *focus group* come strumento di raccolta dati, teso a far emergere gli atteggiamenti e le percezioni soggettive della popolazione su tematiche inerenti la salute.

*Il focus group è una tecnica di rilevazione usata sempre più frequentemente nella ricerca sociale ed è basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità*¹⁾

Il focus group può avere altre accezioni, ma nella nostra ricerca è essenzialmente un'intervista di gruppo su un argomento che il moderatore propone.

L'obiettivo è stato quello di raccogliere informazioni e indicazioni relative ai principali bisogni di salute percepiti dalla popolazione, da utilizzare per l'individuazione delle priorità sulle quali elaborare successivamente i piani per la salute.

Questa tecnica di indagine risulta utile, non solo come strumento di raccolta dati, ma anche come tecnica di promozione della partecipazione, in quanto le persone vengono coinvolte direttamente, e si promuove la conoscenza tra i diversi attori sociali, la creazione di collaborazioni e il consenso intorno al progetto.

L'importanza dell'interazione tra i partecipanti al gruppo costituisce l'elemento caratterizzante dei focus group: si raccolgono, infatti, dati e informazioni nati dal confronto con gli altri e dalla costruzione di opinioni condivise.

Modalità di conduzione dei gruppi

I partecipanti hanno ricevuto un documento informativo sui Piani Per la Salute e sul programma di lavoro previsto.

Prima della domanda chiave si è ritenuto opportuno preparare ogni gruppo con una fase introduttiva di riscaldamento (durata di circa 5 - 10 min.) proponendo delle libere associazioni sulla parola "SALUTE". Quest'iniziale discussione ha fornito un'opportunità per attivare la conversazione sull'argomento e l'interazione tra i partecipanti.

Dopo questa fase introduttiva si è passati alla domanda chiave della nostra ricerca:

"Quali sono i bisogni di salute della nostra comunità sui quali è prioritario intervenire? Perché?"

In questa fase centrale (durata di circa un'ora e mezzo), ogni partecipante ha espresso la propria opinione liberamente sui bisogni di salute e sui motivi che sostengono tali opinioni; queste sono state annotate su di un cartellone.

Dopo questo momento è stato chiesto, ad ogni partecipante, di scegliere tre bisogni ritenuti prioritari tra quelli emersi dalla discussione.

¹ Sabrina Corrau "Il focus group" Franco Angeli, Milano, 2000

La conduzione dei gruppi è stata affidata ad un moderatore che ha proposto il tema da discutere e ha fornito alcune regole d'interazione.

Un altro operatore, (il "notaio") ha collaborato con il moderatore, sintetizzando i bisogni espressi e i relativi motivi.

Questionario di gradimento

Alla fine dell'incontro è stato distribuito un questionario di gradimento. Di seguito si indicano le domande poste ed i risultati ottenuti.

Ritiene che l'intervista di gruppo (focus group) abbia consentito di raccogliere delle indicazioni significative rispetto ai bisogni di salute della nostra comunità?

Molto significative	Abbastanza significative	Non so	Poco significative	Per nulla significative
60 (28%)	151 (69%)	7 (3%)	0	0

Ritiene che le priorità individuate dal gruppo rappresentino delle indicazioni importanti rispetto ai bisogni di salute della nostra comunità?

Molto importanti	Abbastanza importanti	Non so	Poco importanti	Per nulla importanti
85 (39%)	127 (58%)	4 (2%)	2 (1%)	0

Personalmente ritiene che l'intervista di gruppo (focus group) le abbia consentito di esprimere delle indicazioni rispetto ai bisogni di salute della nostra comunità?

Molto	Abbastanza	Non so	Poco	Per nulla
66 (30%)	134 (62%)	14 (6%)	4 (2%)	0

Personalmente, nel corso dell'intervista di gruppo (focus group), ritiene di essersi sentito/a sufficientemente coinvolto/a?

Molto coinvolto/a	Abbastanza coinvolto/a	Non so	Poco coinvolto/a	Per nulla coinvolto/a
109 (51%)	99 (45%)	7 (3%)	3 (1%)	0

Complessivamente come valuta l'esperienza dell'intervista di gruppo (focus group) a cui ha appena partecipato?

Molto positivamente	Abbastanza positivamente	Non so	Poco positivamente	Per nulla positivamente
93 (43%)	108 (49%)	13 (6%)	4 (2%)	0

Procedura di reperimento dei gruppi campione

La procedura in base alla quale abbiamo individuato i soggetti partecipanti ai gruppi è la “*campionatura intenzionale*” (S. Vaughn e al. 1996), la più frequente tra quelle utilizzate nei progetti di *ricerca qualitativa*.

Tale decisione è dovuta al fatto che risorse e tempo disponibile non consentivano la realizzazione di un procedimento casuale.

Nella costituzione dei gruppi sono stati stabiliti i seguenti criteri:

- numero dei partecipanti compreso tra un minimo di 4 e un massimo di 15;
- residenti o che svolgono attività lavorativa o di studio nella comunità cesenate;

Si è ricercata la massima rappresentatività delle diverse categorie sociali della comunità e dei diversi ambiti territoriali.

Descrizione del campione intervistato

In particolare, abbiamo condotto 31 interviste di gruppo (vedi elenco pag. 9), a cui hanno partecipato 249 persone; delle 233 di cui abbiamo i dati anagrafici 147 sono maschi e 86 femmine.

L'età mediana è di 45 anni e il range 13 – 81.

Titolo di Studio	tot	%
Laurea	93	40%
Scuole Superiori	72	31%
Elementari/Medie	54	23%
Diploma Universitario	12	5%
Altro	2	1%
Totale	233	100%

Età	Maschi	Femmine	tot
13-18	12	9	21
19-30	14	16	30
31-50	65	45	110
>50	52	15	67
mancante	4	1	5
Totale	147	86	233

Comune di Residenza	Tot.campione	%	Popolazione Residente Al 31.12.2000	%su popol. tot ausl
Cesena	121	51,9%	90.291	48.8%
Cesenatico	25	10,7%	21.887	11.8 %
S.Mauro Pascoli	16	6,9%	9.333	5.1%
Savignano sul Rubicone	16	6,9%	14.412	7.8%
Gambettola	9	3,9%	9.329	5.0%
Bagno di Romagna	8	3,4%	6140	3.3 %
Gatteo	7	3,0%	6.739	3.6%
Longiano	5	2,1%	5.467	3%
Roncofreddo	4	1,7%	2.818	1.5%
Mercato Saraceno	3	1,3%	6.206	3.4%
Borghi	1	0,4%	2.042	1.1%
Montiano	1	0,4%	1.568	0.9%
Sarsina	1	0,4%	3.765	2.0%
Verghereto	1	0,4%	2.037	1.1%
Altro*	15	4,1%	_____	_____
Totale	233	100,0%	184.943	100,0%

*Tra gli intervistati 15 persone non sono residenti nei comuni del territorio cesenate, ma vi svolgono la loro attività lavorativa o di studio.

ELENCO GRUPPI FOCUS INTERVISTATI (Marzo – Maggio 2001)

1. Equipe Giovani in Giro
2. Commissione Consigliare Mista Cesena
3. Adolescenti I
4. Medici di Famiglia Cesena
5. Medici di Famiglia Cesenatico
6. Immigrazione
7. Operatori Sanitari Cesena I
8. Consulta del Volontariato di Cesenatico
9. Pediatri
10. Centro per le Famiglie
11. Insegnanti
12. Operatori Sanitari Cesena II
13. Medici di Famiglia Gambettola
14. Adolescenti II
15. Operatori Anziani
16. Animatori Scout di Cesena
17. Comitato Sindaci Distretto Rubicone/Mare
18. Studenti IV^ Liceo Scientifico Savignano
19. Studenti V^ Liceo Scientifico Savignano
20. Studenti Universitari
21. Comitati Consultivi Misti
22. Rappresentanti Mondo Produttivo Cultura e Sport I
23. Medici di Famiglia Gatteo/Longiano
24. Consulta del Volontariato Cesena I
25. Consulta del Volontariato Cesena II
26. Operatori Sanitari Distretto Savignano
27. Rappresentanti Mondo Produttivo Cultura e Sport II
28. Presidenti di Quartiere
29. Comitato di distretto Savio
30. Medici di Famiglia Bagno e Verghereto
31. Farmacisti

Per facilitare l'analisi i gruppi sono stati unificati in 6 categorie: giovani, medici di base/pediatri, operatori socio sanitari, amministratori comunali, volontariato e altro, rappresentanti del mondo produttivo, cultura e sport. La tabella seguente illustra la loro composizione

Tab. 1 Gruppi

Categoria	n° gruppo di riferimento	tot. gruppi	tot. persone
Giovani	1, 3, 14, 16, 18, 19, 20	7	57
Medici di base/pediatri	4, 5, 9, 13, 23, 30	6	44
Operatori socio sanitari	7, 10, 12, 15, 26, 31	6	43
Amministratori pubblici	2, 17, 28, 29	4	30
Volontariato e altro (pubblico e privato)	6, 8, 21, 24, 25	5	49
Rappresentanti mondo produttivo cultura e sport	11, 22, 27	3	26
Totale		31	249

Risultati Della Ricerca

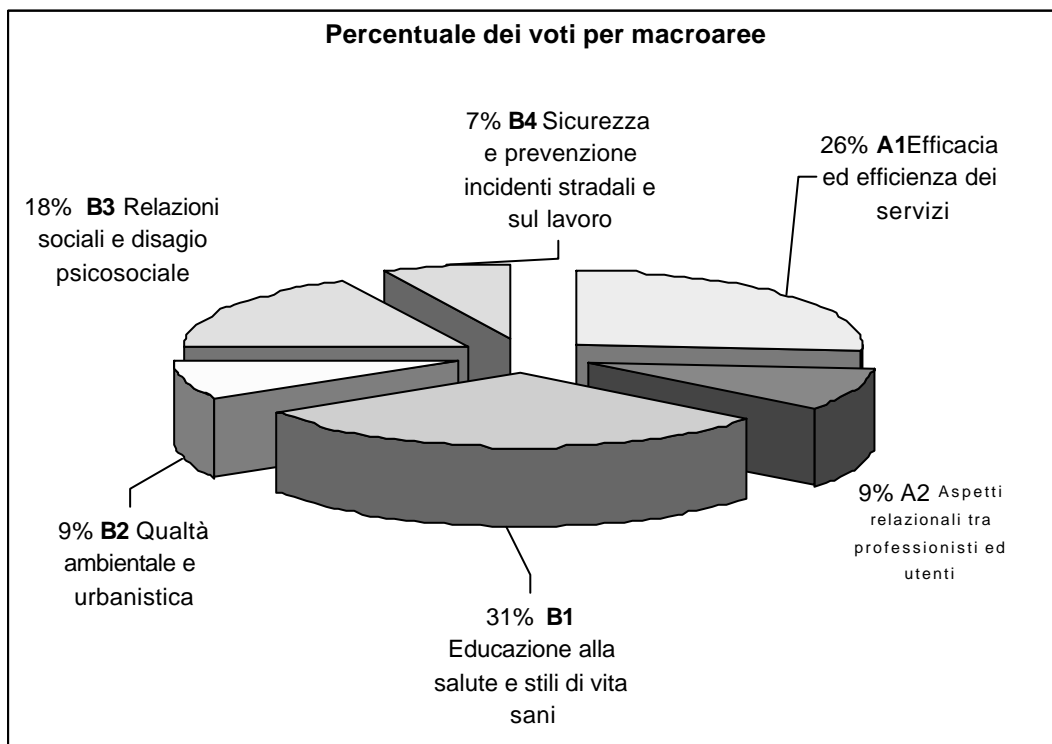
Una prima lettura del materiale ha consentito di dividere le risposte dei soggetti alla domanda “Quali sono i bisogni di salute della nostra comunità sui quali è prioritario intervenire?” in due grandi categorie:

A Macroarea degli obiettivi dei servizi, suddivisa in:

- in **A1**: temi riguardanti l'efficacia e l'efficienza dei servizi (es. ridurre i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, facilitare l'accesso ai servizi, ecc.)
- in **A2**: temi riguardanti gli aspetti relazionali tra professionisti ed utenti (es. personalizzazione dell'assistenza, migliorare la qualità del rapporto tra medico di base e paziente, ecc.)

B Macroarea degli obiettivi di salute, suddivisa in:

- **B1** Educazione alla salute e stili di vita sani, comprendenti anche bisogni/problemi relativi all'Alimentazione (*B1A*), alle Dipendenze (*B1D*), ai Tumori (*B1T*)
- **B2** Qualità ambientale e urbanistica
- **B3** Relazioni sociali e disagio psicosociale
- **B4** Sicurezza e prevenzione incidenti stradali e sul lavoro



Tab. 2 Distribuzione in numero e percentuale dei bisogni indicati per categorie di gruppi

Categorie di gruppi	MACROAREE									
	A1 Efficacia ed efficienza dei servizi	A2 Aspetti relazionali tra professionisti e utenti	B1 Educazione alla salute e stili di vita sani	B1/A Alimentazione	B1/D Dipendenze	B1/T Tumori	B2 Qualità ambientale e urbanistica	B3 Relazioni sociali e disagio psicosociale	B4 Sicurezza e prevenzione incidenti stradali e sul lavoro	Tot
Giovani	51 (42%)	1 (1%)	28 (23%)	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)	9 (7%)	16 (13%)	14 (12%)	121 (100%)
Medici di base/pediatri	17 (15%)	7 (6%)	38 (34%)	1 (1%)	2 (2%)	2 (2%)	8 (7%)	26 (24%)	10 (9%)	111 (100%)
Operatori socio sanitari	40 (31%)	32 (26%)	21 (17%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (15%)	6 (5%)	6 (5%)	124 (100%)
Amministratori pubblici	16 (19%)	6 (7%)	14 (17%)	4 (5%)	6 (7%)	3 (4%)	7 (9%)	21 (26%)	5 (6%)	82 (100%)
Volontariato e altro (pubblico e privato)	39 (28%)	14 (10%)	35 (26%)	12 (9%)	6 (4%)	0 (0%)	8 (6%)	19 (14%)	4 (3%)	137 (100%)
Rappresentanti mondo produttivo cultura e sport	6 (9%)	0 (0%)	11 (16%)	4 (6%)	7 (10%)	0 (0%)	7 (11%)	25 (37%)	7 (11%)	67 (100%)

PROFILI DI COMUNITÀ E SCHEDE EPIDEMIOLOGICHE

Introduzione

Sono di seguito riportati in modo sintetico alcuni **profili** di comunità (demografico e socio-economico) e le **schede** relative alle patologie prevalenti, ai gruppi di popolazione più deboli, ai principali fenomeni sociali correlati con la salute e individuati dal Piano Sanitario Regionale 1999-2002, (**neoplasie, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, salute mentale, dipendenze patologiche, anziani, donne, bambini e adolescenti, esclusione sociale, alimentazione, incidenti stradali, infortuni e sicurezza sul lavoro**).

