



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ULSS 20 - Verona

2010

RELAZIONE SANITARIA

<http://prevenzione.ulss20.verona.it>



*Coloro che stabiliscono le politiche sanitarie
ed i ricercatori medici devono far capire meglio al pubblico
che non si può mai essere sicuri di niente*

Geoffrey Rose

A cura di

Massimo Valsecchi, Silvana Manservisi, Ilaria Lucchi, Andrea Comin.

Un ringraziamento a tutte le persone che hanno contribuito alla redazione di questo testo, in particolare ai Responsabili degli uffici e strutture e a tutte le persone che ogni giorno lavorano nel Dipartimento di Prevenzione.

PREMESSA ALLA RELAZIONE SANITARIA 2010

Il 2010 è stato caratterizzato da una crisi economica generalizzata (vedi Cap 1) con ricadute negative anche sul sistema socio-sanitario regionale.

Questa congiuntura negativa sembra intensificarsi in questo 2011 ed è, perciò, prevedibile un aggravamento dei determinanti socio-sanitari della salute e delle disuguaglianze in sanità.

Particolarmente colpito dalla decurtazione di risorse il comparto sociale che da sempre, in Veneto, costituisce una delle due architravi su cui poggia la struttura assistenziale regionale.

In questo contesto è apparso debole il Piano regionale di prevenzione, per gli anni 2010-2012, che, non discusso con le realtà territoriali, non affronta le urgenze che si pongono.

Sul piano locale, la ristrettezza di risorse, il continuo aumento dei detenuti e la scarsità di agenti di custodia ha ulteriormente inasprita la già grave situazione nella Casa circondariale di Montorio dove, nel 2011, si sono verificati alcuni casi di tubercolosi fra i detenuti (Cap.2).

L'entità del problema è ormai tale da richiedere con urgenza interventi efficaci.

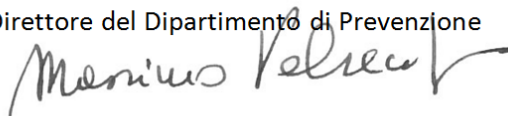
Restano buone le coperture vaccinali dopo la sospensione dell'obbligo introdotta nella nostra regione nel 2008 (Cap. 4).

Si evidenzia, però, una lieve ma costante diminuzione dei tassi di copertura che è contrastabile solo aumentando le risorse destinate a questo settore di intervento.

Anche per questa edizione, abbiamo utilizzato una forte integrazione fra il testo cartaceo ed i contenuti del sito del dipartimento in modo da non sacrificare né la leggibilità del testo né la completezza delle informazioni.

Verona, ottobre 2011

Massimo Valsecchi
Direttore del Dipartimento di Prevenzione



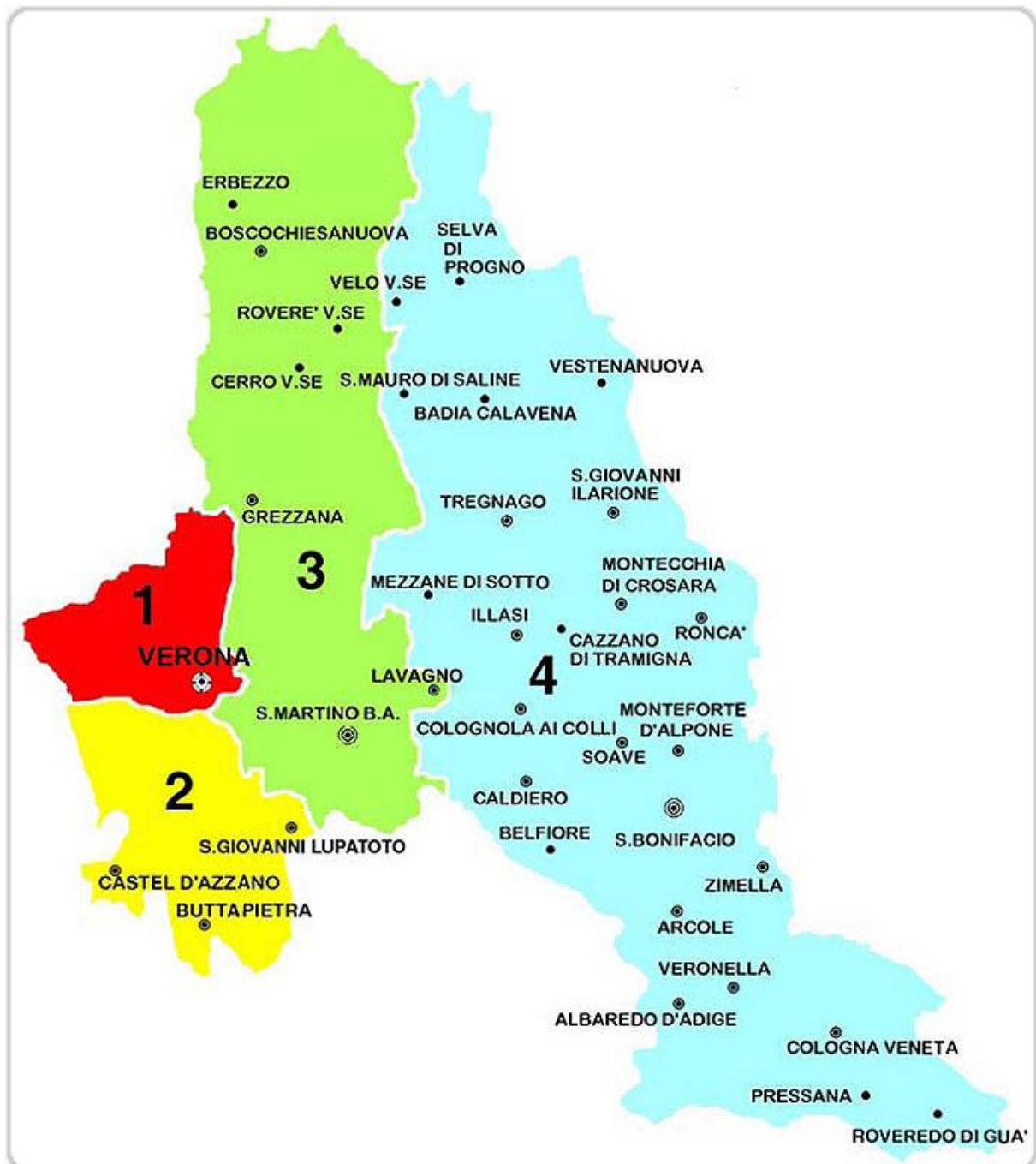
ANNO 2010

Indice per argomenti

CAPITOLO 1: IL CAMPO DI INTERVENTO	PAG. 1	
1.1	Caratteristiche geografiche	Pag. 1
1.2	La struttura produttiva nella provincia di Verona	Pag. 1
1.3	La popolazione	Pag. 3
1.4	La mortalità	Pag. 5
1.4.1	La mortalità generale	Pag. 5
1.4.2	La mortalità infantile	Pag. 9
1.4.3	La mortalità evitabile	Pag. 10
1.5	Invalidi civili	Pag. 10
CAPITOLO 2: L'AMBIENTE URBANO	PAG. 15	
2.1	Inquinamento atmosferico	Pag. 15
2.2	Aspetti territoriali	Pag. 19
2.3	Collettività	Pag. 26
2.3.1	Disagio abitativo	Pag. 26
2.3.2	Scuole	Pag. 28
2.3.3	Popolazione carceraria	Pag. 30
2.3.4	Controlli piscine	Pag. 31
CAPITOLO 3: ALIMENTAZIONE	PAG. 33	
3.1	Approvvigionamento dell'acqua potabile	Pag. 33
3.2	Sicurezza alimentare	Pag. 37
3.2.1	Tossinfezioni alimentari	Pag. 37
3.2.2	Controlli ufficiali su alimenti destinati al consumo umano	Pag. 38
3.3	Vigilanza e controllo su prodotti alimentari	Pag. 39
CAPITOLO 4: LE MALATTIE INFETTIVE	PAG. 47	
4.1	Vaccinazioni	Pag. 47
4.2	Malattie infettive	Pag. 50
4.3	Profilassi internazionale	Pag. 55

CAPITOLO 5: LE MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE		PAG. 61
5.1	Fattori di rischio legati agli stili di vita	Pag. 61
5.2	Favorire un'alimentazione sana	Pag. 69
5.3	Promozione dell'attività fisica	Pag. 70
5.4	Screening oncologici	Pag. 77
CAPITOLO 6: INCIDENTI		PAG. 83
6.1	Prevenzione degli incidenti stradali	Pag. 83
6.2	Commissione Medica Locale Patenti (CML)	Pag. 86
6.3	Incidenti domestici	Pag. 90
CAPITOLO 7: LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		PAG. 93
7.1	Infortuni sul lavoro	Pag. 94
7.2	Malattie professionali	Pag. 97
7.3	Attività di prevenzione nell'anno 2010	Pag. 99
7.4	Medicina del Lavoro e attività sanitarie	Pag. 102
7.5	Comunicazione, Informazione, Formazione, Promozione della Salute	Pag. 103
CAPITOLO 8: IL MONDO ANIMALE		PAG. 105
8.1	Dimensione produttiva	Pag. 105
8.2	Vigilanza e ispezioni	Pag. 106
8.3	Malattie infettive ed infestazioni	Pag. 108
8.4	Altre malattie infettive	Pag. 112
8.5	Centro Pet Therapy	Pag. 113
8.6	Randagismo	Pag. 113
8.7	Colombi in città	Pag. 116
8.8	Ratti, insetti ed artropodi	Pag. 116
CAPITOLO 9: IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		PAG. 121
9.1	Servizi/Uffici del Dipartimento di Prevenzione	Pag. 121
9.2	Costi	Pag. 129

MAPPA DEL TERRITORIO DELL'ULSS 20



CAPITOLO 1

Il campo di intervento

Parole chiave: comuni, imprese, struttura produttiva, popolazione, stranieri, residenti, interruzioni gravidanza, mortalità, mortalità infantile, mortalità evitabile, tumori, aids, invalidi civili, visite fiscali

1.1 CARATTERISTICHE GEOGRAFICHE

L'Azienda ULSS n. 20 comprende 36 Comuni: Boscochiesanuova, Buttapietra, Castel d'Azzano, Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Roverè, San Martino Buon Albergo, Verona, Selva di Progno, Velo Veronese, Badia Calavena, S.Mauro di Saline, Vestenanova, S. Giovanni Ilarione, Tregnago, Mezzane, Illasi, Cazzano di Tramigna, Montecchia di Crosara, Roncà, Monteforte, Soave, Colognola ai Colli, Lavagno, Caldiero, Belfiore, San Bonifacio, Arcole, Albaredo, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella, San Giovanni Lupatoto. Confina a nord con il Trentino Alto Adige e comprende l'area dei monti Lessini intersecata, da ovest ad est, da quattro vallate: Val Pantena, Val Squaranto, Val D'Illasi, Val D'Alpone, fino al confine orientale con la Provincia di Vicenza.