Le schede sono state elaborate da gruppi multidisciplinari di esperti che hanno confrontato i dati e le linee guida dei documenti del Piano Sanitario Regionale con i dati e la situazione locale.

I profili di Comunità sono stati elaborati a cura del Dipartimento di Sanità Pubblica con la collaborazione di ARPA Forli-Cesena.

Il materiale in forma integrale sarà messo a disposizione, entro pochi mesi, attraverso il sito internet della AUSL di Cesena (www.ausl-cesena.emr.it) e può essere già richiesto presso:

Sportello della Prevenzione del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Cesena Tel 0547/352080

e-mail: sportello.prevenz@ausl-cesena.emr.it.

I documenti regionali sono disponibili presso il sito internet della Regione Emilia Romagna: www.regione.emilia-romagna.it/cds/index/htm

SINTESI DI ALCUNI PROFILI DI COMUNITÀ

Demografico

Al 31/12/99 la popolazione residente nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Cesena conta 183.397 persone. Un'analisi più particolareggiata delle caratteristiche demografiche mette in luce che, in linea con la tendenza nazionale, anche nel nostro territorio, il fenomeno più evidente è l'invecchiamento della popolazione, come conseguenza della diminuzione delle nascite e dell'allungamento della vita; a testimonianza di questo è interessante notare come l'**indice di vecchiaia** (dato dal rapporto tra la popolazione ≥ 65 anni e la popolazione da 0 a 14 anni) sia aumentato notevolmente, passando dal 148 del '95 al 158 del '99.

Anche il valore dell'**indice di dipendenza senile** (dato dal rapporto tra la popolazione ≥ 65 anni e la popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni) è cresciuto in 4 anni passando da 26 a 28.

Il **tasso di natalità** (dato dal rapporto tra i nati vivi e la popolazione), presenta un lieve aumento, dal 7,7 per mille del '95 all'8,1 del '99.

Anche il **tasso di fecondità** (espresso dal rapporto tra i nati vivi e la popolazione femminile da 15 a 49 anni) è in crescita: dal 31.5 del '95 al 33.5 del '99.

Rispetto ai **movimenti migratori**, l'immigrazione è maggiore dell'emigrazione determinando così un aumento della popolazione residente, nonostante una natalità locale piuttosto bassa.

I Paesi di provenienza degli immigrati arrivati dall'estero sono rappresentati prevalentemente l'Africa (circa 45%) e l'Est Europeo (circa 28%).

In sostanza, si può concludere che la popolazione tende ad aumentare di numero principalmente in virtù del saldo migratorio; un altro orientamento, sicuramente significativo e molto importante, è la tendenza all'invecchiamento, che provoca un aumento delle persone non attive.

Socio-Economico

Relativamente all'**istruzione**, in accordo con i dati demografici, la popolazione scolastica segue lo stesso trend: nel '99 gli iscritti alle scuole elementari sono stati 7.303, circa il 10% in meno del 1990. Il calo nella scuola media inferiore è ancora più accentuato e si attesta intorno al 27%.

Per quel che riguarda la scuola media superiore, la diminuzione rispetto ai dati del '90 è costituita da un 20% circa. Rispetto a questa realtà è interessante notare che quasi la metà dei diplomati del '99 proviene da istituti tecnici.

Il dato relativo agli studenti universitari è in controtendenza: si nota, infatti, un aumento delle iscrizioni dei residenti di più di mille unità rispetto al '90, correlabile verosimilmente con l'avvio delle sedi universitarie romagnole.

Per quanto riguarda la **situazione occupazionale**, nell'ultimo anno appare caratterizzata da un aumento dei posti di lavoro. In generale i fenomeni che sembrano emergere maggiormente sono lo sviluppo della flessibilità, la diffusione del lavoro interinale e la concentrazione della crescita occupazionale nelle attività terziarie.

I dati di cui disponiamo mettono in luce che, se a livello nazionale la percentuale di disoccupazione si attesta intorno all'11,4%, nel caso della provincia di Forlì -Cesena il dato è invece di gran lunga più positivo (4,8%).

Per quel che riguarda i settori di attività il primato rispetto al numero di imprese rimane all'Agricoltura (28%), seguito da Commercio (24%), Attività manifatturiere (13%) e Costruzioni (11%).

Il confronto con gli anni passati ha messo in luce un aumento delle imprese che svolgono attività relative all'intermediazione monetaria e finanziaria (+9%), alle Costruzioni (+7%), e ad altre attività marginali (+7%), che comprendono i settori immobiliare, di noleggio, di informatica e di ricerca. Sono in calo invece le attività agricole (-4%), quelle dei Trasporti e comunicazioni (-1%) e del Commercio (-1%).

In generale, la situazione socio-economica del comprensorio di Cesena può essere allineata a quella della regione e dunque risulta fra le più positive del paese; sicuramente il livello di istruzione è migliorabile, mentre quello di disoccupazione presenta scarsi margini di riduzione.

SINTESI SCHEDE EPIDEMIOLOGICHE

Infanzia ed età evolutiva

Nell'anno 2000 la popolazione nella fascia d'età dell'infanzia ed età evolutiva residente nel territorio della Azienda USL di Cesena è risultata pari a 27.673 unità il tasso di natalità è passato dal 7.7/1000 del 1995 al 8.1/1000 del 1998.

Gli indicatori sanitari tradizionali inerenti la salute in questa fascia d'età sono molto positivi, confrontabili con i migliori dati a livello europeo:

-mortalità perinatale pari al 2,8 per mille

-mortalità infantile del 3,5 per mille, valore inferiore sia al dato regionale dell'Emilia Romagna (4,9) sia a quello italiano (6)

-copertura per le vaccinazioni raccomandate (morbillo, pertosse, rosolia) pari o superiore al 95%, la più alta di tutta la regione Emilia Romagna

-allattamento al seno al sesto mese di vita presente ancora in circa la metà dei bambini di quell'età

-tasso di ospedalizzazione per mille nella fascia 0-14 anni all'Ospedale Bufalini pari a 130/1000 contro i 133/1000 della Regione Emilia Romagna

-basso numero di prematuri di peso < 1500 gr. (16 contro 48)

-basso numero di paralisi cerebrale infantile (3 contro 16).

Unico indicatore sanitario negativo è quello rappresentato dalla mortalità da incidenti stradali: il 41% dei 140 decessi di minori avvenuti nel periodo '87-'98 nella AUSL di Cesena sono stati causati da incidente stradale.

I maggiori problemi correlati alla fascia d'età esaminata emergono nella cosiddetta "area del disagio", suddivisibile in psicosociale, scolastico, giovanile.

Il Disagio Psicosociale

Nel nostro territorio il 2,5% della popolazione 0-18 anni, ossia 1 minore ogni 40 vive in una situazione familiare ad alto rischio per il suo sviluppo, correlata essenzialmente con un'inadeguatezza genitoriale .

Il rivelatore principale del disagio e del disadattamento psicosociale è la scuola materna e dell'obbligo, con un picco osservato nell'età 6-10 anni; sottorappresentate (a causa dei pochi agenti esterni di controllo sociale del disagio) le fasce 0-3 anni e quella adolescenziale. Il fattore sociale protettivo più importante, rappresentato dalla famiglia, è stato messo in crisi da alcuni fenomeni socio-demografici importanti, avvenuti in maniera rilevante sia a livello regionale, sia locale: l'invecchiamento della popolazione, la crescita della partecipazione femminile alla vita economica, l'instabilità coniugale, il calo della nuzialità e della natalità ed il fenomeno dell'immigrazione.

La risposta a questo disagio appare più sociale che sanitaria e dovrà vedere come protagonisti i Comuni e i quartieri dei Comuni più grandi.

Il Disagio Scolastico

Il tasso di scolarità nel Comune di Cesena riferito ai residenti con diploma è pari al 25%: è il più alto valore più basso nei capoluoghi provinciali della regione Emilia Romagna.

I disturbi di linguaggio o di apprendimento nella fascia 3-14 anni sono presenti nel 3% della popolazione, valore sovrapponibile ai dati presenti nella letteratura internazionale.

La dispersione scolastica colpisce soprattutto i maschi provenienti da famiglie di basso livello culturale, iscritti prevalentemente ad Istituti Tecnici o Professionali, con bassa motivazione allo studio e all'attività scolastica.

La scuola superiore non riesce ad essere fattore protettivo per questi giovani, ma diventa un fattore di rischio aggiuntivo: la mancanza di orientamento nella scuola media inferiore, una cultura nella scuola superiore prevalentemente umanistica, verbale e nozionistica, non aiutano a trovare quei fattori motivazionali all'impegno e alla professione.

Il disagio scolastico, che probabilmente nasce al di fuori della scuola, deve trovare una sua risposta dentro la scuola e con la scuola: il Provveditorato, la Provincia, i Comuni, l'Università e tutti gli organismi scolastici.

Il Disagio Giovanile

Tossicodipendenza e alcolodipendenza: prevale (nei 56 accessi al Sert da parte di ragazzi nella fascia 15-19anni) l'uso di cannabis, ecstasy e cocaina rispetto all'eroina, soprattutto tra gli studenti maschi e durante i weekend; il SERT non denuncia invece utenti alcolodipendenti in tale fascia.

I dati raccolti, tuttavia, sono sensibilmente sottostimati: in una indagine effettuata in luoghi di ritrovo notturno a Cesena, attraverso 231 questionari somministrati a giovani, il 70% ha dichiarato di far uso di cannabis, il 14% di droghe sintetiche, il 66% "si sballa" con l'alcol.

Nel 2000, al Pronto Soccorso del Bufalini si sono presentati, nella fascia 13-20 anni, 41 soggetti in preda ad intossicazione alcolica, di cui il 30% sotto i 16 anni di età

Depressione: in media il Pronto Soccorso del Bufalini registra circa 5 tentati suicidi/anno nella fascia di età 15-19 anni.

Disturbi alimentari psicogeni: Nel biennio '97/'97 una ricerca condotta tramite somministrazione di questionario in 413 maschi e 432 femmine provenienti dalle scuole medie superiori di Cesena, ha rivelato che più del 10% delle femmine mette in atto comportamenti alimentari anomali e che il 2% delle ragazze presenta magrezza con amenorrea.

In sintesi si può dire che nei giovani sono presenti forme di disagio che si esprimono attraverso comportamenti quali il ricorso alla droga, all'alcol, allo "sballo", alla ricerca di situazioni limite, specie nei maschi (frequentemente causa di incidenti stradali) e al ricorso alle diete, specie nelle femmine. Si tratta di comportamenti definibili come autolesivi, messi in pratica dai giovani spesso come sperimentazione e ricerca di sé.

I comportamenti giovanili descritti appaiono la risultante di più fattori di rischio presenti nella società: la vulnerabilità individuale e familiare (dove cibo e tempo libero non sono più occasioni per stare insieme, ma momenti vissuti individualmente); la scuola (come luogo di stress e competizione in cui eccellere, specie per

le femmine o come luogo di insuccesso e fallimento da cui fuggire, specie per i maschi); il modello culturale estetico ed edonistico.

Un grande sforzo delle comunità locali sarà quello di promuovere la salute giovanile attraverso il sostegno ai luoghi alternativi di aggregazione giovanile.

Salute Donna

La prima immagine dell'Emilia-Romagna che emerge dai dati ISTAT è quella di un territorio caratterizzato da un accentuato invecchiamento della popolazione (legato anche al calo della mortalità), con un forte squilibrio generazionale (gli anziani oltre i 65 anni sono circa il doppio, 21%, dei minori di 15 anni, 11%) e una maggiore longevità femminile (la speranza di vita per le donne è di 82 anni contro i 75 degli uomini).

Le donne emiliano-romagnole, oltre a vivere a lungo, si distinguono, rispetto alla media nazionale, per una serie di caratteristiche: fanno pochi figli e lavorano di più (il tasso di occupazione femminile è del 60% nella popolazione di età compresa tra i 35 e i 55 anni, con questo dato la nostra regione è in testa a tutte le regioni italiane); si sposano di meno, divorziano di più e vivono più spesso sole che altrove in Italia: i nuclei delle persone che vivono sole sono il 23% di tutte le famiglie, i nuclei monogenitoriali sono il 6% delle famiglie, si tratta per lo più di vedove con figli adulti (più del 50%), seguite da madri separate o divorziate (quasi il 40%) e dalle madri nubili (9%).

Si può ipotizzare, pertanto, la crescita del numero di donne che dovranno affrontare da sole alcuni periodi della vita, quali l'uscita di casa senza il matrimonio, la separazione e il divorzio, la vedovanza.

Per quanto riguarda la situazione lavorativa le azioni realizzabili dovrebbero orientarsi verso l'obiettivo generale di consentire piena libertà di scelta e di opportunità, cioè dovrebbero incentivare la flessibilità lavorativa (in particolare il part-time), la rete di servizi sociali di supporto e un contesto socio culturale di rispetto e apertura verso le varie possibilità di realizzazione di uno o più ruoli sociali.

Rispetto ad alcuni comportamenti a rischio per la salute, quali l'abitudine al **fumo** e l'assunzione di **alcol**, osserviamo un aumento delle donne fumatrici che nella nostra regione (sono il 20%) superano il valore medio nazionale (17%); nel triennio 1996-'98 è aumentato anche il numero di donne alcol dipendenti.

Il fenomeno degli **incidenti domestici** è un aspetto che interessa da vicino il genere femminile: in base ai dati Istat, due terzi di tutti gli incidenti che accadono in ambiente domestico coinvolgono le donne, con un numero di decessi superiore nel sesso femminile.

Anche nella nostra regione si rendono evidenti le caratteristiche principali dei **flussi migratori** degli ultimi anni, cioè la globalizzazione e la femminilizzazione: la presenza delle donne è in costante aumento, anche tra gli immigrati di cittadinanza nord-africana che inizialmente avevano una netta prevalenza maschile. I cittadini stranieri residenti nel territorio dell'Ausl di Cesena nell'anno 2000 risultano composti per il 52% da donne.

Questi aspetti dei flussi migratori meriterebbero un potenziamento dei servizi di mediazione linguistica e culturale presso le strutture sanitarie del territorio per facilitare l'ingresso, il percorso, e l'integrazione, nel contesto sanitario locale, delle donne immigrate straniere, portatrici, in molti casi, di una diversa cultura sanitaria e sociale, in un'ottica di conoscenza reciproca, di rispetto e di valorizzazione delle differenze.

A questo si associa anche la necessità di potenziare progetti di sostegno alla persona per favorirne il reinserimento sociale, l'integrazione e il raggiungimento di un benessere più generale.