Include la fascia pedemontana e collinare e la prima parte di pianura, attraversata dal fiume Adige, estendendosi a sud, a ridosso del confine con la Provincia di Vicenza, fino a comprendere la zona di Cologna. L'estensione complessiva è di Km² 1.065,61. L'altitudine varia dai 1.118 metri sul livello del mare del Comune di Erbezzo ai 38 di Buttapietra. La maggior parte della popolazione risiede negli agglomerati urbani dei trentasei comuni costituenti l'ULSS. Di questi, oltre a Verona, che conta più di 260.000 abitanti, solo San Bonifacio, Castel D'Azzano, Grezzana, San Martino Buon Albergo e San Giovanni Lupatoto superano la soglia dei 10.000 residenti.

La maggior parte della popolazione risiede negli agglomerati urbani dei trentasei comuni costituenti l'ULSS

L'Azienda ULSS 20, con i suoi 474.299 (rilevazione al 31/12/2010) assistiti, è la più popolosa della Regione Veneto.

1.2 LA STRUTTURA PRODUTTIVA NELLA PROVINCIA DI VERONA

Nella provincia di Verona al 31 dicembre 2010 le imprese registrate alla Camera di Commercio risultavano 99.230, a fronte delle 99.774 del 2009, registrando così un lieve calo (-0,5) rispetto all'anno precedente. Analogamente si è registrata una flessione dello 0,4% delle imprese attive, passate da 90.473 (anno 2009) a 90.114. Tuttavia la valutazione della dinamica imprenditoriale tra imprese iscritte e cancellate rileva un saldo positivo (+638), dato in netto miglioramento rispetto al 2009 quando il saldo è stato negativo (-101 imprese)¹.

“Nel 2010 sono più che raddoppiate le ore di cassa integrazione che ha interessato 2.296 lavoratori “

L'analisi per settore evidenzia una riduzione del numero di imprese del settore agricolo (-2,4%), del manifatturiero (-3,4%) e delle costruzioni (-1,0%). Si segnala invece, se si esclude il settore trasporto e magazzinaggi (-1,6), una crescita dei comparti del terziario: in particolare, si

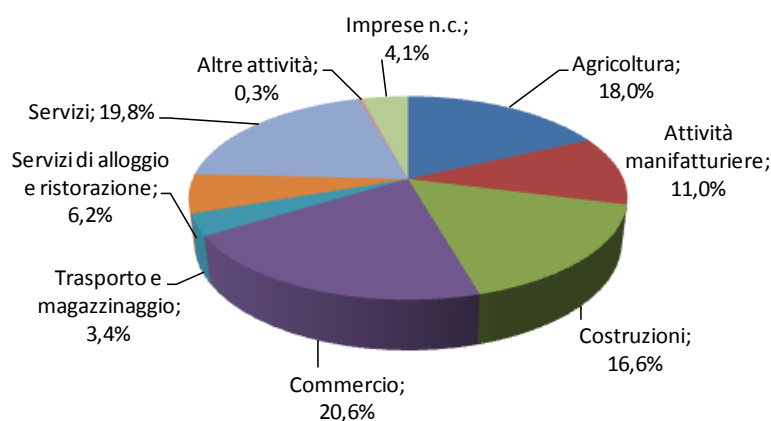
¹ Fonte: CCIAA Verona, “GIORNATA DELL'ECONOMIA”, Rapporto sullo stato dell'economia provinciale, Edizione 2011.

evidenzia un aumento del 2,3% per le attività dei servizi di alloggio e di ristorazione, del 3% per i servizi di informazione e comunicazione, del 3,2% per le attività professionali, scientifiche e tecniche, del 3,8% per le attività di noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese, dell'1,5% per le altre attività dei servizi.

Il commercio (commercio all'ingrosso e al dettaglio, comprese le attività di riparazione di autoveicoli e motocicli) rappresenta il 20,6% del totale delle imprese veronesi. Seguono in ordine i servizi (servizi di informazione e comunicazione, attività immobiliari, noleggio, servizi di supporto alle imprese, istruzione, sanità e assistenza sociale, sportive, altre attività di servizi) con il 19,8%, le costruzioni (16,6%), l'agricoltura (18%), le attività manifatturiere (11%), le attività dei servizi di alloggio e ristorazione (6,2%) e quelle di trasporto e magazzinaggio (3,4%).

GRAFICO 1.2/1

Provincia di Verona: Imprese registrate alla CCIAA di Verona, al 31.12.2010. Composizione % per settore di attività economica (ATECO2007).



Altra caratteristica peculiare del tessuto produttivo scaligero è la prevalenza di piccole e medie imprese. Secondo i dati ISTAT² il 99,2% delle unità economiche nell'industria, nel commercio e nei servizi (con esclusione delle imprese agricole) ha meno di 50 addetti (con il 72,7% degli addetti).

Le grandi imprese, pur essendo numericamente minoritarie (0,8% delle unità locali) occupano il 27,3% del totale (90 mila addetti). Un fenomeno che nel 2010 si consolida nella nostra provincia è quello dell'imprenditoria straniera. Le persone straniere iscritte nel registro delle imprese risultano 12.534, di cui 4.201 (pari al 2,6% del totale) nate nei Paesi UE e 8.333 (il 5,2 %) nei Paesi extra UE.

L'attività maggiormente esercitata dagli imprenditori comunitari è quella delle costruzioni (1.646), seguita dal commercio (630) e dalle attività manifatturiere (384). Tra gli imprenditori comunitari si rileva prevalentemente la presenza di persone nate in Romania (2.035, pari al 48,4%), Germania (760, il 18,1% del totale) e in Francia (334, con una quota dell'8%). Il numero di imprenditori extracomunitari che, come titolari, soci o amministratori gestiscono attività nella nostra realtà provinciale, è cresciuto del 4% rispetto all'anno precedente (+322 persone).

I settori di attività che registrano il maggior numero di imprenditori extracomunitari sono le costruzioni (2.411 persone), il commercio (2.099), le attività dei servizi di alloggio e ristorazione (744), le attività manifatturiere (708 di cui 234 nel settore del tessile-abbigliamento e 198 nella fabbricazione di prodotti in metallo, esclusi macchinari e attrezzature) e del settore trasporto e magazzinaggio (655).

Gli imprenditori nati in Paesi extra UE provengono per lo più dal Marocco (1.489 imprenditori), dalla Cina (845), dal Brasile (812) e dall'Albania (602). Rilevante è anche la presenza di imprenditori nati in Nigeria (434), Serbia-Montenegro (376), Tunisia (317), Moldavia (285) e Sri-Lanka (248).

² Cfr. archivio ASIA (Registro statistico delle unità locali delle imprese). Ultimo dato disponibile: anno 2008.

Sul fronte dell'occupazione, nel 2010 è continuata la flessione. Nella provincia di Verona, secondo i dati di Veneto Lavoro su dati SILV³, si è chiuso il 2010 con un saldo occupazionale negativo di circa 1.500 posti di lavoro, segnando un'ulteriore contrazione, che si aggiunge a quella rilevata nel 2009, di 7.400 unità.

I dati relativi alla cassa integrazione⁴ ordinaria e straordinaria, edilizia compresa, elaborati da Veneto Lavoro su statistiche INPS, rilevano che le ore autorizzate sono passate da 7.127.706 del 2009 a 16.914.236 del 2010, un aumento superiore al doppio e sedici volte superiore al dato 2008 (che era pari a 1.009.483 ore). Nel 2010 l'apertura di una procedura di crisi ha interessato 2.296 lavoratori (2.695 nel 2009 e 1.326 nel 2008). I settori produttivi che registrano maggiore difficoltà sono il metalmeccanico, il commercio, la grafica, l'editoria, e le aziende di piccole dimensioni (< a 50 dipendenti).

1.3 LA POPOLAZIONE

Si conferma la tendenza all'incremento della fascia di popolazione anziana: la percentuale di persone di età superiore ai 65 anni è pari al 20.7% del totale. Stabile è la percentuale della fascia di età inferiore ai 15 anni, pari al 14.2% del totale.

TABELLA 1.3/1

Caratteristiche demografiche della popolazione residente nei comuni della ULSS 20: nuovi nati, numero decessi dei residenti, totale iscritti all'anagrafe, iscritti con età inferiore a 15 anni, superiore a 65 e 74 anni e loro percentuale sul totale della popolazione, residenti con età superiore ai 100 anni.

	NATI	DECESSI	RESIDENTI	< 15 ANNI	%	> 65 ANNI	%	> 74 ANNI	%	> 100 ANNI
2006	4.434	3.949	458.444	64.361	14,0	92.846	20,2	49.039	10,7	82
2007	4.605	3.948	463.312	65.956	14,2	91.295	19,7	47.621	10,3	74
2008	4.652	4.095	470.877	66.769	14,2	96.123	20,4	51.404	10,9	96
2009	4.428	4.339	472.090	67.014	14,2	97.481	20,6	52.729	11,1	100
2010	4.720	*	474.124	67.433	14,2	97.983	20,7	49.374	10,4	128

* dato non ancora disponibile

La tabella seguente evidenzia come il numero di stranieri residenti nel Comune di Verona sia in costante aumento arrivando a raggiungere quasi il 14% della popolazione.