Nel considerare la salute della donna è importante ricordare che esistono tumori come quello della mammella e del collo dell'utero che hanno una elevata probabilità di guarigione, se diagnosticati

precocemente attraverso screening di popolazione. Nel territorio della AUSL di Cesena, da quattro anni, i due screening vengono eseguiti regolarmente secondo le linee guida regionali.

La **salute riproduttiva** può essere sintetizzata attraverso alcuni indicatori, tra cui gravidanza, partecipazione ai corsi nascita, abortività, contraccezione e sterilità. Nel corso del 2000 sono state prese in carico dai consultori dell'AUSL di Cesena 366 gravidanze, di cui 81 di donne straniere. I parti avvenuti presso l'Ospedale Bufalini sono 2185, di questi il 26% sono parti cesarei. Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) in donne italiane residenti nella nostra regione risultano essere nel 1999 in diminuzione rispetto all'anno precedente, mentre aumentano nelle donne con cittadinanza straniera; in queste spesso l'I.V.G si collega a una condizione sociale di prostituzione e sfruttamento. A Cesena nell'anno 1999 risultano 439 interventi di I.V.G. in donne residenti; nelle donne straniere temporaneamente presenti l'interruzione di gravidanza ha rappresentato la prima causa di ricovero.

In un ottica di promozione della genitorialità e di inversione di tendenza sulla natalità sono diventati indispensabili i servizi sociali di supporto. Anche nel nostro territorio le donne hanno necessità di offerte differenziate dei servizi sociali e di reti informali di supporto (nidi a fasce orarie, nidi di condominio, scuole a tempo pieno, banche del tempo, collaborazioni tra famiglie, vicinato, associazioni ...) che costituiscano una concreta collaborazione per alleggerire il peso dei vari ruoli a cui sono chiamate.

Per le donne straniere si aggiungono, a queste esigenze, altri disagi collegati alla diversità delle cultura sanitaria del nuovo paese, alla difficoltà di comunicazione linguistica, e, in molti casi, a situazioni sociali di emarginazione, di isolamento, di mancanza di informazione, oppure di sfruttamento e violenza, che finiscono per influire sulla salute riproduttiva e generale.

Salute degli Anziani

L'alto indice di invecchiamento caratterizza la popolazione dell'Emilia-Romagna: all'1.1.99 la proporzione di persone sopra i 65 anni (21%) presenta valori elevati, con un sensibile scostamento dalla media sia europea (16%), sia italiana (17%). Il 13% della popolazione anziana è rappresentato da ultra 85-enni (i cosiddetti "grandi vecchi") .

Anche nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Cesena l'invecchiamento della popolazione rappresenta l'aspetto demografico più rilevante: l'indice di vecchiaia (dato dal rapporto tra la popolazione sopra i 65anni e quella 0-14) è in continua crescita: dal 147 del 1995 al 158 del 1999.

L'indice di dipendenza senile o di "carico sociale" (dato dal rapporto tra la popolazione sopra i 65 anni e quella in età lavorativa attiva comprese tra i 15 ed i 64 anni) è pari a 28.3. Cesena, ed in particolare i Comuni della Comunità Montana, presentano valori più elevati per entrambi gli indici, mentre i comuni del Rubicone si confermano meno "vecchi".

L'invecchiamento della popolazione determina una crescita del carico assistenziale richiesto. Nel periodo 1997-2000 i tassi di ospedalizzazione, riferiti alla popolazione residente, aumentano in tutte le fasce d'età sopra i 65 anni, con particolare evidenza sopra gli 85 anni e sono correlati principalmente a malattie cardio-circolatorie (118 per 1000 ab.), neoplasie (52) e le malattie respiratorie (22), in linea coi dati regionali.

Nell'anno 2000, l'80% degli accessi in assistenza domiciliare ha riguardato pazienti sopra i 75 anni.

Come emerge chiaramente dal quadro demografico, la possibilità di giungere alla longevità è ormai accessibile ad un numero crescente di persone. La condizione di "non-autosufficienza" appare la determinante principale nell'influenzare sia la qualità della vita dell'anziano, sia la domanda socio-assistenziale: obiettivo primario nell'area anziani dovrà pertanto, essere quello di aumentare la quota di anni "liberi" da una situazione di "non-autosufficienza".

Alla luce di queste considerazioni, sono stati individuati alcuni campi d'intervento.

1. "Fragilità" della persona anziana

Rappresenta un importante fattore di rischio e di accelerazione del processo di decadimento e di destrutturazione della personalità. All'anziano "fragile" va rivolta un'azione di prevenzione, che richiede culture e strumenti innovativi operando con criteri non solo biomedici, ma anche psico-sociali.

2. Semplificazione degli accessi ai servizi per le persone anziane

Emerge il bisogno di visibilità dei percorsi assistenziali disponibili, di "sburocratizzazione delle procedure" per accedere ai Servizi ed una comunicazione chiara alla persona anziana e alla sua famiglia.

Per alcuni Servizi presenti nel territorio dell'Azienda appare non uniforme la possibilità di accesso, con difficoltà maggiori nelle aree montane in cui la presenza di anziani è, invece, più rilevante.

3. Prevenzione del decadimento cognitivo nella persona anziana

Appare importante promuovere un ruolo attivo dell'anziano all'interno della collettività ed iniziative culturali dirette a stimolare le attività cognitive. La collaborazione con l'Università può essere molto proficua, anche nella preparazione del personale di assistenza agli anziani, al fine di valutare non solo aspetti assistenziali, ma anche psicologici.

4. Cura dell'Anziano demente

La maggior parte degli anziani dementi risiede presso il proprio domicilio e il maggior peso assistenziale grava sulle famiglie (si può globalmente parlare di "*famiglia fragile*"). Occorre incentivare l'adeguamento dell'ambiente domestico per garantire la sicurezza, facilitare l'orientamento spaziale, mantenere le capacità residue, controllare i disturbi del comportamento, adeguare i servizi domiciliari (formazione degli operatori, interventi di sostituzione dei familiari). Emerge l'esigenza dei familiari ad essere "sostenuti" e supportati (necessità di favorire la nascita delle associazioni dei familiari e di promuovere i gruppi di auto-aiuto).

5. Riduzione del rischio di caduta e prevenzione delle fratture del femore

La caduta rappresenta, nella persona anziana, un evento spia di una condizione di fragilità e costituisce un potenziale innesco di un processo di complicazioni che può condurre ad una disabilità irreversibile.

Ogni anno il 30% degli ultrasessantenni cade, con punte del 40% oltre i 75 anni, e il 10-15% di tali cadute produce conseguenze significative con invalidità

Esclusione sociale

“Povero” non è più soltanto chi non dispone di mezzi sufficienti a soddisfare le esigenze primarie di vita, ma anche chi vive in una situazione di deprivazione culturale e marginalità che colloca il soggetto in “luoghi” difficilmente raggiungibili dalla comunicazione sociale. Sempre più il concetto di “povertà” si confonde, quindi, come “non pieno godimento” della cittadinanza e si correla al concetto di “esclusione sociale”.

La complessa problematica è stata affrontata delimitando le seguenti aree di analisi:

Cittadini Stranieri Immigrati

È difficile determinare la reale presenza quantitativa degli stranieri in Italia: secondo le stime ufficiali gli immigrati in Italia (al 31/12/99) sono risultati 1.252.000. A questi si aggiunge la componente irregolare (Stranieri Temporaneamente Presenti- STP) quantificata dagli enti più accreditati intorno al 25% dei regolari. Le presenze straniere nella regione Emilia-Romagna (al 31/12/2000) risultano 110.168.

Al 1/1/2000 gli stranieri iscritti all'anagrafe dei comuni della provincia di Forlì -Cesena risultano 6.325: nel comprensorio cesenate rappresentano il 2% della popolazione residente (valore più basso rispetto a quello regionale e nazionale). Appare interessante la variazione rispetto all'anno precedente: la popolazione straniera residente in provincia ha subito, nel corso del 1999, un incremento di circa il 30%. Il 61% degli stranieri residenti è compreso nella fascia da 26 a 50 anni; i minori costituiscono il 19% del totale.

Per quanto riguarda la realtà locale, è stato possibile, grazie alla collaborazione con l'Associazione Sa Lem, rilevare una serie di dati relativi all'assistenza erogata ai cittadini stranieri temporaneamente presenti nel nostro territorio: il totale dei soggetti iscritti con codice regionale STP per l'anno 2000 è pari a 361 unità. L'età media è di 24 anni nei maschi e di 26 nelle femmine.

Nel corso dell'anno sono stati effettuati 148 ricoveri e il reparto maggiormente coinvolto è il Day Hospital di Ginecologia; la causa più frequente di ricovero è l'interruzione volontaria di gravidanza.

Tratta, Sfruttamento, Prostituzione

La tratta a scopo sessuale rappresenta, probabilmente, la forma più grave di “commercio di esseri umani” in quanto il disvalore connesso allo sfruttamento sessuale del corpo risulta particolarmente avvertito, ma vanno diffondendosi altre forme di sfruttamento, quali il lavoro para-schiavistico.

La stima delle prostitute presenti a livello nazionale nel 1998 è di circa 25.000, di cui il 9% minorenni (dato CENSIS). L'85-90% delle prostitute sono immigrate clandestine, spesso non in possesso di documenti, ed in condizione di forte marginalità e di sfruttamento. L'età delle donne immigrate che si prostituiscono sta scendendo ed emerge in modo grave il problema della prostituzione minorile.

Povertà e disagio sociale, con particolare riferimento ai temi della disoccupazione, dell'esecuzione penale e dei disabili

Il nostro territorio si caratterizza per un buon livello di occupazione: nell'anno 1999 il Rapporto di Iscrizione alle liste di disoccupazione è stato del 12% rispetto a un valore medio nazionale del 18%. Un dato interessante è quello relativo ai livelli medi di disoccupazione, che risultano nel sesso femminile doppi rispetto a quello maschile. In Italia, diversamente da altri Paesi Europei, la forte crescita della disponibilità occupazionale femminile, specialmente adulta, non si è accompagnata alla crescita dell'offerta del part-time.

Nel 2000 i detenuti appartenenti alla nostra comunità locale che scontano la pena come affidati e detenuti domiciliari sono 46, di cui 2 persone semilibere. Il Ser.T (Area tematica Carcere) della nostra AUSL ha rilevato da parte di 59 soggetti con provvedimento giudiziario, la richiesta di avvio o di prosecuzione di un programma terapeutico.

Il numero totale delle persone disabili censite dall'Ausl di Cesena (anno 1998) è di 2.348 persone, corrispondenti all'1,6% dei residenti; un quinto dei disabili rientra nella fascia di età da 0 a 17 anni.

Tra le patologie numericamente più rilevanti evidenziamo le insufficienze mentali che rappresentano il 25% del totale (ritardo mentale, il ritardo dello sviluppo psicomotorio e del linguaggio, demenze); seguono i deficit neuromotori quali paralisi cerebrali infantili e tetraparesi, (16%); le patologie psichiatriche quali distorsioni affettivo-relazionali, psicosi e sindromi depressive (15%); le patologie organiche con l'11% e i deficit visivi ed uditivi nel 10%.

È interessante notare che nel 40% dei casi la patologia principale è associata a una seconda patologia

Nel 16% dei casi il disabile vive solo; in 1/3 dei casi i conviventi di soggetti disabili sono anziani.

Un problema emergente negli ultimi anni è quello relativo alla disabilità da traumi, con particolare riferimento a quelli secondari a incidenti stradali, la cui incidenza è notevolmente aumentata specie tra i giovani: tra gli utenti invalidi che usufruiscono delle prestazioni fisioterapiche territoriali, circa la metà presenta un'invalidità secondaria a traumi.

Nel corso dell'anno 2000 sono state attivate 29 borse lavoro e 23 inserimenti lavorativi per soggetti disabili.

Livelli d'intervento

In un contesto in cui spesso convivono più differenze (differenza culturale originaria dei gruppi, povertà, differenza nel percepire ed affrontare la malattia, la salute mentale, l'handicap, ecc.) occorre agire con interventi integrati attraverso un approccio multidisciplinare.

A tale scopo appare necessario costruire alleanze sul territorio, per favorire un'autentica promozione sociale e sanitaria.

Salute mentale

I disturbi psichici costituiscono, nel loro insieme, uno tra i più diffusi rischi di malattia: l'Organizzazione Mondiale della Sanità infatti, stima che ne soffra circa il 25% dell'intera popolazione dei paesi "sviluppati".

Esiste una carenza di studi epidemiologici nazionali e regionali sulla diffusione dei disturbi psichici nella popolazione locale: possiamo assumere che le dimensioni generali del problema della salute mentale, in Emilia Romagna e nella Azienda Sanitaria di Cesena, rispettino quelle individuate in altri paesi economicamente sviluppati e che, pertanto, i casi attesi siano circa un quarto della popolazione.

In genere si tratta di disturbi psichici di primo livello stimati nel 20% della popolazione generale, solo più raramente di disturbi psichici di secondo livello quali psicosi (2%), disturbi di personalità (3% della popolazione adulta), demenze (5% della popolazione anziana), disturbi dell'attenzione e disturbi ipercinetici (4% della popolazione in età scolare).

Nell'anno 1999 il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria di Cesena ha effettuato 720 prime visite in pazienti; prevale un accesso maggiore nel sesso femminile, accentuato sopra i 65 anni.

I determinanti delle malattie psichiatriche e delle loro conseguenze, in termini di disabilità e di esclusione sociale, sono legati a fattori ambientali, sociali e comportamentali. L'elevata frequenza e l'origine multifattoriale dei disturbi mentali rendono inefficace qualunque strategia tesa ad affrontare il problema sulla base dei soli interventi di carattere sanitario.

La famiglia, la scuola, le associazioni del terzo settore e gli enti locali costituiscono strumenti insostituibili per rendere efficaci i processi di integrazione delle persone affette dai disturbi mentali.

A livello regionale sono stati individuati alcuni obiettivi di salute relativi a:

1) Tutela della salute mentale dei cittadini con disturbi psichiatrici primari:

a) Prevenzione e riduzione della disabilità nelle persone affette da disturbi psichiatrici maggiori attraverso:

- Miglioramento dei trattamenti intensivi prolungati nei pazienti con disturbi psichiatrici maggiori.
- Promozione dei trattamenti psicoeducazionali per le famiglie con soggetti psicotici per ridurre il carico: la partecipazione attiva al processo di cura dei familiari e delle altre persone volontarie che prestano assistenza è uno strumento essenziale del miglioramento degli attuali percorsi assistenziali.
- Privilegiare i rapporti tra Dipartimento di Salute Mentale ed enti locali per attivare programmi volti a promuovere l'inserimento lavorativo e sociale delle persone affette da psicosi.

b) Riduzione della prevalenza dei disturbi emotivi (disturbi d'ansia e disturbi depressivi):

queste patologie rappresentano, anche nella nostra realtà uno dei motivi tra i più frequenti di consultazione dei Medici di Famiglia. Questa figura professionale, in quanto medico "di frontiera", si trova spesso "solo" ad affrontare tematiche complesse per le quali appare opportuna una integrazione con altre figure professionali (medici specialisti, operatori sociali, operatori socio-sanitari).

2) Riduzione dei disturbi della condotta ed i comportamenti antisociali nell'età evolutiva e nei giovani adulti

3) Promozione del benessere e della salute emozionale degli adolescenti

4) Prevenzione dei disturbi psichici della persona che assiste il paziente (caregiver) nelle famiglie di anziani affetti da demenza.

Dipendenze Patologiche

Nel 1999 In Italia i tossicodipendenti seguiti dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso i Ser.T. sono stati circa 135.000; si stima che possa esservi un rapporto fra fenomeno emerso e sommerso pari a 1 : 1 e che, pertanto, il numero reale sia pari al doppio. Oltre al sommerso, si pone la necessità di tener presenti tre scenari su cui concentrare l'attenzione:

- consumi problematici di sostanze stupefacenti, legali e non (dipendenze);
- consumi non problematici di sostanze stupefacenti, legali e non ("comportamenti a rischio");
- i "nuovi disagi" ("nuove emarginazioni").

Alcuni brevi dati sulle dipendenze patologiche provenienti dal Ser.T. dell'AUSL di Cesena:

Tossicodipendenti: i casi presi in carico nel 2000 sono 455: la sostanza d'abuso primaria resta l'eroina (73%), seguono cannabis (10,8%), cocaina (9,7%) e ecstasy (3,3%). Si stanno affermando modelli di dipendenza da cocaina, ecstasy e politossicomane quasi sempre accompagnate da alcol; pesante è il consumo di cannabis.

Si registra un aumento dei decessi connessi alle droghe (12 nel '99) e dei casi di epatite B e C; inoltre destano sempre più preoccupazione i disturbi correlati e conseguenti al consumo di ecstasy.

Alcolisti: sono in forte crescita lo sballo da alcol nei giovani e dipendenze negli adulti. I casi presi in carico nel 2000 sono 80, la bevanda d'abuso prevalente è il vino, l'età media è pari a 43 anni, basso è il titolo di studio, la metà ha un'occupazione regolare, è alto il numero di pensionati.

Cosa si sta facendo e cosa si può migliorare:

- Promuovere politiche di integrazione fra i servizi e sviluppare e qualificare la rete di collaborazione tra pubblico e privato
- Prevenzione primaria: favorire azioni volte a sviluppare e implementare risorse rivolte agli adolescenti e ai giovani in genere, recuperare le difficoltà personali e di gruppo, indurre stili di vita diversi per i consumatori di alcool e sostanze psicoattive, informare nei contesti oggetto di comportamenti a rischio.
- Alcol, tabacco e giovani: tutelare e promuovere la salute di adulti e giovani, ridurre la morbilità e la mortalità precoce, formare figure professionali sanitarie e sociali sui temi dell'alcool e del tabacco.
- Prevenzione, accoglienza e conoscenza diagnostica, clinica e farmacologia dei nuovi fenomeni di abuso (designers drugs, poliassunzioni ecc.) correlati ai nuovi stili di vita e modelli culturali dei giovani, qualificare e potenziare il Centro di ascolto Nuove droghe e progetto Discoteche, attenzione a nuovi comportamenti patologici quali gioco d'azzardo e uso di steroidi e anabolizzanti.
- Politiche e interventi di riduzione del danno, con particolare attenzione ai soggetti facenti parte del cosiddetto "sommerso": ridurre i pericoli connessi all'abuso di sostanze (overdose, HIV, malattie infettive in genere, ecc.), rallentare o fermare il degrado psicofisico di chi è già in condizioni di Dipendenza, informare e sviluppare pratiche per la riduzione dei rischi ("nesso sicuro", "buco pulito", conoscenza conseguenze nuove droghe e alcol).

- Compresenza di patologia psichiatrica e tossicodipendenza: qualificare e potenziare la presa in carico e l'intervento terapeutico nell'ambito della doppia diagnosi a tutti i livelli della rete dei servizi, ridefinizione dei percorsi formativi delle varie professionalità impegnate, sia nel pubblico, sia nel privato sociale.
- Informazione tesa a prevenire infezioni da HIV e altre malattie infettive quali epatite B e C, con particolare attenzione a adolescenti e giovani, carcerati, donne, tossicodipendenti, adulti lavoratori.
- Tossicodipendenza femminile e genitorialità rete integrata di servizi sul territorio.
- Carcere e tossicodipendenza: lotta al traffico di stupefacenti, prevenzione, informazione e riduzione del danno, collaborazione socio-sanitaria nei casi di differimento pena per A.I.D.S., collaborazione di rete per inserimenti lavorativi e sociali nelle misure alternative alla detenzione e nella fase post carceraria.
- Inserimento sociale e lavorativo di tossicodipendenti e soggetti sieropositivi: programmi di formazione e di avviamento al lavoro, salari minimi, tirocini, borse lavoro, indennità ecc.

Incidenti stradali

Gli incidenti stradali costituiscono in Italia un fenomeno di rilevante importanza sanitaria: ogni anno si verificano circa 200.000 incidenti stradali con circa 8.000 morti, 20.000 invalidi, 170.000 ricoverati e 500.000 prestazioni di Pronto Soccorso senza ricovero (dati Istituto Superiore di Sanità).

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha posto tra i propri obiettivi la riduzione del 20% dei decessi causati da traffico. In Emilia-Romagna, nel triennio 95-98, si sono verificati circa il 12% del totale degli incidenti nazionali: tale valore è in proporzione elevato se confrontato con i dati relativi alle strade presenti (solo il 6.5% di quelle nazionali) e al numero di veicoli a motore immatricolati (8%).

Il Piano Sanitario Regionale 1999/2001 ha assegnato la massima priorità alla prevenzione degli incidenti da traffico in quanto i tassi di mortalità ad essi correlati presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale (24/100.000 vs 13,5/100.000).

In particolare l'impatto socio-sanitario degli incidenti stradali nel territorio delle province del litorale emiliano-romagnolo è notevole, sia in termini di ricoveri ospedalieri, sia di mortalità il 43% dei ricoveri per incidente stradale in Regione si concentra in questo territorio, a fronte di una popolazione corrispondente ad un terzo di quella regionale. Il tasso di ospedalizzazione risulta più elevato che in Regione: 4.2/1000 abitanti, contro il 3/1000.

La classe di età più coinvolta è quella tra i 14 ed i 17 anni, sia nelle femmine, sia, soprattutto, nei maschi: il tasso età-specifico in questa fascia risulta particolarmente elevato nell'Azienda Sanitaria di Cesena (12.3 per 1000 abitanti vs. l'8 regionale). Tra gli ultrasessantacinquenni i ricoveri da incidente stradale sono numericamente inferiori, ma le conseguenze più gravi, con tassi di letalità ed invalidità più elevati in questa classe d'età rispetto alle altre.

Le patologie più frequenti sono, in ordine decrescente, i traumi cranici, le fratture degli arti, i traumi toracici e dell'addome; particolarmente importanti, sotto i 14 anni, sono i traumi cranici responsabili di oltre il 50% dei ricoveri.

I ricoveri sono più frequenti nel fine settimana (46%), particolarmente nella fascia d'età 18-29 anni.

Per quanto riguarda i dati di mortalità da incidente stradale nell'Azienda Sanitaria di Cesena, il tasso grezzo di mortalità è risultato pari a 21.3/100.000 abitanti (30/100.000 nei maschi e 13/100.000 nelle femmine). Il tasso più alto di mortalità si è riscontrato in due classi d'età tra i 18 ed i 29 anni e sopra i 65 anni (entrambi circa pari a 38/100.000 abitanti), e nella classe 14-17 (25/100.000).

Analizzando le cause di morte evitabile sotto i 65 anni nell'Azienda di Cesena, si evidenzia che, nel quinquennio '94-'99, il maggior numero di decessi "evitabili" e di "anni di vita potenzialmente persi" sono riconducibili alle morti violente, nella maggior parte dei casi attribuibili ad incidente stradale.

I dati raccolti possono fornire importanti informazioni relativamente alla scelta del target di popolazione, nonché dei contenuti e delle forme di comunicazione da utilizzare per eventuali interventi di educazione sanitaria. Ai fini della prevenzione degli incidenti nelle fasce d'età giovanili, appare prioritaria l'importanza di interventi di educazione sanitaria sull'uso del casco e delle cinture di sicurezza, sulla pericolosità della guida in stato di ebbrezza e sulla necessità del rispetto dei limiti di velocità.

Le scuole rappresentano un luogo privilegiato per l'attuazione di campagne di sensibilizzazione al problema, ma per una diffusione capillare del messaggio non devono essere trascurati altri possibili punti di aggregazione ed altri "attori" coinvolgibili.

Per quanto riguarda le persone anziane, spesso coinvolte in incidenti ad esito letale ed in genere "vittime" più che responsabili dell'evento incidente, appare importante intervenire in particolare sul tessuto urbano delle città potenziando e migliorando i percorsi pedonali e le piste ciclabili e garantendo un'adeguata manutenzione delle strade.

Infortunati e sicurezza sul lavoro

Il problema degli infortuni sul lavoro è particolarmente rilevante in Italia: ogni anno si registrano più di 1000 morti "bianche", migliaia di feriti, con un danno economico stimato intorno ai 30 mila miliardi.

La quantità e la tipologia degli infortuni è influenzata da una molteplicità di fattori che comprendono la struttura produttiva e la sua dimensione, l'organizzazione del lavoro, il fattore umano (età, esperienza, cultura...) per citare i più importanti.

Complessivamente il 78,7% delle imprese dell'Emilia-Romagna è concentrato nell'industria e nei servizi e il rimanente nel settore agricolo. Le imprese artigiane, rappresentano una componente rilevante del tessuto economico locale (30%).

Nel 1999 circa il 14% degli infortuni nazionali ha avuto luogo nella nostra Regione per un totale superiore ai 100.000 infortuni.

In Emilia Romagna si registra, nel **settore agricolo**, un lieve decremento del numero di infortuni, ma non dei casi mortali. Si registra un livello di gravità degli infortuni che nel 5,1% dei casi hanno dato luogo a un'inabilità permanente, in linea con la media italiana.

Sempre in linea con l'andamento nazionale, si registra nel 1999 un leggero incremento degli infortuni complessivi **dell'industria e dei servizi**, ma una riduzione dei casi mortali. I settori più interessati dal fenomeno sono quello manifatturiero, che risulta essere più rischioso che nel resto del Paese, e quello delle costruzioni.

Per quanto riguarda gli **infortuni "stradali"**, comprensivi degli infortuni in itinere e durante l'attività lavorativa, vediamo che costituiscono il 13,8% (dato INAIL 1998) di tutti gli infortuni nella provincia di Forlì - Cesena, rispetto a un valore regionale del 12,2 %. Sul totale degli infortuni che danno luogo ad esiti permanenti, gli infortuni stradali incidono per il 22,3% nella provincia e per il 20,5% in regione.

L'indice di incidenza degli infortuni (n° infortuni / n° addetti x 100) nella Provincia Forlì -Cesena per il 1999 è 6,9 rispetto al dato regionale del 5,7.

A livello cesenate sono disponibili indici di incidenza elaborati dal Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro su dati derivanti dall'attività di vigilanza e controllo su specifici comparti rappresentativi delle imprese locali; settore alimentare e settore tessile.

Non sono purtroppo disponibili dati INAIL relativi al comprensorio cesenate in quanto la Banca dati consente elaborazioni unicamente provinciali.

Alimentazione

Nel 1998 un'indagine Eurisko ha sottolineato come, nonostante un terzo degli intervistati dichiarò di prestare attenzione alle scelte nutrizionali, la maggior parte del campione non compie scelte nutrizionali accorte. In questa parte è presente anche un'area di povertà (12%) condizionata nelle scelte alimentari dalle scarse disponibilità economiche.

Il problema principale appare legato al **sovrappeso**: in Italia ne soffre quasi la metà degli uomini e circa un terzo delle donne. Importante è la scarsa sintonia tra immagine reale, immagine vissuta e immagine ideale del proprio corpo: il 10% dei normopeso, specie donne, si vedono grassi, mentre gli individui in sovrappeso, specie gli uomini, si vedono normali (57%) o addirittura magri (3%).

Circa il 14% dei bambini italiani tra i 4 e i 12 anni risulta in eccesso ponderale e tale percentuale è in costante aumento; l'obesità infantile è responsabile di circa il 30% di quella in età adulta; l'obesità adolescenziale persiste nell'80% in età adulta; anche la rilevanza del sovrappeso e dell'obesità nei soggetti anziani è elevata.

I dati relativi alla nostra realtà locale indicano che il 20% circa dei ragazzi di 14 anni è in sovrappeso, con un trend in aumento negli ultimi anni.

È possibile individuare differenze nella tipologia dei consumi nelle diverse fasce d'età in particolare i bambini e i ragazzi consumano poca frutta, verdura e pesce e si abituano al gusto di bevande e prodotti dolciari molto dolcificati e di alimenti molto ricchi di grassi. Le persone anziane consumano anch'esse poca frutta e verdura, specie cruda, ed inoltre assumono carne in quantità spesso insufficiente.

L'alimentazione svolge un ruolo importante nello sviluppo di malattie importanti per frequenza e gravità

L'eccesso di colesterolo e l'obesità viscerale sono importanti fattori di rischio per le malattie cardio-vascolari.

In letteratura è accertato il rischio più elevato nelle persone in sovrappeso ed obese alle neoplasie nel loro insieme, mentre è consolidato il dato riferito ad un'associazione protettiva tra il forte consumo di frutta e verdura e neoplasie di diverse sedi (colon-retto, stomaco, polmone, mammella, orofaringe, esofago e vescica).

Le erronee abitudini alimentari sono sicuramente concausa dell'insorgenza dell'osteoporosi. Nella Comunità Europea 1 cittadino su 8, al di sopra dei 50 anni, subisce una frattura delle vertebre causata da questa patologia.

Anche nel diabete mellito di tipo 2 vi è un'associazione con l'obesità nel 1999 la prevalenza di diabetici, seguiti dai medici di famiglia del territorio dell'Ausl di Cesena, è stata circa del 4% del totale della popolazione.