TABELLA 1.3/2

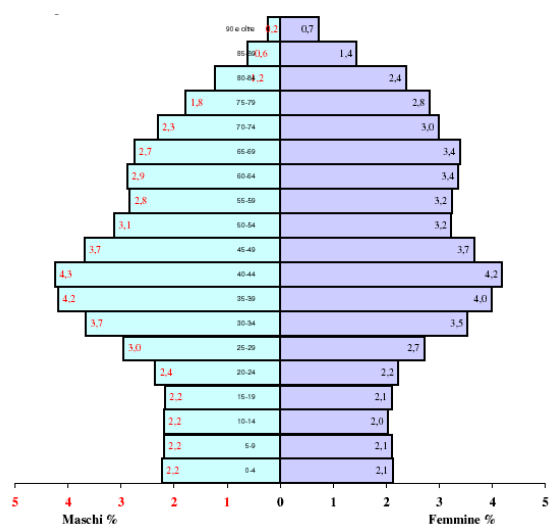
Stranieri residenti nel Comune di Verona

	STRANIERI RESIDENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE TOTALE	% DI STRANIERI SULLA POPOLAZIONE
31.12.2006	25.802	260.718	9.9
31.12.2007	30.970	264.191	11.7
31.12.2008	34.465	265.368	13.0
31.12.2009	35.263	264.475	13.3
31.12.2010	36.666	263.964	13.8

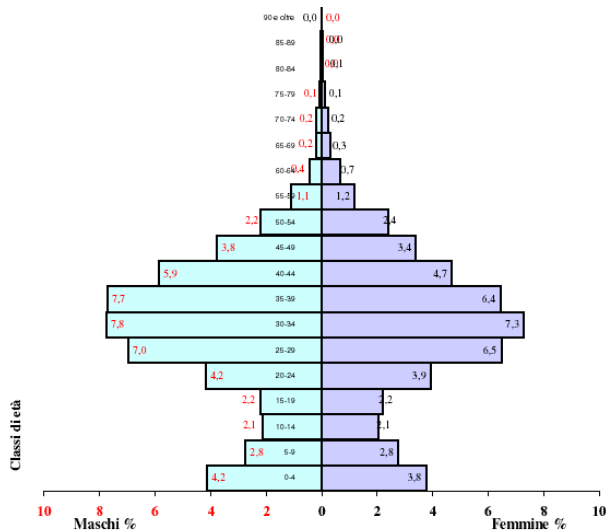
³ Il SILV (Sistema Informativo Veneto Lavoro) consente di monitorare le dinamiche del mercato del lavoro in Veneto con riferimento al lavoro dipendente e ai segmenti di lavoro parasubordinato obbligati alle comunicazioni di inizio attività (collaborazioni a progetto, collaborazioni coordinate e continuative, "mini-cococo". Per maggiori informazioni si rinvia a www.venetolavoro.it.

⁴ La **Cassa Integrazione Guadagni** è una prestazione che integra o sostituisce la retribuzione dei lavoratori sospesi o che lavorano ad orario ridotto presso aziende in momentanea difficoltà produttiva. La Cassa Integrazione Guadagni può essere ordinaria (CIGO) o straordinaria (CIGS). La **CIG ordinaria** è un intervento a sostegno delle imprese in temporanea difficoltà in cui è certa la ripresa dell'attività produttiva; essa è finanziata tramite un contributo fisso a carico del datore di lavoro. La **CIG è straordinaria** quando l'azienda deve fronteggiare processi di ristrutturazione, riorganizzazione, riconversione o in caso di crisi aziendale. Tale intervento straordinario può, inoltre, essere concesso anche a seguito di fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa ed amministrazione straordinaria. La CIGS viene concessa per un periodo più lungo di quella ordinaria ed è finanziata, oltre che con un contributo del datore di lavoro, anche tramite un intervento dello Stato.

Le fasce d'età più rappresentate degli stranieri residenti a Verona sono quelle dei giovani-adulti con un progressivo incremento dei nuovi nati (v. piramide).



Comune di Verona - Distribuzione percentuale della popolazione residente per sesso e classe di età (anno 2003)

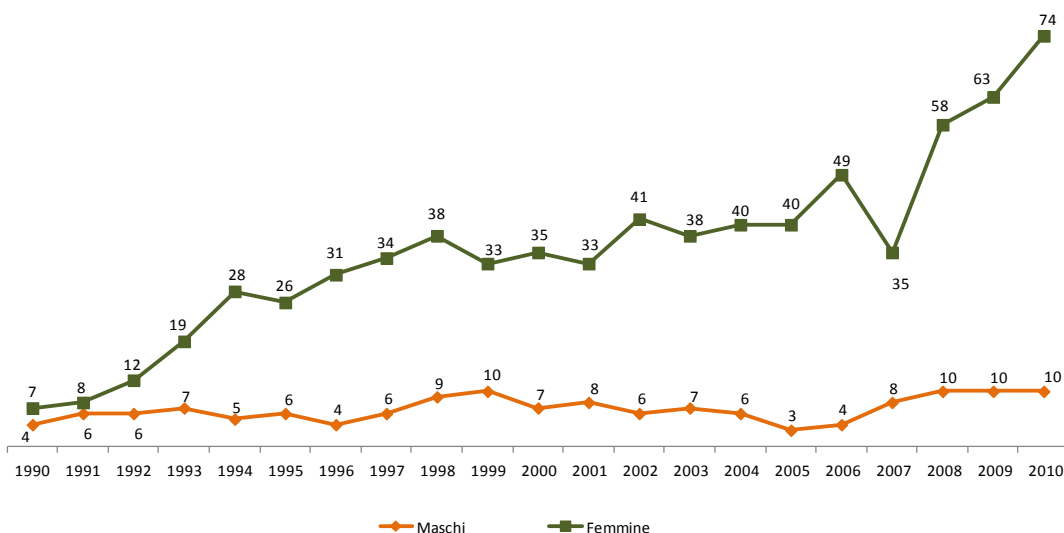


Comune di Verona - Distribuzione percentuale della popolazione residente straniera per sesso e classe di età (anno 2003)

Il grafico n. 1.3/1 illustra l'andamento degli assistiti, della sola città di Verona, con età superiore ai cento anni. È un indicatore sintetico che consente di apprezzare l'entità del fenomeno di allungamento della speranza di vita.

GRAFICO 1.3/1

Numero di residenti nel Comune di Verona con età uguale o superiore ai cento anni



Come si può notare dal grafico 1.3/2 nel periodo dal 1984 al 2010 l'età media alla morte è aumentata di 9,5 anni (da 71,4 a 80,9). Nell'ultimo quinquennio si registra un "guadagno" di quasi due anni.

GRAFICO 1.3/2

Comune di Verona: età media alla morte dei residenti italiani



La tabella seguente evidenzia le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nell'ULSS20.

TABELLA 1.3/3

Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nell'Ulss 20

	N. CASI DI DONNE CON CITTADINANZA ITALIANA	N. CASI DI DONNE CON CITTADINANZA STRANIERA	N. CASI TOTALI
2006	286 (47%)	327 (53%)	613
2007	259 (45%)	314 (55%)	573
2008	272 (42%)	372 (58%)	644
2009	278 (43%)	370 (57%)	648
2010	258 (41%)	373 (59%)	631

L'entità del fenomeno è particolarmente accentuata nel caso di donne con cittadinanza straniera che, nonostante costituiscano una ridotta percentuale della popolazione, danno ragione di quasi il 60% di tutte le IVG.

1.4 LA MORTALITÀ

1.4.1 LA MORTALITÀ GENERALE

VENETO

La popolazione del Veneto continua a godere di buone condizioni di salute: nel 2010 la stima della speranza di vita alla nascita è pari a 79,6 anni per gli uomini e a 85 anni per le donne, superiore ai corrispondenti dati medi italiani pari rispettivamente a 79,2 e 84,4 anni (ISTAT Indicatori Demografici - anno 2010).

Tra i residenti nel Veneto nel corso dell'anno 2008 si sono registrati 44.069 decessi, di cui 21.329 (48,4% del totale) in soggetti di sesso maschile e 22.740 (51,2%) in persone di sesso femminile.

La maggior parte dei decessi riguarda soggetti di età elevata: oltre l'86% (38.093) di età superiore a 65 anni, oltre il 71% (31.327) di età superiore a 75 anni.

Le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori che insieme giustificano circa il 70% dei decessi. Nelle femmine sono nettamente prevalenti le malattie del sistema circolatorio, mentre nei maschi ormai da alcuni anni i decessi per tumore hanno superato quelli per malattie circolatorie.

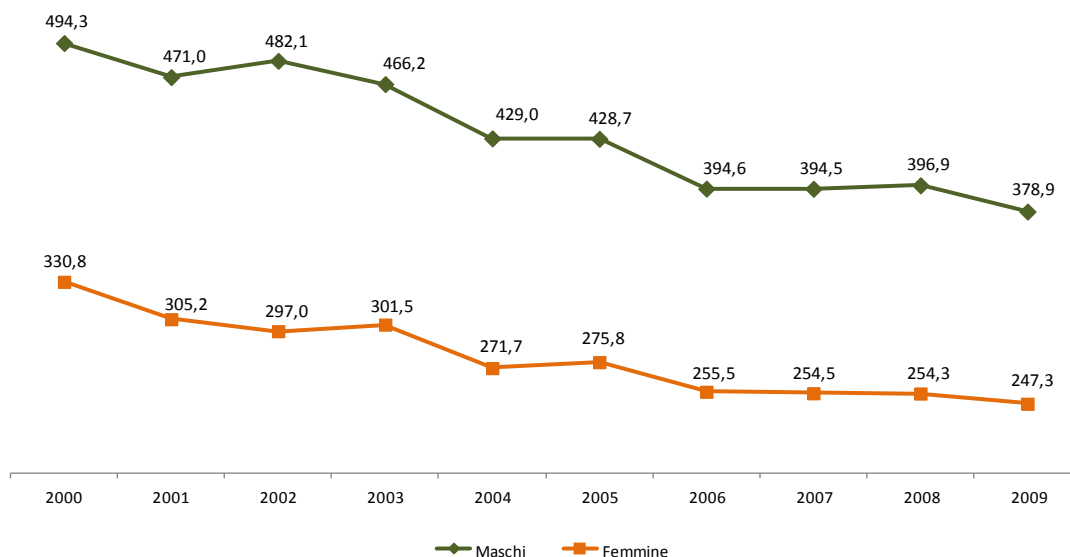
L'andamento nel tempo della mortalità per malattie del sistema circolatorio documenta i notevoli progressi della medicina negli ultimi decenni. La mortalità per questo gruppo di patologie è infatti in netta diminuzione sia nei maschi che nelle femmine, diminuzione determinata da miglioramenti in termini di prevenzione, diagnosi e cura delle condizioni morbose cardiovascolari.