Per quanto riguarda la salubrità degli alimenti, possiamo evidenziare che l'incidenza di malattie infettive trasmesse da alimenti (in particolare le salmonellosi), nel territorio di nostra competenza, dopo aver registrato un andamento crescente fino al 1990, mostra un'inversione di tendenza con l'eccezione dei picchi epidemici avvenuti nel '97 e nel '99.

È indispensabile, per contrastare la malnutrizione per eccesso e le malattie ad essa correlate, che siano attuate alcune strategie preventive, con la promozione di una corretta attività fisica ed una “educazione alimentare”.

Particolare importanza hanno gli interventi di prevenzione in età pediatrica e durante la gravidanza.

Neoplasie

In Emilia-Romagna l'incidenza di tumori prevista per l'anno 2000 è in aumento rispetto ad un decennio fa. Il "rischio neoplasia" si mantiene in realtà costante, ma il progressivo invecchiamento della popolazione determina un aumento del numero assoluto di nuovi casi e del conseguente aumento del carico assistenziale.

L'Azienda Sanitaria di Cesena presenta valori sovrapponibili alle medie regionali: nel periodo 1993-1997 negli uomini i tumori più frequenti sono quelli del polmone e della pelle, nelle donne la sede più colpita è la mammella.

I tassi standardizzati di mortalità regionali e locali mostrano un trend in diminuzione in entrambi i sessi.

Per quanto riguarda la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di neoplasia, in Regione sono viventi circa il 40% dei maschi ed il 55% delle femmine. Tali valori si collocano ad un buon livello, sovrapponibile alle altre regioni del Nord Italia e del Nord Europa. La sopravvivenza dopo 5 anni dalla diagnosi è considerata un buon indicatore di guarigione per la maggior parte delle neoplasie.

Tumore del polmone

Si conferma la neoplasia più frequente nei maschi, mentre si colloca al quarto posto nelle femmine. A livello regionale l'incidenza stimata per il 2000 mostra una riduzione negli uomini, mentre nelle donne si evidenzia un lieve incremento. L'Azienda Sanitaria di Cesena presenta valori leggermente inferiori alle medie regionali.

La mortalità mostra negli uomini un andamento discretamente decrescente a partire dall'inizio degli anni '90, sovrapponibile al trend nazionale; nelle femmine invece il tasso di mortalità è moderatamente crescente e leggermente più alto del tasso nazionale.

Nel periodo 95-99 nella nostra Azienda, il tumore del polmone ha rappresentato la prima neoplasia "evitabile" per numero di decessi assoluti: insieme alle cause violente determina il 50% di tutti i decessi da mortalità evitabile sotto i 65 anni.

Tumori del colon-retto

L'incidenza di queste neoplasie è fortemente legata alla quota di popolazione anziana e ciò spiega l'aumento registrato in Regione nell'ultimo decennio (circa il 20%).

L'Azienda Sanitaria di Cesena si colloca su livelli sovrapponibili alla media regionale. La mortalità osservata mostra una sostanziale stabilità dei tassi nei due sessi negli ultimi 15 anni.

Circa la metà dei pazienti sopravvive a 5 anni dalla diagnosi.

Tumori della mammella femminile

Il rilevante aumento registrato in questo ultimo periodo a livello regionale deve essere letto come diretta conseguenza dei programmi di screening attivati in Regione a partire dal 1995 ed attualmente in atto anche nell'Azienda Sanitaria di Cesena.

Per ciò che riguarda la mortalità si segnala una sostanziale stabilità nel tempo dei tassi regionali osservati (mediamente circa 38 decessi /100.000 donne).

Nell'Azienda Sanitaria di Cesena il tasso grezzo di mortalità è in diminuzione dal 1995 al 1999 (da 40/100.000 a 29). Nel periodo 95-99, il tumore della mammella ha determinato il 25% delle morti evitabili sotto i 65 anni nelle donne della ns. AUSL.

Dai dati pubblicati dei Registri tumori del 1998, la sopravvivenza a 5 anni per carcinoma mammario in Romagna è dell'86%: è la più alta sopravvivenza documentata in un territorio censito da un Registro Tumori.

Tumori dell'utero

L'incidenza dei tumori del collo dell'utero, oggetto dei programmi di screening attualmente in corso anche nella nostra Azienda, registra una notevole eterogeneità in ambito regionale, da attribuire in parte ai numeri esigui di casi registrati nelle singole AUSL. Cesena presenta valori più bassi della media regionale sia per il tumore del collo che per quello del corpo dell'utero.

La mortalità mostra, in sintonia con i dati nazionali, un lieve decremento dei tassi nell'ultimo ventennio, con un tasso annuale medio intorno agli 8-9 decessi per 100.000 donne.

I dati di sopravvivenza regionali mostrano una situazione molto buona, con percentuali medie di sopravvivenza a 5 anni superiori al 70%.

Tumori dello stomaco

Il tumore dello stomaco si conferma tra le sedi tumorali a più alta frequenza: in particolare è presente una elevata incidenza in Romagna (soprattutto nell'Azienda Sanitaria di Cesena).

Per quanto riguarda la mortalità si conferma il netto decremento osservato ormai da molti anni (intorno ai 28 decessi per 100.000 residenti maschi ed ai 20 nelle femmine nel 1997). La geografia regionale della mortalità per tumori dello stomaco ricalca quanto già noto dalla incidenza, con livelli notevolmente più alti in Romagna.

I tumori gastrici sono compresi tra le neoplasie ad alta letalità ed, attualmente, non sono disponibili tecniche preventive o diagnostiche precoci di dimostrata efficacia.

Le percentuali di sopravvivenza sono alquanto ridotte, 23% nei maschi e 27% nelle femmine, senza variazioni di rilievo tra le diverse realtà regionali e rispetto alla media di nord-Italia ed Europa.

Prevenzione Primaria

- Riduzione dell'abitudine al fumo
- Promozione per una alimentazione sana ed equilibrata: l'assunzione di frutta e verdura fresche hanno un ruolo protettivo nei confronti di diverse forme tumorali maligne
- Riduzione dell'abuso di alcoolici
- Riduzione dell'inquinamento atmosferico, con particolare riferimento a quello provocato dal traffico urbano
- Riduzione dell'esposizione a cancerogeni occupazionali (asbesto)
- Riduzioni delle disegualianze sociali

Prevenzione secondaria e Diagnosi precoce (programmi di screening): anche nella nostra Azienda sono iniziati, da alcuni anni, programmi di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella, che coinvolgono tutte le donne residenti rispettivamente nelle fasce d'età 25-64 e 50-69.

Malattie cardiovascolari

La mortalità per malattie cardi ovascolari rappresenta la prima causa di morte in Italia (42%), nonostante il declino verificatosi negli ultimi 15-20 anni. L'Emilia-Romagna si colloca al di sotto del tasso medio nazionale, in entrambi i sessi.

La mortalità legata alle malattie cardiovascolari interessa le fasce più anziane della popolazione: tra i soggetti deceduti in Emilia-Romagna sotto i 75 anni la mortalità cardiovascolare determina circa il 25% delle morti, mentre sopra tale età è responsabile del 50% circa.

Nelle donne sotto i 75 anni la mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo prevale sulla mortalità per infarto miocardico, contrariamente a quanto avviene negli uomini.

Nell'Azienda Sanitaria di Cesena l'analisi dei tassi di mortalità per malattie del sistema cardiovascolare mostra sostanzialmente un trend in diminuzione negli ultimi anni: i tassi di mortalità si collocano al di sotto del valore regionale, in entrambi i sessi.

Se scomponiamo la mortalità cardiovascolare nelle singole cause di morte, emerge una sostanziale stabilità dei tassi per le malattie ischemiche del cuore, con una tendenza al decremento nei maschi, mentre la mortalità legata a disturbi circolatori dell'encefalo presenta un trend in aumento, in entrambi i sessi.

Nell'Azienda Sanitaria di Cesena la mortalità evitabile riconducibile a malattie cardiovascolari presenta un tasso (27/100.000 ab.) più basso rispetto al valore medio nazionale (34/100.000 ab.): alle malattie cardiovascolari sono correlate circa un quinto delle morti evitabili al di sotto dei 65 anni.

Nel corso del 2000 i ricoveri per malattie cardiovascolari sono stati più del 50% del totale dei ricoveri sia a livello regionale, sia locale.

I ricoveri per malattie cardio e cerebrovascolari nell'AUSL di Cesena, tra i residenti sopra ai 65 anni, nel triennio 1998-2000 sono stati complessivamente 12.876.

Prevenzione Primaria

- adottare abitudini alimentari in cui la quota di grassi non superi il 30% delle calorie totali; quella dei grassi saturi sia inferiore al 10% e quella dei polinsaturi ammonti al 5-6%
- ridurre il peso corporeo eventualmente in eccesso, diminuendo l'apporto calorico e incrementando l'attività fisica
- prendere iniziative concrete per identificare e controllare gli altri fattori di rischio coronario, quali ipertensione arteriosa, obesità viscerale, diabete e ridotta tolleranza al glucosio
- eliminare l'abitudine al fumo di sigarette
- scegliere uno stile di vita in cui l'attività motoria sia adeguatamente rappresentata

Prevenzione Secondaria

È rivolta a tutti i pazienti affetti da cardiopatia coronarica o che siano ad alto rischio per la presenza di malattie genetiche del metabolismo lipidico o glucidico o di altri fattori di rischio maggiori.

È importante sottolineare la presenza di nuovi farmaci, in grado di influenzare notevolmente l'incidenza di eventi cardiovascolari sia in termini di prevenzione primaria, sia secondaria.

Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie sono molto frequenti: si stima che la mortalità per patologia respiratoria nel mondo, oggi pari a 1/5 di tutte le morti, entro il 2020 vedrà salire al 3° posto le broncopneumopatie croniche ostruttive ed al 5° la neoplasia polmonare. L'incidenza delle affezioni respiratorie tende a crescere nelle decadi centrali della vita, ponendo le condizioni per un'elevata causalità di morte nelle fasce di età più avanzata (in particolare sopra i 75 anni).

Nel quinquennio 1989-94 in Emilia Romagna è stato registrato l'8% delle morti per cause respiratorie avvenute in Italia, con un tasso grezzo di mortalità pari a 150 per 100.000 abitanti (vs. 127 in Italia). Il sesso maschile risulta maggiormente colpito.

Nell'Azienda Sanitaria di Cesena, nel 1998, il valore del tasso grezzo di mortalità è risultato pari a 120 per 100.000 abitanti negli uomini e 41 nelle donne. Per quanto concerne i ricoveri ospedalieri da patologie respiratorie, nel triennio 1998-2000 si nota un trend in diminuzione in entrambi i sessi (dal 4.3% nei ricoveri totali al 2.7%).

Nella classe d'età sopra i 65 anni i ricoveri per malattia respiratoria rappresentano la terza causa di ricovero, costituendo il 15 % dei ricoveri complessivi.

Patologie respiratorie ed invalidanti e Broncopatia Cronica Ostruttiva rappresentano circa il 30% dei decessi per patologia respiratoria; si stima che in Italia, come in Emilia-Romagna, circa un terzo dei ricoveri ordinari siano dovuti a patologie correlabili con broncopneumopatie croniche. Le stime di prevalenza collocano la bronchite cronica in Italia tra il 5% ed il 15% e l'asma al 9%: la dimensione del problema, in una popolazione in via di invecchiamento, è pertanto crescente.

Il tabagismo rappresenta il principale fattore di rischio: la metà dei fumatori presenta sintomi compatibili con bronchite cronica e un quinto sviluppa la Broncopatia Cronica Ostruttiva. Dopo la sospensione del fumo l'incidenza di bronchite cronica e il rischio di Broncopatia Cronica Ostruttiva si riporta nel giro di 10 anni ai livelli osservati nei non fumatori.

Gli inquinanti atmosferici aggravano i sintomi di tali patologie: l'aumento dei livelli di ossido di zolfo, di ossido nitrico e ozono alza il numero di ospedalizzazioni con una latenza di 1-3 giorni.

La prevenzione è fondamentale per ridurre il rischio di sviluppo della malattia, gli episodi di riacutizzazione e l'invalidità legata alla malattia stessa. L'individuazione precoce dei pazienti affetti permette di conservare loro una buona capacità lavorativa e di relazione.

I programmi di riabilitazione respiratoria vanno considerati parte integrante del trattamento dei pazienti affetti da Broncopatia Cronica Ostruttiva, con l'obiettivo di ridurre i sintomi, di attenuare la disabilità conseguente, di incrementare l'attività fisica e sociale e di migliorare globalmente la qualità della vita soprattutto nella popolazione anziana.

Patologie respiratorie infettive e TBC

Le infezioni delle basse vie respiratorie rappresentano oggi un problema clinico di notevole entità più del 10% di queste infezioni richiedono, infatti, un ricovero in ospedale.

In Italia manca una raccolta sistematica dei dati di diffusione delle polmoniti; in base alle schede di morte e di dimissione ospedaliera, è possibile ritenere che la condizione di maggiore gravità della malattia e la fase di ospedalizzazione rappresentino una situazione tipica delle persone anziane e molto più rara per la popolazione generale. Il numero di morti, in entrambi i sessi, sia in Italia, sia in Emilia Romagna, cresce, infatti, gradualmente nelle fasce di età 55-59 e 65-69 anni, per aumentare poi notevolmente sopra i 70 anni.

In Emilia-Romagna, nel periodo '89-94, il tasso grezzo di mortalità per infezione respiratoria è risultato pari a 19 per 100.000 abitanti (versus dato nazionale pari a 16). Nell'anno 1998 quasi un quarto delle schede di dimissione ospedaliera ha presentato diagnosi di infezione polmonare.

Per quanto concerne la tubercolosi, numerosi paesi industrializzati hanno segnalato negli ultimi 10 anni una modificazione del trend nel quale mortalità ed incidenza erano in costante diminuzione dall'inizio del secolo.

In Italia la mortalità per tubercolosi è diminuita da 22 casi per 100.000 abitanti nel 1955 a 0.7 nel periodo 1989-1994; la morbosità pure in diminuzione, mostra a partire dal 1980 un rallentamento del trend decrescente.

L'andamento nelle diverse classi di età evidenzia, a partire dal 1975, un aumento della TB polmonare nella fascia di età sopra ai 75 anni, ed un analogo aumento dal 1985 nella fascia di età 25-34.

Il picco registrato nella fascia di età 25-34 è essenzialmente legato a due fattori: diffusione dell'infezione da HIV ed Immigrazione da Paesi ad alta o media endemia tubercolare.

Nella Regione Emilia-Romagna l'analisi del trend storico mostra una lieve tendenza all'aumento dell'incidenza negli ultimi 3 anni, con un tasso regionale pari a 12 casi per 100.000 abitanti nel 1998 (11 nel 1995). L'incidenza più elevata si registra nella fascia di età oltre i 65 anni, che dal 1995 mostra un aumento costante, passando da 19 a 26 nel 1998. Rilevante risulta anche l'incidenza della fascia di età 25-64 anni, che si mantiene però intorno a un'incidenza di 10.