Rispetto ad altre regioni del territorio nazionale la mortalità per malattie del sistema circolatorio nella popolazione del Veneto è tra le più basse: più nel dettaglio, per quanto riguarda le malattie ischemiche del cuore nei maschi del Veneto si registra un valore lievemente più alto rispetto alla media nazionale (però con un calo più rapido negli ultimi anni rispetto ad altre aree), mentre nelle femmine l'ultimo dato disponibile (anno 2007) e l'andamento più recente è sovrapponibile alla media italiana; per i disturbi cerebrovascolari i dati calcolati per la popolazione del Veneto sono, in entrambi i generi, marcatamente inferiori rispetto al dato medio nazionale.

Calo della mortalità per malattie cardiovascolari

GRAFICO 1.4.1/1

Mortalità per malattie del sistema circolatorio: tasso standardizzato per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2009. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002.

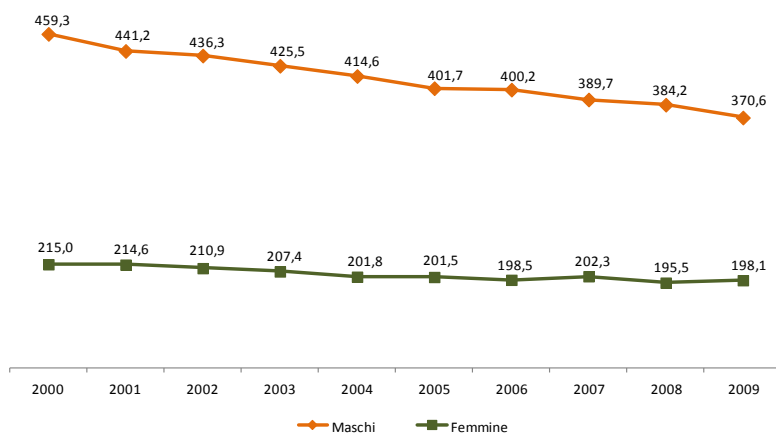


Nella popolazione residente in Veneto, la mortalità per tumore negli ultimi anni è in calo in entrambi i sessi, in maggior misura nel sesso maschile.

Rispetto al contesto nazionale la mortalità per tumore nella popolazione del Veneto è leggermente superiore in entrambi i sessi, tuttavia va rilevato che la differenza con la media nazionale si sta progressivamente assottigliando.

GRAFICO 1.4.1/2

Mortalità per tumori: tasso standardizzato per sesso (per 100.000). Veneto, anni 2000-2009. Popolazione standard: Veneto, 1° gennaio 2002.



Il tumore maligno del polmone è la principale causa neoplastica di morte nei maschi e la terza nelle femmine. Il tumore maligno del colon-retto è la seconda causa di morte per neoplasia sia nei maschi che nelle femmine. Il tumore maligno della mammella è, tra le neoplasie, la principale causa di morte nelle femmine. I tumori maligni del polmone, in particolare, causano circa un quinto dei decessi per neoplasia (estratto da IES, Bollettino informativo del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto - n.3, ottobre 2010).

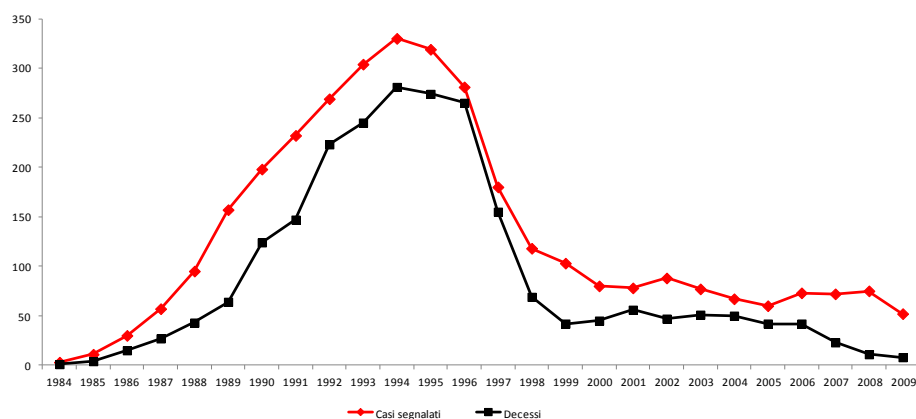
AIDS

Dal 1996, anno in cui si è verificato il maggior numero di decessi (260 eventi tra i residenti nel Veneto), la mortalità per AIDS è nettamente e rapidamente diminuita: 149 decessi nel 1997, 69 nel 1998, fino a oscillare tra i 20 e i 25 decessi annui dopo l'anno 2000 (dati del Servizio Epidemiologico Regionale del Veneto). L'analisi della mortalità (grafico 1.4.1/3) mostra un periodo di brusco calo - dal 1995 al 2000 - seguito da un periodo di relativa stazionarietà. Tale andamento suggerisce quanto l'introduzione e la diffusione del trattamento con combinazioni di farmaci anti-retrovirali a partire dal 1995 abbia determinato anche nella nostra Regione una diminuzione della mortalità correlata all'AIDS.

In netto e rapido calo la mortalità per AIDS

GRAFICO 1.4.1/3

Numero di casi e decessi incidenti per AIDS in residenti nella regione Veneto. Periodo 1984-2009 (fonte: Registro AIDS - Regione Veneto)



ULSS 20

Anche nell'ULSS 20 i tumori e le malattie del sistema circolatorio causano da soli più dei 2/3 delle morti (67,7%). Le cause di morte legate al sistema cardiocircolatorio restano al primo posto.

GRAFICO 1.4.1/4

Mortalità totale per gruppi di cause. Frequenza relativa ULSS 20 - anno 2009)

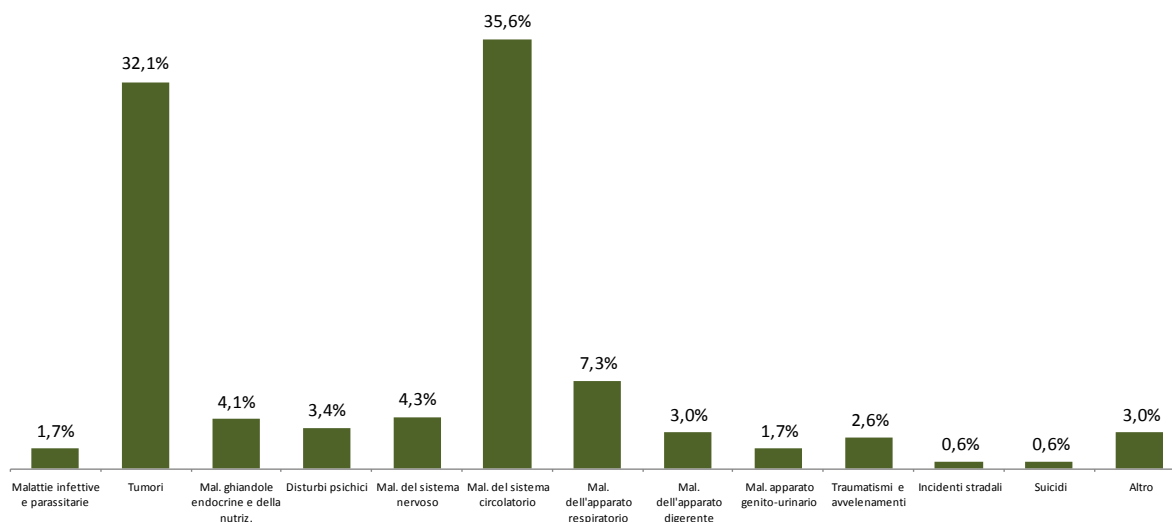


TABELLA 1.4.1/1

Tassi grezzi di mortalità generale per grandi gruppi di cause nella popolazione dell'ULSS 20 (per 100.000)

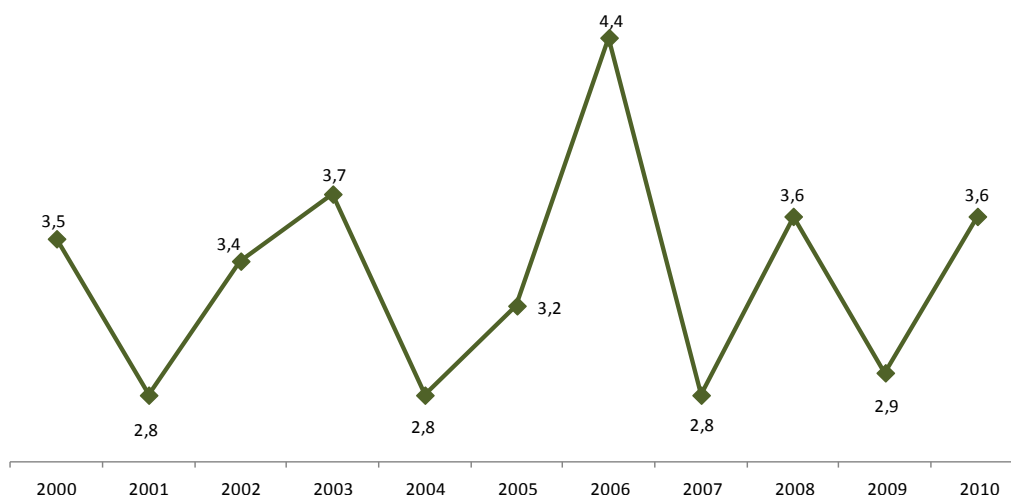
CAUSE	2006		2007		2008		2009	
	N° DECESSI	TASSO GREZZO	N° DECESSI	TASSO GREZZO	N° DECESSI	TASSO GREZZO	N° DECESSI	TASSO GREZZO
I Malattie infettive e parassitarie	26	5,7	26	5.5	49	10,4	72	15,3
II Tumori	1.298	282,8	1.265	268.6	1.327	281,8	1.393	295,1
III Mal. ghiandole endocrine e della nutrizione	120	26,1	137	29.1	173	36,7	178	37,7
V Disturbi psichici	123	26,8	131	27.8	127	27,0	148	31,4
VI Mal. del sistema nervoso	139	30,3	140	29.7	162	34,4	189	40,0
VII Mal. del sistema circolatorio	1.504	327,7	1.507	320.0	1.522	323,2	1.543	326,8
VIII Mal. dell'apparato respiratorio	252	54,9	265	56.2	244	51,8	315	66,7
IX Mal. dell'apparato digerente	179	39,0	152	32.2	138	29,3	132	28,0
X Mal. apparato genito-urinario	47	10,2	59	12.5	57	12,1	73	15,5
XVII Traumatismi e avvelenamenti	100	21,8	111	23.6	95	20,2	113	23,9
XVII Incidenti stradali	49	10,7	31	6.6	32	6,8	26	5,5
XX Suicidi	28	6,1	26	5.5	38	8,1	28	5,9
Altro	84	18,3	98	20.0	131	27,8	129	27,3
Totale	3.949	860,5	3.948	838.4	4.095	869,6	4.339	919,1

1.4.2 LA MORTALITÀ INFANTILE

La mortalità infantile si mantiene su livelli bassi (graf. 1.4.2/1), tuttavia dalle schede di morte emerge come i bambini di nazionalità straniera siano più spesso vittime di questo evento.

GRAFICO 1.4.2/1

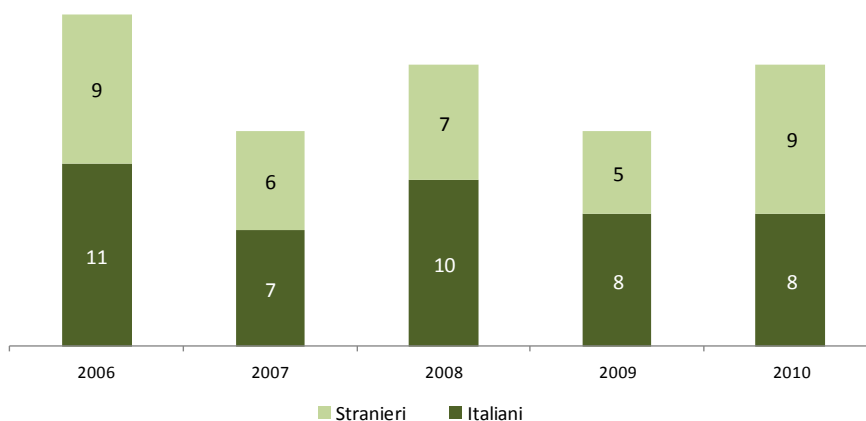
Tasso complessivo di mortalità infantile in nati da madri iscritte all'anagrafe assistiti dell'ULSS 20 (su 1.000 nati)



Le forti oscillazioni del grafico sono giustificate dalla scarsa numerosità del campione

GRAFICO 1.4.2/2

Bambini residenti nell'ULSS 20 morti entro l'anno di vita, suddivisi tra italiani e stranieri (anni 2006-2010)



Infatti più della metà (53%) dei bambini deceduti nel 2010 entro il primo anno di età è straniero. Non ci è possibile fare un'analisi corretta del dato visto che non si conosce il numero preciso dei nati stranieri nell'ULSS, ma è verosimile supporre che sia inferiore a quello dei nati italiani. Nel 2010, ad esempio, su 2.277 nuovi nati nel comune di Verona, 637 avevano entrambi i genitori stranieri con una percentuale pari al 28% di tutti i nati (dati Comune di Verona – Annuario 2010).

1.4.3 MORTALITÀ EVITABILE

Sono considerate evitabili quelle cause di morte che si potrebbero ridurre in maniera consistente o addirittura eliminare con adeguati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

La mortalità evitabile è quindi un indicatore correlato con le abitudini di vita, con lo stato dell'ambiente in cui si vive e si lavora, con la stessa efficacia del servizio sanitario.

Può essere utilizzato per individuare le cause che determinano gli eventi consentendo di approntare adeguati interventi preventivi.

TABELLA 1.4.3/1

Mortalità evitabile prevenibile con gli screening oncologici ULSS 20 (numero assoluto di decessi)

	2005	2006	2007	2008	2009
Cancro mammella	111	97	106	98	99
Cancro colon	115	126	115	120	114
Cancro collo utero	3	4	2	2	6

TABELLA 1.4.3/2

Mortalità evitabile ULSS 20 (numero assoluto di decessi)

	2006	2007	2008	2009	2010
Incidenti stradali	49	31	32	26	*
HIV	7	6	5	4	*
Overdose	7	4	3	*	*
Intossic. monossido carbonio	1	0	1	0	0
Infortuni sul lavoro	7	6	10	8	6

* dato non disponibile

1.5 INVALIDI CIVILI

Nel corso del 2010 sono state effettuate 14.101 visite e sono pervenute 16.632 domande.

Con l'entrata in vigore della Legge 102/09 sono state introdotte modifiche sostanziali alle modalità di presentazione delle domande per il riconoscimento dell'invalidità civile e della disabilità.

A far data dallo 01.01.10 le istanze devono essere presentate all'INPS, non più all'ULSS, ed esclusivamente in modalità informatica. Non è più consentito quindi consegnarle in forma cartacea presso le sedi dei distretti o della nostra segreteria invalidi civili, modalità questa molto apprezzata dall'utenza.

Quanto sopra ha reso significativamente più complicato, soprattutto nei primi mesi di applicazione della norma, per i cittadini presentare la domanda d'invalidità e per la segreteria espletare e programmare l'attività di istruttoria amministrativa e sanitaria.

La difficoltà di gestione della procedura informatica dell'INPS, non scevra di imperfezioni e più volte corretta ed implementata nel corso dell'anno, ha comportato un allungamento dei tempi di attesa che attualmente hanno raggiunto i 78 giorni a fronte dei 45 giorni del 2009.

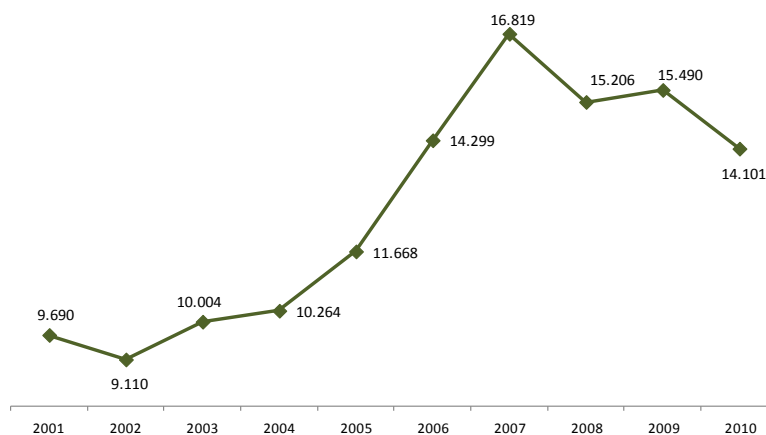
TABELLA 1.5/1

Visite di invalidità civile (anno 2010)

	SEDE DI VERONA	SEDE DI COGNOLA AI COLLI	TOTALE
Invalidi civili	5.430	2.150	7.580
Legge 104/92	3.923	1.516	5.439
Legge 68/99	629	303	932
Comm. provinciale ciechi	147	-	147
Commissione sordomuti	3	-	3
Totale	10.132	3.969	14.101

GRAFICO 1.5/1

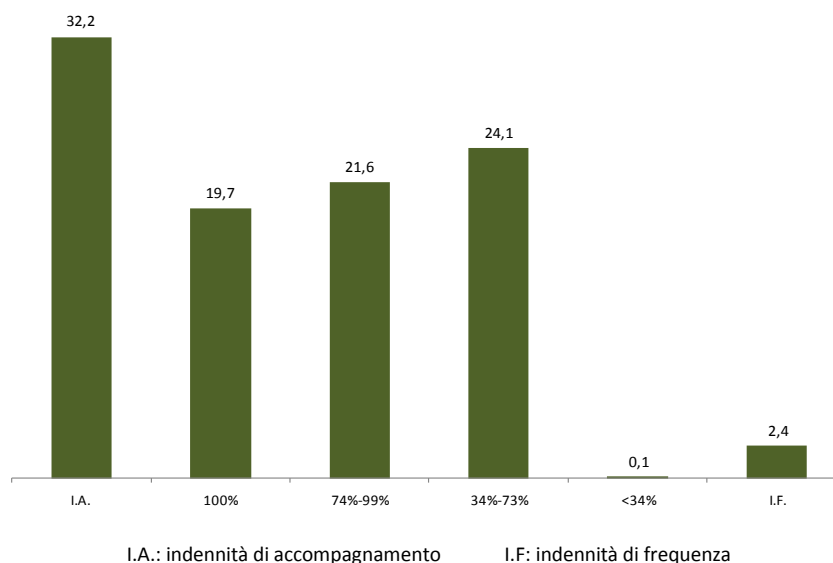
Invalidità civile: visite effettuate dal 2001 al 2009



Circa il 73% del campione esaminato è stato riconosciuto invalido civile con percentuale pari o superiore al 74%, il 24% circa è stato riconosciuto invalido con percentuale inferiore al 74%.