ANALISI E CONSIDERAZIONI FINALI

Il materiale raccolto è stato analizzato dal gruppo tecnico che ha proceduto ad un primo confronto tra quanto era emerso dal lavoro degli esperti e dalle interviste di gruppo.

L'individuazione dei bisogni di salute, da proporre alla Conferenza Sanitaria Territoriale per la scelta delle priorità è stata condotta tenendo conto di quanto emerso dalle interviste dei gruppi focus (bisogno percepito) e dei criteri di scelta delle priorità indicati dal gruppo di amministratori pubblici e dagli altri attori sociali nel corso della fase di formazione (novembre e dicembre 2000):

1. Rilevanza (gravità e diffusione nella popolazione)
2. Capacità di ridurre le disuguaglianze
3. Risolvibilità
4. Urgenza

Analisi del materiale raccolto con i Gruppi Focus

Una analisi sintetica di quanto emerge dai **gruppi focus** permette di fare alcune considerazioni e trarre indicazioni per l'identificazione dei bisogni e le linee operative da seguire nella predisposizione del piano operativo.

Circa un terzo degli intervistati identifica il bisogno di salute con obiettivi di servizi:

- esigenza di migliore accessibilità, efficacia, efficienza dei servizi
- miglioramento della relazione tra operatori e cittadini/utenti

Questo dato potrebbe essere letto come una indicazione ad attuare interventi di verifica e miglioramento della qualità dei Servizi, con particolare riferimento alla accessibilità e alla relazione tra operatori e utenti. Inoltre si può ipotizzare che una significativa quota di popolazione associa al concetto di salute quello di disponibilità di servizi, con conseguente tendenza alla medicalizzazione dei problemi di salute.

Il 65% dei bisogni segnalati è riconducibile a obiettivi di salute, tra questi il 31% segnala la necessità di affrontare le principali patologie causa di morte e di malattia (Malattie Cardiovascolari, Tumori, Malattie Respiratorie, Incidenti, Dipendenze Patologiche..), mediante interventi di educazione alla salute: questa, e più in generale la prevenzione, sono indicate come le strategie operative da privilegiare per favorire l'adozione di stili di vita sani, la consapevolezza dei rischi e le capacità di autotutela della salute dei cittadini.

Un bisogno di salute particolarmente segnalato (18%) è riconducibile al problema del disagio psicosociale e all'esigenza di un miglioramento delle relazioni dentro le famiglie e nella comunità. Dalle segnalazioni dei cittadini intervistati emerge che anziani e giovani sono i soggetti sui quali è prioritario intervenire.

Una attenzione alla qualità urbana e ambientale e al problema degli incidenti stradali e sul lavoro viene segnalata rispettivamente dal 9% e dal 7% delle scelte di priorità.

Analisi del materiale raccolto nelle Schede Epidemiologiche

Dalle informazioni raccolte nelle **schede epidemiologiche e nei profili di comunità** elaborati da gruppi di operatori ed esperti emerge che, in un contesto globalmente "in salute" con un diffuso benessere economico, basso livello di disoccupazione e presenza di organizzazioni di volontariato e Servizi che lavorano attivamente nel territorio, sono presenti alcune aree critiche e possibilità di miglioramento.

Le criticità segnalate individuano nell'anziano e nella popolazione più giovane i destinatari da privilegiare negli interventi. Un'attenzione particolare va posta alle famiglie più "fragili" (monoparentali, donne sole con figli e nuclei privi di reti parentali di sostegno) nelle quali la condizione della donna appare particolarmente bisognosa di aiuto in quanto spesso è quella su cui grava il maggior carico delle problematiche familiari.

La condizione di "esclusione sociale" rappresenta un fattore di aggravamento dei problemi e un fattore di complicazione delle possibili soluzioni, per cui va sempre tenuta in considerazione e affrontata prioritariamente in ogni tipo di intervento.

Tra i bisogni e i problemi di salute sono particolarmente segnalati quelli relativi al disagio psicosociale, alla prevenzione e assistenza delle patologie invalidanti dell'anziano e del malato cronico e psichiatrico, alla prevenzione degli incidenti, alla prevenzione delle principali patologie causa di morte evitabile e malattia (malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie..).

Considerazioni finali e proposte

Il gruppo tecnico, incaricato dalla Conferenza Sanitaria Territoriale di elaborare una proposta per la scelta dei bisogni di salute prioritari della nostra comunità ha individuato, sulla base di quanto emerso dall'analisi, i seguenti bisogni:

- cultura della salute e stili di vita sani
- stare bene insieme, nelle famiglie e nella comunità
- sicurezza stradale
- autosufficienza dell'anziano
- sostegno a chi deve sostenere

Le motivazioni che sostengono la scelta e che possono orientare ad una ulteriore selezione sono rappresentate in sintesi nelle schede seguenti nelle quali:

La Prima colonna: "Percezione del bisogno" presenta il numero di segnalazioni sul totale di quelle raccolte (642) per dare un'idea di quanto il bisogno viene percepito e la percentuale dei gruppi che hanno segnalato il bisogno sul totale di quelli intervistati (31).

Sono infine indicate le principali segnalazioni "così come sono state dette" per dare un'idea di come viene percepito il bisogno.

Seconda colonna: "Rilevanza, urgenza e disuguaglianze" presenta dati e informazioni derivanti dalle schede epidemiologiche elaborate dal gruppo degli esperti.

Terza colonna: "Risolubilità e Attori sociali coinvolgibili" presenta alcune possibili linee di intervento suggerite dai gruppi intervistati e dagli esperti.

Per quanto riguarda i **progetti già in atto** sono stati in parte indicati nelle schede, ma sono ancora incompleti e saranno integrati a cura dei gruppi tematici che riceveranno il mandato di elaborare il programma di intervento specifico.

CULTURA DELLA SALUTE E STILI DI VITA SANI

PERCEZIONE del BISOGNO (fonte: Gruppi Focus)	RILEVANZA (diffusione, gravità) URGENZA, DISEGUAGLIANZA: dati/informazioni tratti dalle seguenti Schede Epidemiologiche <i>Infanzia ed età evolutiva / Salute Mentale / Dipendenze patologiche / Salute Donna / Salute anziani / Esclusione sociale/ Neoplasie/Malattie Respiratorie / Malattie Cardiovascolari / Alimentazione</i>	RISOLVIBILITÀ: alcune linee di intervento emerse dai focus e dalle schede	
<p>1) Quanti partecipanti hanno ritenuto rilevante stili di vita sani?</p> <p style="text-align: center;"><u>N° segnalazioni su 'Stili di vita' = 197 = 31%</u> Totale voti 642</p>	<p><i>Numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso l'adozione di stili di vita sani, che non dipendono solo da fattori propri del singolo individuo (conoscenze, credenze, valori, ecc) ma sono influenzati da fattori sociali (famiglia, amici, colleghi di lavoro, ecc) ed economici (disponibilità di risorse per la salute, ecc). Il PSN (Piano Sanitario Nazionale) 1998-2000 propone di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita sani e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati.</i></p> <p>ALIMENTAZIONE</p> <p>- Il conseguimento degli standard nutrizionali raccomandati è in grado di determinare importanti riduzioni nell'incidenza e nella mortalità per patologie cardio e cerebrovascolari e per tumore del colon-retto, oltre che per numerose altre patologie (diabete, ipertensione, ecc); analogamente l'obesità è un importante problema di salute collegato all'alimentazione e all'attività fisica.</p> <p>- In Italia (dato 1999) il 70-80% degli anziani è in sovrappeso-obesità, il 40-50% degli adulti è in sovrappeso-obesità, come anche il 14% dei bambini di età compresa tra i 4 e i 12 anni.</p> <p>- Oltre il 95% dei diabetici presenti in Italia è affetto da diabete mellito di tipo 2; l'84% dei casi ha un'età maggiore di 50 anni.</p> <p>- Nel 20% dei bambini che frequentano la classe 3° media nel nostro territorio è stato riscontrato un eccesso ponderale del 20% e il 4,5% ha un eccesso ponderale superiore al 40% (dato 1999).</p> <p>FUMO</p> <p>- è attribuibile al fumo il 90% delle morti per tumore polmonare, i 2/3 delle morti per broncopneumopatia cronica ostruttiva e ¼ delle morti per malattie cardiovascolari; il fumo è responsabile del 30% di tutti i tumori e del 15% di tutte le cause di morte</p> <p>- Anche l'esposizione al fumo passivo costituisce un importante fattore di rischio e causa di circa 1000 morti l'anno in ambito nazionale</p> <p>- Il PSN pone tra i suoi obiettivi quello di ridurre a zero la frequenza delle donne che fumano durante la gravidanza.</p>	COSA?	
<p>2) In quanti gruppi si è individuato lo stile di vita sano come problema di salute?</p> <p style="text-align: center;"><u>N° gruppi votanti su 'Stili di vita' = 30 = 97%</u> Totale n° gruppi 31</p>			<p>- Programmi di educazione alimentare e educazione sanitaria (rivolti in particolare alla popolazione in età scolare), selezionando gli interventi di cui è nota l'efficacia</p> <p>- Sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza preventiva di una corretta alimentazione e diritto ad alimenti sani e sicuri</p>
<p>3) Principali bisogni e problematiche che sono emersi all'interno dei gruppi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Alimentazione sana ,in particolare per i bambini"/ "Educazione alimentare" • "Prevenzione e educazione sanitaria"/ "Prevenzione in generale" • "Maggiore educazione e cultura della salute" • "Educazione ambientale" • "Meno informazione più educazione" • "Comunicazione/informazione/educazione alla salute/rapporto medico paziente" • "Diminuzione dello stress lavorativo e stagionale" 			<p>- Azioni di identificazione precoce della malnutrizione</p> <p>- Sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo e dall'alcol</p> <p>- Promuovere iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco e alcol tra i minorenni</p> <p>- Iniziative rivolte a promuovere l'attività fisica nella popolazione generale</p> <p>- Campagne mirate a promuovere l'attività fisica tra gli anziani</p>

(segue)

CULTURA DELLA SALUTE E STILI DI VITA SANI

<p style="text-align: center;">PERCEZIONE del BISOGNO (fonte: Gruppi Focus)</p>	<p style="text-align: center;">RILEVANZA (diffusione, gravità) URGENZA, DISEGUAGLIANZA: dati/informazioni tratti dalle seguenti Schede Epidemiologiche</p> <p style="text-align: center;"><i>Infanzia ed età evolutiva / Salute Mentale / Dipendenze patologiche / Salute Donna / Salute anziani / Esclusione sociale/ Neoplasie/Malattie Respiratorie / Malattie Cardiovascolari / Alimentazione</i></p>	<p style="text-align: center;">RISOLVIBILITÀ: alcune linee di intervento emerse dai focus e dalle schede</p>
	<p>- In Emilia-Romagna fuma il 25% della popolazione; rispetto ai valori nazionali c'è una minor prevalenza di fumatori e una maggior percentuale di fumatrici; nella nostra regione si sta assistendo, anche, a una nuova tendenza che è l'aumento dei giovani fumatori.</p> <p>- Nel territorio della nostra AUSL il tumore del polmone rappresenta la seconda causa di morte evitabile (sotto i 65 anni), seguito dalla mortalità legata a disturbi cardiocircolatori.</p> <p>ALCOL</p> <p>- Gli effetti acuti dell'ingestione di quantità eccessiva di alcol possono condurre ad un aumento del rischio di mortalità o morbosità per incidenti stradali e domestici e possono minare la sicurezza di condizioni e ambienti di lavoro.</p> <p>- L'abuso cronico di alcol ha un ruolo eziologico diretto in alcune patologie specifiche (es. cirrosi alcolica, psicosi alcolica, ecc) e favorente in numerose altre.</p> <p>- Secondo i dati ISTAT (1995) il 12,5% degli uomini sopra i 14 anni beve oltre 1 litro di vino al giorno, così anche il 2% delle donne, mentre bevono alcolici fuori pasto rispettivamente il 33% degli uomini e il 10% delle donne.</p> <p>- In Italia nel 1995 si sono stimati circa 18 mila decessi alcol-correlati, equivalenti al 3% di tutte le cause di morte.</p> <p>- Nel nostro territorio il numero di decessi alcol-correlati evitabili (sotto i 65 anni) avvenuti negli ultimi 5 anni sono pari a 31 decessi ogni 100.000 abitanti.</p> <p>ATTIVITÀ FISICA</p> <p>- Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato soprattutto nei riguardi della patologie cardio e cerebrovascolari, ma anche di quelle osteoarticolari e metaboliche.</p> <p>- In Italia praticano attività fisico-sportiva, una volta o più alla settimana, il 23% degli uomini e il 13% della donne; in particolare il 46% degli uomini tra i 15 e i 19 anni e il 26% delle donne nella stessa fascia d'età; la prevalenza nelle persone anziane (>65 anni) è del 4% negli uomini e del 1% nelle donne.</p> <p>- Da un'indagine svolta nel nostro territorio, emerge che l'80% degli intervistati si muove con l'auto privata per recarsi al lavoro o anche per accompagnare a scuola i figli.</p>	<p>CHI?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medici Medicina Generale -Pediatri -Scuola, insegnanti -Mondo della produzione -Associazioni -ecc.