GRAFICO 1.5/2

Visite invalidità civile: esito dei controlli (anno 2010)

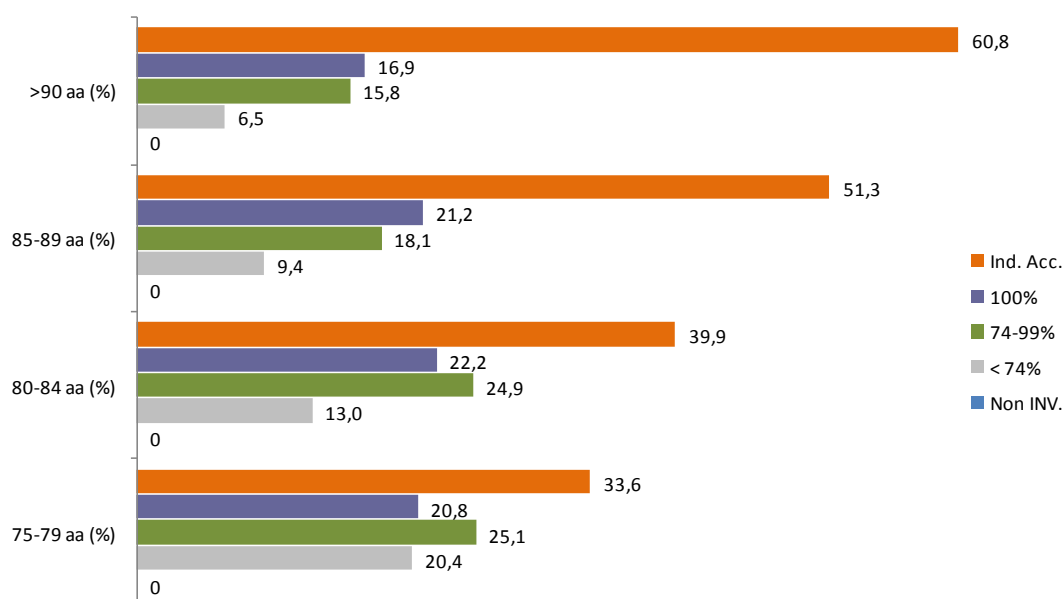


Oltre il 50% delle domande presentate è relativo ad utenti con età superiore ai 75 anni. In tale fascia di età fra le patologie più frequentemente riscontrate come causa d'invalidità, oltre a quelle cardiovascolari ed osteoarticolari, significativa è la percentuale rappresentata dal deterioramento cognitivo senile di grado iniziale/medio 17% e grave 12% (29% totale).

Sempre correlato a tale fascia d'età emerge un dato abbastanza indicativo sullo stato di salute della popolazione. Si è osservato infatti che tra i 75 e gli 84 anni la percentuale di riconoscimento del diritto al beneficio dell'indennità di accompagnamento, indicativo della presenza di patologie tali da necessitare di un'assistenza continua, è inferiore al 40%.

GRAFICO 1.5/3

Percentuali invalidità ultrasettantacinquenni per fasce d'età (anno 2010)



Dei soggetti sottoposti a visita ai sensi della Legge 68/99 il 57,4% è stato riconosciuto collocabile in ambito lavorativo, il 14,4% collocabile attraverso servizi di sostegno e supporto sociale (in quanto affetto da patologie che non garantiscono una completa autonomia anche in attività lavorative semplici con difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario), il 20,2% è stato riconosciuto non idoneo al lavoro e l' 8% è stato riconosciuto non invalido.

Continua l'applicazione della Legge 09.03.06 n.80 art.6 co.3bis che prevede un iter accelerato per l'accertamento dell'invalidità civile nei pazienti oncologici che vengono sottoposti a visita in media entro 20 giorni.

VISITE FISCALI

L'entrata in vigore della Legge 133/08 contempla l'obbligo di richiesta di visita fiscale per tutti i dipendenti pubblici assenti per malattia anche per un solo giorno.

Questo ha comportato un incremento esponenziale delle richieste pari a 19.898. Anche quest'anno si è osservato, rispetto al periodo ante legem, un aumento pari al 373%, inferiore comunque a quello registrato lo scorso anno (- 4.693 richieste).

Stante l'elevato carico di lavoro a fronte dell'esiguità dell'organico medico la percentuale di visite effettuate è modesta e pari al 6,6%.

Si ribadisce quanto già più volte affermato circa l'inefficacia di tale attività, rilevandosi un'esigua percentuale di "non conferma della prognosi" considerato che:

Aumento delle richieste di visita fiscale del 373% rispetto al 2007

- nella maggior parte dei casi non sono emersi motivi per modificare diagnosi e prognosi; i casi dubbi dal punto di vista diagnostico generalmente si ascrivono a patologie di difficile obiettivazione (cefalee, coliche addominali, vertigini, ecc);
- i casi dubbi dal punto di vista prognostico necessitano dell'effettuazione di accertamenti specialistici la cui esecuzione richiede spesso tempi più lunghi della prognosi stessa e va a gravare sull'attività specialistica dell'ULSS.

Inoltre l'esito degli accertamenti specialistici di controllo prescritti dal medico fiscale non è stato significativamente positivo, come verificato da una sperimentazione effettuata negli scorsi anni. La visita fiscale di conseguenza ha solo effetti deterrenti, e alla fine l'unico risultato apprezzabile è la verifica della presenza del lavoratore a casa nelle fasce orarie previste, attività questa che, essendo effettuata da un medico, è da ritenersi inadeguata sia in termini etico/professionali che economici.

Solo effetto deterrente

CAPITOLO 2

L'Ambiente Urbano

Parole chiave: Inquinamento atmosferico, PM10, salute e inquinamento dell'aria, risanamento aria, Piano risanamento atmosfera, parcheggi urbani, spazi verdi, sistema insediativo, disagio abitativo, scuole, asili nido, carceri, piscine

PREMESSA

La popolazione che vive nelle città è sempre più numerosa: all'inizio del diciannovesimo secolo era il 5%, nel 2007 è più del 50%.

In Europa circa il 75% della popolazione vive in aggregati urbani di una certa complessità.

La salute della popolazione urbanizzata rappresenta, quindi, un problema da considerare in modo specifico sia per numero di persone coinvolte sia per le ricadute maggiori che hanno i determinanti di salute positivi o negativi. Questi fattori possono esplicitare i loro effetti nelle varie forme di aggregazione con varia intensità a seconda delle dimensioni e dell'organizzazione delle città.

3/4 delle persone vivono in città

In questa chiave vanno interpretati alcuni argomenti di questa relazione che riguardano:

- l'ambiente fisico (qualità dell'aria, condizioni climatiche, strumenti urbanistici);
- l'ambiente costruito (disagio abitativo, traffico, funzioni urbane);
- l'ambiente sociale (comportamenti individuali e stili di vita collettivi, immigrazione, disuguaglianze di salute legate a disuguaglianze sociali).

2.1 INQUINAMENTO ATMOSFERICO

L'interesse per questo fattore di rischio sanitario ambientale è dovuto alle seguenti circostanze

- gli inquinanti atmosferici determinano effetti sulla popolazione generale indipendentemente dalla volontà del singolo individuo;
- la gravità degli effetti sulla salute umana, sia a breve che a lungo periodo, è direttamente proporzionale alla concentrazione degli inquinanti e al tempo e/o modalità di esposizione;
- l'esposizione ad inquinanti atmosferici può potenziare l'azione di altri fattori di rischio, sia comportamentali che ambientali (es. fumo di sigaretta, radon).

All'inquinamento atmosferico è attribuibile una quota rilevante di morbosità acuta e cronica, come confermato da studi epidemiologici nazionali che includono anche città del Veneto, e una diminuzione della speranza di vita dei cittadini che vivono in aree con livelli di inquinamento elevato. Particolari sostanze inquinanti sembrano esser più nocive per la salute: ad esempio nell'ambito dell'emissioni veicolari viene indicata una maggiore nocività dei motori diesel.

In generale le zone maggiormente inquinate sono quelle in prossimità di strade trafficate e di industrie insalubri. Nell'area urbana in cui si concentra la popolazione e si verifica una maggior mobilità autoveicolare, stando ai dati ARPAV, più del 50% delle polveri PM10 è generato dal traffico.

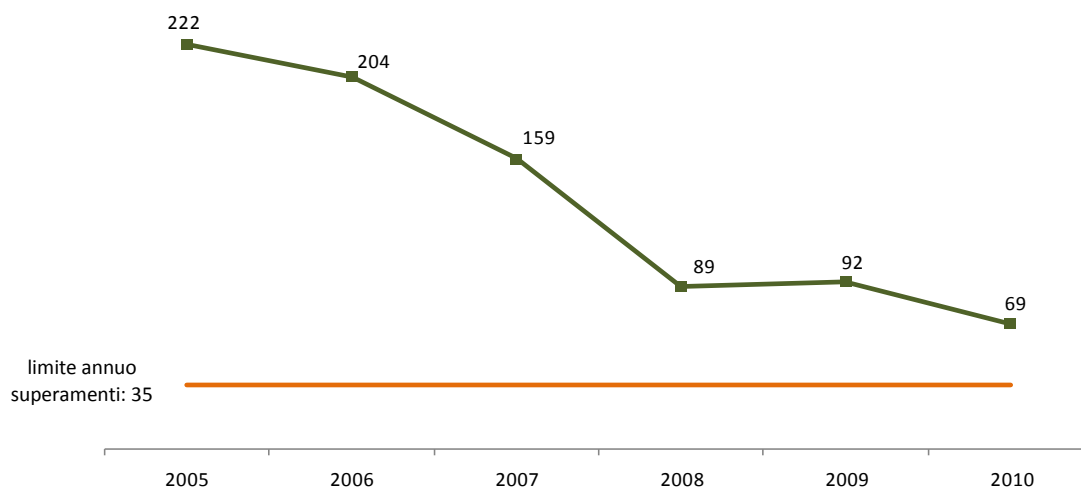
Nella nostra realtà costituiscono fonti sicuramente rilevanti anche alcune industrie di grosse dimensioni, l'aeroporto V. Catullo di Villafranca e le autostrade che attraversano il territorio, spesso in stretta contiguità con quartieri residenziali. L'appartenere a categorie suscettibili può potenziare gli effetti avversi sulla salute, ad esempio è stato osservato che i bambini che vivono in prossimità di strade trafficate presentano un rischio più elevato di sviluppare malattie respiratorie.

Sulla base dei dati diffusi dall'ARPAV nel corso del 2010 nella città di Verona si sono verificati 69 superamenti nella postazione di Corso Milano e 52 in quella di Cason del limite giornaliero di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM10, valore che non dovrebbe essere superato più di 35 volte l'anno. La media annuale di PM10 nella postazione di Corso Milano è stata pari a $36 \mu\text{g}/\text{m}^3$ e a $31 \mu\text{g}/\text{m}^3$ al Cason a fronte di un valore limite annuale di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ mentre nel 2009 i valori erano pari rispettivamente a $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ e $38 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Sempre nella postazione di Corso Milano si sono registrati valori medi annui pari a $1,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di benzene (valore limite: $5,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ e soglia di valutazione inferiore: $2,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$) e a $0,7 \text{ng}/\text{m}^3$ di Benzo(a)Pirene (valore obiettivo media annuale $1,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Come riportato nella Relazione Regionale della Qualità dell'Aria dell'Arpav per l'anno 2010, relativamente al parametro PM10, il parametro più critico è il valore limite giornaliero. L'analisi delle concentrazioni di PM10 degli ultimi anni evidenzia una leggera diminuzione, probabilmente anche a seguito di condizioni meteorologiche favorevoli. Tale risultato, pur rappresentando un importante segnale positivo nell'ambito dell'analisi della qualità dell'aria, non è sufficiente a garantire il rispetto del valore limite giornaliero, indicatore della presenza di fenomeni acuti di inquinamento che si verificano soprattutto nel periodo invernale.

GRAFICO 2.1/1

Numero di superamenti del limite giornaliero di $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ PM10. Postazione di Corso Milano – Verona



EFFETTI SULLA SALUTE DELL'INQUINAMENTO ATMOSFERICO

Gli **effetti acuti**, o a breve termine, (aumento della mortalità giornaliera - escluse le morti accidentali - aumento dei ricoveri in ospedale per malattie respiratorie e cardiocircolatorie, aumento degli attacchi di asma negli asmatici, aumento dell'uso dei farmaci broncodilatatori negli asmatici) si manifestano nella popolazione in risposta agli incrementi di breve periodo (orari o giornalieri) delle concentrazioni degli inquinanti. I primi studi sul legame tra eventi sanitari acuti e inquinamento atmosferico sono stati condotti a partire dagli anni Trenta.

I risultati delle indagini epidemiologiche condotte in varie città negli Stati Uniti e in Europa hanno dimostrato che ad ogni incremento degli inquinanti atmosferici è associato nei giorni immediatamente successivi un incremento di eventi negativi per la salute, in misura maggiore di tipo respiratorio e cardiaco.

Gli **effetti cronici** sono la conseguenza di un'esposizione di lungo periodo e comprendono sintomi respiratori cronici quali tosse e catarro, diminuzione della capacità polmonare, aumento della bronchite e dei disturbi respiratori nei bambini, bronchite cronica e tumore polmonare, aumento complessivo della mortalità.

Gli anziani e i soggetti malati rappresentano gruppi di popolazione ad alta vulnerabilità agli effetti dell'inquinamento atmosferico. In particolare per le persone con condizioni di salute più compromesse, come i malati di patologie cardiache e respiratorie, l'esposizione ad inquinanti atmosferici peggiora la prognosi e aumenta la probabilità di morte. Per quanto riguarda il particolato atmosferico, è stato chiarito che rischi più elevati sono soprattutto a carico di soggetti con insufficienza respiratoria (BPCO) e con pregresse patologie cardiovascolari.

Un'altra categoria a maggior rischio per gli effetti dell'inquinamento atmosferico è rappresentata dai bambini. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riporta che la vulnerabilità infantile all'inquinamento atmosferico è associata al fatto che, a differenza degli adulti, i bambini presentano processi attivi di accrescimento polmonare e di sviluppo, incompletezza dei sistemi metabolici, immaturità del sistema immunitario e alto tasso di infezioni da patogeni respiratori. Questi fattori possono verosimilmente portare, a parità dei livelli ambientali sperimentati dagli adulti, ad una più elevata suscettibilità dei bambini agli inquinanti atmosferici.

Effetti sullo sviluppo polmonare: esistono dati scientifici congruenti che dimostrano associazioni tra inquinamento atmosferico ed alterazioni dello sviluppo polmonare. È stato ormai sufficientemente dimostrato che i bambini che abitano in prossimità di strade trafficate possono presentare sostanziali carenze di sviluppo dell'apparato respiratorio che si traducono in deficit della funzione polmonare misurati al termine dello sviluppo. Questi danni sono significativi in un raggio di 500 metri dalle sedi stradali.

Secondo l'OMS l'esposizione al particolato fine accorcia in media la vita di ogni persona all'interno dell'Unione Europea di 8.6 mesi e i valori salgono per l'Italia a 9 mesi di vita nel 2000.

Con sempre maggiore evidenza dalla letteratura scientifica emerge un'associazione tra l'esposizione all'inquinamento atmosferico ed insorgenza di malattie dell'apparato cardiocircolatorio, tanto che l'American Heart Association identifica tale esposizione come un significativo fattore emergente di rischio cardiovascolare. Viceversa i decrementi dei livelli di inquinamento atmosferico si traducono in miglioramenti delle condizioni di salute: una riduzione delle concentrazioni di PM2,5 è associata ad un ridotto rischio di mortalità (totale, cardiovascolare, da cancro del polmone), un aumento dell'aspettativa di vita e una migliore prognosi a lungo termine dei soggetti affetti da insufficienza cardiaca.

Sulla base di queste considerazioni, questo Dipartimento ritiene necessaria l'adozione di piani organici di intervento per ridurre l'esposizione della popolazione agli inquinanti atmosferici, individuando prioritariamente le zone a maggior rischio.

I risultati delle indagini epidemiologiche in varie città negli Stati Uniti e in Europa hanno dimostrato che ad ogni incremento degli inquinanti atmosferici è associato nei giorni immediatamente successivi un incremento di eventi negativi per la salute

Priorità rappresentate dalla necessità di tutelare le persone che per vari motivi sono ritenute più vulnerabili

Associazione tra esposizione all'inquinamento atmosferico ed insorgenza di malattie respiratorie e cardiovascolari. Danni significativi in un raggio di 500 metri dalle sedi stradali

In conformità a quanto evidenziato dall'OMS si richiede non tanto di adottare interventi emergenziali quanto di progettare azioni strutturali e permanenti, indicazioni fornite anche dalla Comunità Europea per lo sviluppo dei piani di azione di qualità dell'aria. Gli obiettivi che proponiamo riguardano una riduzione delle concentrazioni medie di inquinanti atmosferici ma soprattutto l'individuazione delle aree maggiormente inquinate e la riduzione dell'esposizione della popolazione che vive in queste zone. Spesso in queste aree vivono persone che sono svantaggiate anche dal punto di vista sociale e questo comporta l'accumulo di fattori di rischio per la salute che si traducono in un maggior carico di malattie.

Un'altra priorità è rappresentata dalla necessità di tutelare le persone che per vari motivi sono ritenute più vulnerabili; per questo si ritiene che particolare attenzione debba essere riservata alle strutture che accolgono bambini in tenera età o persone malate. Benché il problema dell'inquinamento sfugga in gran parte al controllo degli individui e dipenda prevalentemente da strategie e azioni pubbliche è molto importante che tutti i cittadini siano preventivamente informati, coinvolti nelle decisioni e supportati nella scelta di tenere comportamenti responsabili.

Per una valutazione dell'impatto sulla salute dell'inquinamento atmosferico a nostro parere è necessario conoscere non solo i livelli medi di esposizione della popolazione ma anche individuare le aree più critiche dal punto di vista dell'inquinamento (ove ci siano fonti emissive particolari o le condizioni locali siano particolarmente favorevoli al ristagno ed all'accumulo degli inquinanti), tenendo presente che queste componenti hot spot sono maggiormente sensibili ad interventi di limitazione delle emissioni. Resta comunque il fatto che per le esposizioni a breve termine non si può escludere che in condizioni particolarmente critiche sia necessario ricorrere all'adozione di provvedimenti d'emergenza. Ci si riferisce in particolare ai gravi picchi d'inquinamento (valori di PM10 >150 µg/m³) che in genere si verificano in concomitanza di condizioni meteorologiche che ostacolano la dispersione degli inquinanti.

Individuare le aree più critiche dal punto di vista dell'inquinamento.

Nel sito del Dipartimento sono reperibili ulteriori informazioni sugli effetti sanitari dell'esposizione all'inquinamento atmosferico e sulle precauzioni comportamentali da adottare nelle situazioni critiche conseguenti ad elevate concentrazioni di inquinanti invernali (PM10) o estivi (O₃).

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/faq_inqatm.html

PIANO DI AZIONE E RISANAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ARIA (PQA)

Una concretizzazione di azioni a livello locale è rappresentata dall'accordo tra 18 Comuni appartenenti alla Macro Area 2, Provincia di Verona, ARPAV, ULSS e Università di Trento al fine di definire, con modalità coerenti e condivise, obiettivi e azioni finalizzate al miglioramento della qualità dell'aria. Tale accordo è stato sottoscritto nel dicembre 2008 ed ha portato alla redazione della proposta di Piano di Azione e Risanamento della Qualità dell'Aria, adottata il 15 dicembre 2010 dalla Giunta Comunale di Verona. I 18 Comuni che hanno siglato l'accordo sono: Bussolengo, Buttapietra, Castel d'Azzano, Castelnuovo del Garda, Grezzana, Lavagno, Negrar, Pescantina, San Giovanni Lupatoto, San Martino Buon Albergo, San Pietro in Cariano, Sant'Ambrogio di Valpolicella, Sommacampagna, Sona, Valeggio, Verona, Villafranca di Verona e Zevio.

Il PQA è uno strumento di valutazione e indirizzo volto a garantire, nell'area di applicazione, il mantenimento della qualità dell'aria ambiente o il suo risanamento nei casi in cui si riscontrino elementi di criticità, secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Il Piano costituisce, assieme a tutti gli altri strumenti previsti dalla normativa per la pianificazione territoriale, uno dei documenti di riferimento per lo sviluppo delle linee strategiche delle politiche nei settori connessi alla qualità dell'aria. La tutela della qualità dell'aria necessita infatti di strumenti trasversali, richiedendo il coinvolgimento attivo degli enti pubblici, e in particolare delle amministrazioni locali, ma anche dei soggetti privati, come le imprese e i cittadini, sia singolarmente sia nelle organizzazioni collettive come, ad esempio, i comitati, i sindacati e le associazioni. Sul sito del Dipartimento è possibile consultare il documento completo.