STAR BENE INSIEME, NELLE FAMIGLIE E NELLA COMUNITÀ

PERCEZIONE del BISOGNO (fonte: Gruppi Focus)	RILEVANZA (diffusione, gravità) URGENZA, DISEGUAGLIANZA: dati/informazioni tratti dalle seguenti Schede Epidemiologiche <i>Infanzia ed età evolutiva / Salute Mentale / Dipendenze patologiche / Salute Donna / Salute anziani / Esclusione social e</i>	RISOLVIBILITÀ: alcune linee di intervento emerse dai focus e dalle schede
<p>1) Quanti partecipanti hanno ritenuto rilevante le relazioni sociali?</p> <p>N° segnalaz. su 'Relazioni sociali' = $\frac{113}{642}$ = 18%</p> <hr/> <p>2) In quanti gruppi si è discusso di relazioni sociali?</p> <p>N° gruppi votanti su 'Relaz. sociali' = $\frac{19}{31}$ = 61%</p> <hr/> <p>3) Principali bisogni e problematiche che sono emersi all'interno dei gruppi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Assistenza agli anziani, non solo sanitaria”/ “Creare o rafforzare una rete di sostegno in favore degli anziani, in particolare quelli soli” • “Facilitare la socializzazione, l'incontro e il confronto tra e nelle famiglie” • “Prevenire il disagio psichico sociale e quello legato ai disturbi del comportamento alimentare” • “Sensibilizzazione dei giovani rispetto ai problemi dell'anziano” • “Troppi stranieri” 	<p style="text-align: center;">INFANZIA ED ETÀ EVOLUTIVA</p> <p>- Nel nostro territorio il 2.5% dei bambini e ragazzi vive in una situazione familiare ad alto rischio per il suo sviluppo.</p> <p>- La maggior parte degli utenti del Servizio Neuro-psichiatria Infantile appartiene alla fascia 4-14 anni, con un picco nell'età della scuola elementare.</p> <p>- Alunni con gravi disturbi di linguaggio e di apprendimento: emerge una distribuzione territoriale disomogenea nel territorio (nel distretto costa-Rubicone la difficoltà scolastica grave nella scuola elementare appare maggiormente diffusa).</p> <p>- Dispersione scolastica: nel primo biennio delle superiori rimane elevatissima, soprattutto tra i maschi. Nel passaggio tra il 1° ed il 5° anno gli iscritti alle scuole sup. tecniche e professionali di Cesena si dimezzano.</p> <p>- Emerge, quindi, un differente grado di vulnerabilità psico-sociale nei bambini e ragazzi correlato a diversi fattori: ragazzi con famiglie disturbate, con genitori alcolisti o tossicodipendenti, ragazzi segnalati per abusi o maltrattamenti, ragazzi che abbandonano la scuola, con problemi di apprendimento e condotta, figli di immigrati o di famiglie ai limiti della condizione di povertà sociale.</p> <p style="text-align: center;">GIOVANI</p> <p>Premesso che disagio e comportamenti a rischio sono spesso interni alla sperimentazione e alla ricerca del proprio Sé, e correlati ai nuovi stili di vita e modelli culturali giovanili, possiamo evidenziare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricerca di situazioni limite, specie nei maschi che sono spesso causa di incidenti stradali. - diete irrazionali specie nelle femmine. Nel periodo 1996-'97 un'indagine condotta nelle scuole superiori di Cesena ha evidenziato che più del 10% delle ragazze mette in atto comportamenti alimentari anomali (anoressia-bulimia) ed il 2% delle ragazze presentava magrezza con amenorrea. - la letteratura in argomento e ricerche locali fanno emergere: <ul style="list-style-type: none"> - familiarità dei giovani con le sostanze psicoattive; - un diffuso consumo di hashish e marijuana; - consumo di alcool spesso associato alla sostanze stupefacenti di maggior consumo (poliassunzioni). - tentati suicidi (in media il Pronto Soccorso dell'Ospedale Bufalini registra circa 5 tentati suicidi/anno nella fascia d'età 15-19 anni). 	<ul style="list-style-type: none"> - attivazione di una rete sociale di sostegno di quartiere o di comunità - flessibilità degli orari di asilo e scuola - ottimizzazione dei Centri Estivi pubblici, privati e parrocchiali - destinazione privilegiata delle attività dei Centri per le Famiglie comunali verso i bisogni delle famiglie immigrate, le famiglie monogenitoriali e i casi di separazioni conflittuali - riconoscimento precoce dei disturbi del linguaggio e dell'apprendimento <ul style="list-style-type: none"> - promuovere la salute giovanile attraverso il sostegno ai luoghi di aggregazione giovanile o attraverso interventi innovativi presso i luoghi di aggregazione spontanea giovanile - qualificare il coordinamento delle iniziative pubbliche e private rivolte all'adolescenza (Osservatorio Giovani) - nella scuola privilegiare interventi di promozione alla salute, progettati insieme, con ruolo attivo di studenti ed insegnanti <p style="text-align: right;"><i>(segue)</i></p>

STAR BENE INSIEME, NELLE FAMIGLIE E NELLA COMUNITÀ

<p>PERCEZIONE del BISOGNO (fonte: Gruppi Focus)</p>	<p>RILEVANZA (diffusione, gravità) URGENZA, DISEGUAGLIANZA: dati/informazioni tratti dalle seguenti Schede Epidemiologiche <i>Infanzia ed età evolutiva / Salute Mentale / Dipendenze patologiche / Salute Donna / Salute anziani / Esclusione sociale</i></p>	<p>RISOLVIBILITÀ: alcune linee di intervento emerse dai focus e dalle schede</p>
	<p style="text-align: center;">DONNE</p> <ul style="list-style-type: none"> - In Emilia-Romagna le donne fanno pochi figli, vivono a lungo, lavorano di più, si sposano di meno, divorziano di più e vivono più spesso sole che altrove in Italia. - La donna emiliano-romagnola è stata definita da più autori come la donna dalla doppia presenza, tra lavoro retribuito (tasso di occupazione più alto d'Italia) e lavoro per la famiglia, che resta ancora essenzialmente sulle sue spalle. - Si modifica la rete parentale con minore disponibilità all'aiuto - Cresce il numero delle donne anziane: la vedovanza rappresenta un periodo a rischio, di particolare stress anche "sociale". <p>La "domesticità" femminile aumenta con l'aumentare dell'età se le condizioni fisiche lo consentono: la donna anziana rappresenta un valido supporto alle famiglie dei figli.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cresce il numero delle donne immigrate, in prevalenza giovani, nella fascia fertile con problematiche connesse alla salute sessuale e riproduttiva. <p style="text-align: center;">ANZIANI</p> <ul style="list-style-type: none"> - La percentuale di persone con più di 65 anni presenti nel nostro territorio si aggira intorno al valore del 20% con una prevalenza nel sesso femminile. - L'età senile è intessuta di cambiamenti a livello "sociale"; l'anziano può vivere una crisi d'identità riconducibile ad eventi chiave che riguardano: <ul style="list-style-type: none"> - il ruolo sociale (pensionamento, vedovanza, allontanamento dei figli) - il tempo (restringimento delle prospettive future, rarefazione delle relazioni sociali) - il corpo (indebolimento delle capacità funzionali, rischio di malattie invalidanti, progressivo indebolimento psico-fisico) - È pertanto importante creare le condizioni per conservare l'autonomia il più a lungo possibile (spostare la comparsa della dipendenza/non autosufficienza il più possibile vicino alla vita media) - Bisogna di passare da una cultura "assistenziale" ad una "personalistica", che ponga l'anziano all'interno di una concezione positiva di ogni fase della vita umana, trasferendo ad esso tutti i valori che dovrebbero essere espressi nel concetto di "dignità della persona umana" 	<ul style="list-style-type: none"> - potenziamento della rete di supporto della rete dei Servizi e delle reti sociali, formali ed informali - necessità di progettazione di condizioni e di formule organizzative di flessibilità all'interno dei luoghi di lavoro per tutte le lavoratrici (valorizzazione del part-time) - valorizzazione della maternità - potenziamento del servizio di mediazione linguistica e culturale presso le strutture sanitarie del territorio per facilitare l'accesso delle donne straniere <ul style="list-style-type: none"> - Favorire le iniziative che promuovono un impegno degli anziani con un ruolo attivo all'interno della collettività - Consolidare le esperienze di auto-aggregazione - Favorire le iniziative culturali dirette a stimolare le attività cognitive dell'anziano - Mettere il soggetto anziano in condizione di fruire di tutte le opportunità esistenti sia a livello di servizi disponibili sia di benefici economici fruibili. - Attivare opportune leve per la modifica degli stili di vita a favore di una maggiore attività motoria

SICUREZZA STRADALE

PERCEZIONE del BISOGNO (fonte: Gruppi Focus)	RILEVANZA (diffusione, gravità) URGENZA, DISEGUAGLIANZA: dati/informazioni tratti dalle seguenti Schede Epidemiologiche <i>Incidenti stradali/ Infortuni sul lavoro/ Dipendenze patologiche/ Salute Anziani/ Infanzia ed età evolutiva</i>	RISOLVIBILITÀ: alcune linee di intervento emerse dai focus e dalle schede
<p>2) <i>Quanti partecipanti hanno indicato l'incidente stradale e la qualità dell'ambiente come problemi su cui intervenire?</i></p> <p style="text-align: right;">N° segnalaz. su 'Sicurezza Stradale' = 46=7% Totale voti 642</p> <hr/> <p>1) <i>In quanti gruppi si è individuato l'Incidente stradale come problema di salute?</i></p> <p style="text-align: right;">N° gruppi votanti su 'Sic. Stradale' = 18=58% Totale n° gruppi 31</p> <hr/> <p>3) <i>Principali bisogni e problematiche che sono emersi all'interno dei gruppi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • "Prevenzione incidenti stradali" • "Maggiore sicurezza stradale" • "Pianificare il territorio/sostenibilità del territorio" • "Maggiori controlli che consentano di far rispettare le leggi esistenti" 	<p style="text-align: center;">INCIDENTI STRADALI</p> <p>- L' Area romagnola presenta un tasso di mortalità per incidente stradale superiore a quello della regione (che pure è superiore al dato nazionale); il trend rimane in crescita. - Come su scala nazionale, anche in Emilia-Romagna gli Incidenti stradali sono la prima causa di morte sotto i 45 anni (20% dei decessi in questa fascia d'età). - Nell'Ausl di Cesena le morti violente (che in oltre il 50% dei casi sono causate da Incidente Stradale) costituiscono la causa principale di Mortalità Evitabile e di YPPL (anni di vita potenzialmente persi).</p> <p style="text-align: center;">INFORTUNI SUL LAVORO</p> <p>- Nella Provincia di Forlì-Cesena, nell'anno 1998, gli incidenti stradali sono stati causa del 14% di infortuni sul lavoro (in Regione il 12%); negli ultimi tre anni il trend è in ascesa sia a livello locale sia regionale. In più di un quarto dei casi si riscontrano esiti permanenti.</p> <p style="text-align: center;">DIPENDENZE PATOLOGICHE</p> <p>- "stragi del sabato sera": correlazione con l'assunzione di alcool e stupefacenti.</p> <p style="text-align: center;">SALUTE ANZIANI</p> <p>- Emerge un'elevata mortalità da Incidente Stradale sopra i 65 anni, correlata a ciclisti e pedoni.</p> <p style="text-align: center;">INFANZIA ED ETÀ EVOLUTIVA</p> <p>- Nell'anno 2000 si sono presentati al Pronto Soccorso più di 600 soggetti nella fascia 12-20 anni a causa di Incidente stradale, con un picco nella fascia 15-17 anni ed una prevalenza di incidenti in moto (48%) e in bici (16%). - Dal 1987 al 1998 sono deceduti nell'Ausl di Cesena 140 soggetti, di cui il 41% a causa di incidente stradale. - Nella fascia 0-14 anni i più vulnerabili sono stati ciclisti/pedoni o trasportati in auto. - Nella fascia 14-17 i più vulnerabili sono i giovani motociclisti - L'Ausl di Cesena presenta un eccesso di mortalità da Incidente Stradale, rispetto alla media regionale, nella fascia 14-17 anni, collegato essenzialmente ad incidenti in moto (uso del casco). In questa fascia d'età è anche più elevato il tasso d'ospedalizzazione.</p>	<p style="text-align: center;">COSA?</p> <p>- Intervento sul contesto urbano delle città (Piani Regolatori, Piani del traffico, ...) potenziando e migliorando percorsi pedonali e ciclabili protetti ed intervenendo al fine di ridurre la pericolosità delle strade.</p> <p>- Interventi di educazione sull'uso del casco e delle cinture di sicurezza (l'adozione dei dispositivi riduce del 50% il rischio di morte e di lesioni gravi conseguenti all'evento incidente)</p> <p>- Interventi informativi e educativi per ridurre la guida in stato di ebbrezza.</p> <p style="text-align: center;">CHI? (attori coinvolgibili)</p> <p>- Prefettura, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco - Regione, Provincia, Comuni - Scuola - Ausl - Arpa - Motorizzazione Civile - Aci - Autoscuole - Anas ed Autostrade - Azienda Trasporti pubblici - Forme associative di volontariato (es. Croce Rossa) - Cittadini - Organi di stampa - Altri soggetti (Discoteche, pub...)</p>

AUTOSUFFICIENZA DELL'ANZIANO

PERCEZIONE del BISOGNO (fonte: Gruppi Focus)	RILEVANZA (diffusione, gravità) URGENZA, DISEGUAGLIANZA: dati/informazioni tratti dalle seguenti Schede Epidemiologiche <i>Anziani/ Salute Mentale/ Neoplasie/ Malattie Respiratorie/ Malattie Cardio-Vascolari/ Incidenti Stradali</i>	RISOLVIBILITÀ: alcune linee di intervento emerse dai focus e dalle schede
<p>1) Quanti partecipanti hanno individuato l'anziano come fascia di popolazione su cui intervenire?</p> <p style="text-align: right;">N° segnalazioni sull'argomento 'Anziani' = 61=10% Totale voti 642</p>	<p style="text-align: center;">ANZIANI</p> <p>- La popolazione dell'Emilia Romagna presenta una proporzione di anziani (+65) con valori sensibilmente più elevati rispetto alla media europea e nazionale (22 % a fronte del 18%). - La popolazione sopra i 75 anni rappresenta il 10% del totale (vs.7.5% nazionale). - L'indice di vecchiaia e l'Indice di dipendenza o "carico sociale" dell'anziano non sono uniformi nel territorio della nostra Azienda: Cesena e soprattutto i Comuni della Comunità Montana presentano valori più elevati, mentre i Comuni del Rubicone-mare appaiono "meno vecchi". - Il tasso di Ospedalizzazione locale riferito alla popolazione residente cresce sopra i 65 anni, ancor più notevolmente sopra i 75. - Più del 90% dei pazienti seguiti in Assistenza Sanitaria Domiciliare è sopra i 65 anni e l'80% risulta sopra i 75 anni. - Le strutture protette offrono 628 posti, di cui 564 in Casa Protetta (15 strutture convenzionate nel territorio) e 64 in Residenza Sanitaria Assistenziale (3 strutture): i tempi d'attesa si sono notevolmente ridotti negli ultimi anni. Attualmente la lista d'attesa è costituita da circa 50 anziani. - Con l'aumento dell'età, cresce la prevalenza di anziani con più malattie concomitanti: stretta associazione tra multipatologia e disabilità. - Nei comuni della Comunità Montana, dove più rilevante è la presenza di popolazione anziana, appaiono più difficilmente accessibili i servizi offerti.</p> <p style="text-align: center;">SALUTE MENTALE</p> <p>-Il numero delle persone dementi è correlato direttamente con l'incremento demografico della popolazione anziana. -La maggior parte delle persone affette da demenza rimane a carico della famiglia . -Necessità di stimolare la "vivacità" intellettuale dell'anziano come prevenzione del decadimento cognitivo.</p> <p style="text-align: center;">NEOPLASIE</p> <p>-Il progressivo e marcato invecchiamento della popolazione continua a determinare un aumento assoluto del numero di casi di tumore, con conseguente aumento del carico assistenziale ; i valori riferiti all'Ausl di Cesena sono sovrapponibili alle medie regionali. L'assistenza domiciliare offre un valido supporto.</p> <p style="text-align: center;">MALATTIE RESPIRATORIE</p> <p>-Costituiscono una delle principali cause di morbilità e mortalità nelle classi di età avanzate.</p> <p style="text-align: center;">MALATTIE CARDIO-VASCOLARI</p> <p>-Costituiscono una delle principali cause di morbilità e mortalità nelle classi di età avanzate -Importanza dell'attività fisica nell'anziano come fattore protettivo</p> <p style="text-align: center;">INCIDENTI STRADALI</p> <p>-Mortalità elevata in Romagna sopra i 65 anni in pedoni e ciclisti coinvolti in incidenti stradali</p>	<p>COSA?</p> <p>- Prevenzione della condizione di "anziano fragile" - Promozione di iniziative volte a favorire un impegno degli anziani con un ruolo attivo all'interno della collettività - Consolidare le esperienze di auto-aggregazione -Prevenzione del decadimento cognitivo - Favorire le iniziative culturali dirette a stimolare le attività cognitive dell'anziano - Mettere il soggetto anziano in condizione di fruire di tutte le opportunità esistenti sia a livello di servizi disponibili sia di benefici economici fruibili. - Attivare opportune leve per la modifica degli stili di vita a favore di una maggiore attività motoria - Semplificazione degli accessi ai Servizi da parte delle persone anziane e delle loro famiglie Riduzione del rischio di caduta e conseguente invalidità</p> <p>CHI? (attori coinvolgibili)</p> <p>-Servizi Sociali dei Comuni -Servizio socio-sanitario -Centri e Circoli Sociali -Università e Associazioni culturali -MMG -Geriatrics e riabilitazione -Associazioni di Volontariato</p>
<p>2) In quanti gruppi si è individuato l'anziano come fascia di popolazione su cui intervenire?</p> <p style="text-align: right;">N° gruppi votanti l'argomento 'Anziani' =16=52% Totale n° gruppi 31</p>		
<p>3) Principali bisogni e problematiche che sono emersi all'interno dei gruppi</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Assistenza anziani"/ "Assistenza agli anziani, non solo sanitaria"/ "Salute e assistenza all'anziano solo e non autosufficiente"/ "Creare o rafforzare una rete di sostegno in favore degli anziani, in particolare per quelli soli" • "Rafforzare l'assistenza domiciliare per persone sole e/o ammalate" • "Sicurezza di un intervento tempestivo di soccorso in caso di emergenze per anziani" • "Isolamento e solitudine degli anziani ma anche dei giovani e delle donne" 		

SOSTEGNO A “CHI DEVE SOSTENERE”

PERCEZIONE del BISOGNO (fonte: Gruppi Focus)	RILEVANZA (diffusione, gravità) URGENZA, DISEGUAGLIANZA: dati/informazioni tratti dalle seguenti Schede Epidemiologiche <i>Salute Anziani/ Salute mentale/ Esclusione Sociale/ Infanzia ed età evolutiva/ Dipendenze patologiche</i>	RISOLVIBILITÀ: alcune linee di intervento emerse dai focus e dalle schede
<p>1) Quanti partecipanti hanno ritenuto rilevanti efficacia ed efficienza dei servizi?</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{voti su 'Efficacia ...'}}{\text{Totale voti}} = \frac{117}{642} = 18\%$</p>	<p>SALUTE ANZIANI</p> <p>-Emerge una diseguale distribuzione dei servizi offerti a livello del territorio: nei comuni della Comunità Montana, dove più rilevante è la presenza della popolazione anziana, appaiono più difficilmente accessibili i servizi offerti, con ricaduta sulla famiglia e sulla donna.</p>	<p>-Prevenzione dei disturbi psichici del caregiver (persona che presta assistenza) nelle famiglie di anziani affetti da demenza</p>
<p>2) In quanti gruppi si è discusso di efficacia ed efficienza dei servizi?</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{gruppi votanti su 'Efficacia ...'}}{\text{Totale n}^\circ \text{gruppi}} = \frac{18}{31} = 58\%$</p>	<p>SALUTE MENTALE</p> <p>- Il 5% della popolazione anziana è affetta da demenza; la maggior parte delle persone affette da demenza rimane in carico alla famiglia</p> <p>-I familiari (in genere donne) che prestano assistenza a parenti affetti da disturbi psichici maggiori, possono trovarsi in una condizione di svantaggio che può portare a depressione, scarsa attenzione ai propri bisogni di salute, compromissione delle normali attività, possibilità di subire violenze ed atti aggressivi, dinamica familiare improntata all'aggressività e alla collusione, rischi più elevati per i minori presenti nel nucleo familiare.</p>	<p>-Implementazione dei trattamenti psicoeducazionali per le famiglie volti alla riduzione del carico familiare dei soggetti affetti dai disturbi psicotici</p> <p>-Migliorare i programmi di assistenza domiciliare al paziente oncologico, in particolare per quanto riguarda la valutazione e il trattamento del dolore e il sostegno psicologico sia al paziente, sia ai familiari</p>
<p>3) Principali bisogni e problematiche che sono stati sollevati.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Assistenza anziani” • “Maggiori informazioni sui servizi esistenti” • “Prevenzione, cura, riabilitazione per i disagiati mentali e le loro famiglie” • “Salute e assistenza dell'anziano solo e non autosufficiente” • “Accessibilità ai servizi ospedalieri specialistici e ambulatoriali” • “Maggior collaborazione tra servizi e associazioni di volontariato” 	<p>ESCLUSIONE SOCIALE</p> <p><u>Disabili:</u> Il totale dei disabili residenti nel territorio della nostra Azienda rappresenta 1,6% del totale dei residenti. Il 19 % dei disabili rientrano nella fascia di età da 0 a 17 anni. Nel 40% dei disabili la patologia principale è associata ad una seconda patologia</p> <p>-Nel 37% dei casi di disabilità i familiari conviventi sono anziani: di questi la metà è compreso nella fascia d'età 60-69 anni, e l'altra metà ha invece più di 70 anni; il 15% delle persone vive con un solo familiare, e di questi il 31% ha un familiare con età superiore ai 70 anni.</p> <p>INFANZIA ETÀ EVOLUTIVA</p> <p>- Ogni anno accedono al servizio di Neuropsichiatria infantile circa 400 nuovi utenti; la maggior parte presenta disturbi emozionali, disturbi di comportamento e disturbi transitori di sviluppo.</p> <p>- Il fattore protettivo più importante per queste condizioni è per lo più identificato nella famiglia e nella forza dei legami parentali; la forza di tale fattore è stata messa in crisi da alcuni cambiamenti sociodemografici importanti avvenuti negli ultimi 20 anni (ingresso donne nel mondo del lavoro, riduzione reti parentali di sostegno, ecc)</p> <p>DIPENDENZE PATOLOGICHE</p> <p>- L'intervento psico-socio-sanitario e personalizzato è la risposta più efficace nella cura e sostegno dei tossicodipendenti e alcolisti. La promozione di relazioni, quindi, e il sostegno della famiglia e della rete sociale allargata rappresenta un perno sia nella cura, che negli interventi di prevenzione e di “riduzione del danno”. Possiamo identificare diversi attori presenti in questo ruolo di sostegno: assistenza domiciliare ai malati di AIDS, “operatori di strada verso tossicodipendenti del cosiddetto “sommerso”, volontari delle associazioni verso alcolisti e loro famiglie, ecc.</p>	

Pubblicazione a cura

- "Gruppo Tecnico di Coordinamento Piano per la Salute"

- "Unità Operativa Epidemiologia e Comunicazione - Dipartimento di Sanità Pubblica Ausl Cesena"

Mauro Palazzi (*Coordinatore del Gruppo Tecnico - Ausl Cesena*)

Pierluigi Bartoli (*Ausl Cesena*)

Giampiero Battistini (*Ausl Cesena*)

Nicoletta Bertozzi (*Ausl Cesena*)

Flavio Biondini (*Ausl Cesena*)

Giancarlo Biasini (*pediatra*)

Antonella Brunelli (*Ausl Cesena*)

Giovanni Esposito (*Comune di Savignano s.R.*)

Matteo Gaggi (*psicologo*)

Ermanna Mazzoni (*Centro Studi Don G. Botticelli*)

Augusto Montaguti (*pediatra*)

Francesca Righi (*Ausl Cesena*)

Daniela Rossetti (*Ausl Cesena*)

Luigi Salizzato (*Ausl Cesena*)

Vittorio Severi (*Comune Cesena*)

Paolo Ugolini (*Ausl Cesena*)

Patrizia Vitali (*Ausl Cesena*)

Bruna Zani (*Facoltà di Psicologia - Università Bologna*)



Il logo è stato realizzato da Sergio Gridelli (*Sindaco del Comune di Savignano s.R.*)

Hanno condotto i Gruppi Focus:

Bruna Zani (*Coordinatrice Scientifica - Facoltà di Psicologia - Università Bologna*)

Giampiero Battistini (*Ausl Cesena*)

Pietro Berti (*psicologo*)

Maria Cristina Capriotti (*psicologa*)

Roberta Carrozzo (*Ausl Cesena*)

Matteo Gaggi (*psicologo*)

Ermanna Mazzoni (*Centro Studi Don G. Botticelli*)

Mauro Palazzi (*Ausl Cesena*)

Roberto Quadalti (*Ausl Cesena*)

Giuliana Zani (*Comune Cesena*)

Si ringraziano i 249 partecipanti ai Gruppi Focus

Hanno collaborato:

PROFILI DI COMUNITÀ: Bianchi D. (Ausl Cesena), Molari F. (psicologo).

INFANZIA ED ETÀ EVOLUTIVA: Ciotti F. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Alberti A. (pediatra), Biasini G. (pediatra), Brunelli A. (Ausl Cesena), Falaschi C. (assistente sociale), Gaggi M. (psicologo), Gualtieri L. (Ausl Cesena), Lugaresi L. (genitore), Magnani V. (dirigente scolastica), Nuti G. (Ausl Cesena), Rossetti D. (Ausl Cesena), Vaccari A. (genitore).

SALUTE DONNA: Porcellini M.C. (Coordinatore del Gruppo - Centro Donna Cesena), Ben Amara R. (Associazione "Mammafrica"), Brunelli A. (Ausl Cesena), Carrozzo R. (Ausl Cesena), Cenciotti C. (Centro Donna Cesena), Falaschi C. (Consultorio "Don Giorgini"), Nicolini A.M. (Ausl Cesena), Nuti G. (Ausl Cesena), Righi F. (Ausl Cesena), Rossi A.P. (Ausl Cesena), Rossi O. (Ausl Cesena), San Martin A.M. (Associazione Donne Internazionali).

SALUTE ANZIANI: Battistini M. G. (Coordinatore del Gruppo - Comune di Cesena), Bertozzi N. (Ausl Cesena), Buda F. (Ausl Cesena), Casadei G. (Ausl Cesena), Fiumana A. (Ausl Cesena), Gallinucci M. (Ausl Cesena), Iaquinto C. (Ausl Cesena), Montaguti A. (Pediatra), Pantani P. (Comune di Mercato Saraceno), Scaioli I. (Comune di Cesena), Siroli A. (Ausl Cesena), Sozzi C. (Ausl Cesena), Spiga T. (Comune di Savignano), Torelli A.M. (Ausl Cesena), Vitali P. (Ausl Cesena), Zuffi C. (Comune di Cesena).

ESCLUSIONE SOCIALE: Rossetti D. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Bartolini M. (Centro per l'impiego- Cesena), Bertaggia N. (Ausl Cesena), Esposito G. (Comune di Savignano), Farfaneti G. (Ausl Cesena), Gasperoni Don Giorgio (Caritas- Cesena), Magnani F. (Ausl Cesena), Mariani D'Altri A. (Ausl Cesena), Righi F. (Ausl Cesena), Spinelli A. (Ausl Cesena), Urbini A. (Comune di Savignano), Zidane A. (Centro Stranieri Cesena), Zuffi C. (Comune di Cesena).

SALUTE MENTALE: Maestrami A. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Bertaggia N. (Ausl Cesena), Bertozzi N. (Ausl Cesena), Mazzotti M. (Ausl Cesena), Pascucci T. (Ausl Cesena), Rossetti D. (Ausl Cesena), Toderi S. (Centro Studi Don G. Botticelli), Venturi F. (Comune Cesena), Zani G. (Comune Cesena), Zennaro A. (medico di famiglia).

DIPENDENZE PATOLOGICHE: Giannelli G. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Berlini A.M. (Ausl Cesena), Campana L. (Associazione ASA 65), Carbellotti R. (Ausl Cesena), Dradi M. (Ausl Cesena), Esposito G. (Comune di Savignano), Farfaneti G. (Ausl Cesena), Gaggi M. (psicologo), Mariani D'Altri A. (Ausl Cesena), Severi V. (Comune di Cesena), Ugolini P. (Ausl Cesena), Zangheri M. (Comunità Papa Giovanni XXIII).

INCIDENTI STRADALI: Bertozzi N. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Quadalti R. (Ausl Cesena), Salizzato L. (Ausl Cesena), Servadei F. (Ausl Cesena), Vitali P. (Ausl Cesena).

INFORTUNI E SICUREZZA SUL LAVORO: Bissi C. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Pandolfini M.F. (Ausl Cesena).

ALIMENTAZIONE: Lazzarini D. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Barducci C. (Comune Cesena), Brunelli A. (Ausl Cesena), Cecchetti R. (Ausl Cesena), Dradi Maraldi C. (Ausl Cesena), Fridel M. (Ausl Cesena), Iaia M. (pediatra), Ruggeri R. (Ausl Cesena), Santini C. (Ausl Cesena).

NEOPLASIE: Bertozzi N. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Lucchi L. (Ausl Cesena), Gallinucci M. (Ausl Cesena), Rossi A. P. (Ausl Cesena), Vitali P. (Ausl Cesena).

MALATTIE CARDIOVASCOLARI: Righi F. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Bertozzi N. (Ausl Cesena), Gallinucci M. (Ausl Cesena), Guidi L. (medico di famiglia), Pieri P.L. (Ausl Cesena), Tartagni F. (Ausl Cesena), Tonti D. (Ausl Cesena), Vitali P. (Ausl Cesena).

MALATTIE RESPIRATORIE: Bertozzi N. (Coordinatore del Gruppo - Ausl Cesena), Campedelli A. (Ausl Cesena), Foschi C. (Ausl Cesena), Gallinucci M. (Ausl Cesena), Pasini G. (Ausl Cesena), Vitali P. (Ausl Cesena).