Piano di azione e risanamento della qualità dell'aria

Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/pqa.html>

Nel corso dell'anno l'Amministrazione provinciale di Verona, in previsione dell'entrata in funzione del nuovo termovalorizzatore AGSM di Ca' del Bue, ha attivato un tavolo tecnico per la predisposizione di un sistema di monitoraggio ante-operam che consenta di individuare i possibili impatti ambientali e sulla salute connessi all'esercizio dell'impianto. Oltre ai Dipartimenti di Prevenzione dell'ULSS 20, sede dell'impianto, e dell'ULSS 21, interessata per contiguità territoriale, partecipano al tavolo l'ARPAV di Verona, la Provincia ed i Comuni di Verona, San Martino Buon Albergo, Zevio e San Giovanni Lupatoto. Successivamente è entrato a par parte del tavolo anche l'Istituto Superiore di Sanità con funzioni di supporto scientifico e coordinamento della parte tecnica.

OTTO PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ARIA DEL COMUNE DI VERONA

PREMESSA

Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, l'inquinamento dell'aria costituisce un reale problema sanitario per la città. Secondo i nostri calcoli la cattiva qualità dell'aria che respiriamo comporta ogni anno a Verona la morte prematura di circa 10-90 persone per effetti acuti che intervengono entro 4 giorni dai picchi di inquinamento; lo studio dell'APAT del 2006 ha stimato che in Italia il 9% della mortalità totale (per i > di 30 anni esclusi gli incidenti) è attribuibile all'inquinamento atmosferico (concentrazioni di PM10 superiori a 20 µg/m³) per effetti a lungo termine. Al di là della diminuzione della quantità di vita, è certamente ben presente un complessivo peggioramento della qualità dello stato di salute della popolazione (specie di quella infantile, anziana e di quella sofferente di patologie croniche) che abita la nostra zona. Si tratta, con ogni evidenza, di una situazione che caratterizza tutta la pianura padana, che è destinata a prolungarsi nel tempo, per la quale non esiste una soluzione miracolosa e, neanche, una serie di soluzioni miracolose ma, proprio per questo, è necessario che vengano messe in atto simultaneamente tutte quelle soluzioni che, assieme, possono contribuire a contrastare questo fenomeno. È da queste premesse e sulla base di quanto letto nella letteratura e visto in altre città che già nel 2007 abbiamo individuato una serie di otto proposte per la città di Verona che possono contribuire ad un progetto organico di miglioramento dell'aria della città e costituire così una proposta per il Piano Qualità dell'Aria coordinato della città di Verona e dei comuni dell'area limitrofa recentemente messo a punto.

Otto proposte per la città di Verona

PROPOSTE

La trattazione dettagliata delle proposte è consultabile nella relazione sanitaria del 2007 <http://prevenzione.Ulss20.verona.it/relsan.html>.

- risparmio energetico favorendo l'adozione di nuovi standard edilizi
- sfruttamento di fonti geotermiche
- metanizzazione degli automezzi
- allontanamento dal centro di alcuni grandi attrattori di traffico (scuole superiori, fiera, ...)
- realizzazione di un grande parco urbano alberato, inserito nell'ambito del parco merci ferroviario retrostante la stazione di Porta Nuova
- proposta di sperimentazione in un quartiere periferico di riorganizzazione della mobilità
- uso delle biciclette come mezzo di locomozione in città
- attivazione di un capace sistema di trasporto pubblico di massa

2.2 ASPETTI TERRITORIALI

Lo sviluppo di un ambiente favorevole alla salute, all'attività fisica e alla sicurezza stradale attraverso gli strumenti urbanistici viene promosso dal Dipartimento nei tavoli di concertazione nei pareri riguardanti i piani generali. Il 2010 ha visto la richiesta di valutazione di 4 piani comunali e 1 piano d'ambito territoriale.

MOBILITÀ

Un limite delle proposte di pianificazione presentate è la carenza di previsione di programmi generali e integrati di trasferimento sul sistema pubblico e sulla mobilità ciclopedonale del trasporto privato.

Un secondo limite dei progetti presentati è, a differenza di quanto succede ormai largamente nelle altre realtà europee, lo scarso coinvolgimento della popolazione interessata nella discussione della definizione dei progetti stessi.

L'Unione Europea a seguito del Protocollo di Kyoto richiede una riduzione delle emissioni di gas a effetto serra e la crescita del movimento di passeggeri mediante il trasporto pubblico urbano del 24% entro il 2010. Come indicato da una recente ricerca di ICLEI (<http://www.iclei.org/>) le autorità competenti dovranno puntare ad un aumento del 30% e oltre del trasporto pubblico.

Anche per quanto riguarda la ciclabilità la Carta di Bruxelles prevede di:

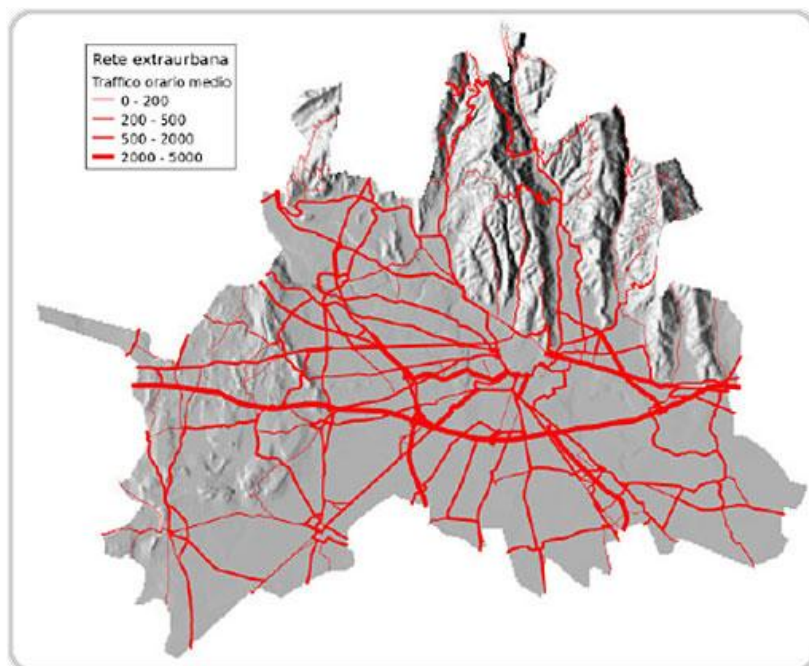
- sollecitare Commissione e Parlamento europeo ad attivare politiche adeguate per portare nei Paesi dell'Unione Europea l'uso della bicicletta come mezzo di trasporto abituale dall'attuale 5% al 15% entro il 2020;
- assumere direttamente iniziative locali finalizzate a far aumentare al 15% il "modal share" (ripartizione modale) della bicicletta e a ridurre del 50%, entro lo stesso termine, gli incidenti mortali che colpiscono i ciclisti migliorando la sicurezza delle strade.

Tra le poche città firmatarie italiane spicca Reggio Emilia, che recentemente si è fatta promotrice di un interessante lavoro sugli indicatori della mobilità urbana e sul loro monitoraggio con il coinvolgimento anche dei cittadini.

Le politiche in atto non evidenziano un'inversione di tendenza a favore di un piano organico di potenziamento del trasporto pubblico, dell'interscambio tra i mezzi e del potenziamento della ciclabilità. Infatti i dati sui flussi di traffico indicano un continuo aumento del traffico veicolare, anche di mezzi pesanti, con conseguenze negative sull'inquinamento atmosferico/acustico, sul congestionamento e sulla qualità di vita.

FIGURA 2.2/1

Flussi di traffico medio orario degli archi stradali extraurbani del Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale (PTCP) nei comuni oggetto del Piano di Azione e Risanamento della Qualità dell'Aria (PQA).



SISTEMA PARCHEGGI

La progettazione di parcheggi di ampie dimensioni previsti all'interno del centro storico di Verona confligge con gli obiettivi generali di miglioramento della qualità dell'aria e di riduzione della mobilità privata a vantaggio dei trasporti collettivi e di quelli ciclopedonali. La realizzazione dei parcheggi non può essere svincolata da scelte generali di pianificazione urbanistica (es. Piano Urbano del Traffico e Piano della mobilità) e la progettazione dovrebbe tenere conto del contesto e dell'impatto che tali opere possono determinare nella zona soprattutto relativamente alla situazione viabilistica, alla sicurezza stradale e alla qualità dell'aria.

PIANO DEL VERDE

Una proposta che può valere per tutti i comuni del territorio è quella di valorizzare il tema della mobilità legandola con il verde urbano e territoriale attraverso un apposito piano tematico. Il riordino e la riappropriazione completa (in termini di completa fruibilità) degli spazi pubblici aperti attraverso la definizione di una rete verde è una necessità per tutti i centri della provincia ed in particolare per la città di Verona. Il verde è un indicatore della qualità urbana: è un indice di socialità e di qualificazione della città pubblica, combatte l'inquinamento e trattiene le polveri sottili, assorbe CO₂, produce ossigeno e rinfresca l'ambiente per garantire una città più sana e vitale. Il sistema del verde è sicuramente un'opportunità per incentivare una forma di spazio pubblico orientata alla salute e alla partecipazione. Forme di autogestione delle aree verdi, di presa in carico dei cittadini grandi e piccoli, gli orti urbani, ecc. sono forme di governo dello spazio pubblico che contribuiscono ad arricchire il capitale sociale di una comunità e a ridurre le disuguaglianze.

Una rete di percorsi pedonali e ciclabili che innervi di verde l'intero tessuto urbano (o comunque alcune sue direttrici principali) può costituire un formidabile determinante ambientale di salute in ambito urbano. In altre parole, per arrivare alle aree parco ma anche per sfruttare gli spostamenti quotidiani serve una rete di mobilità lenta possibilmente attrezzata nel verde. Individuare le principali direttrici di collegamento fra i parchi più importanti con percorsi ciclopedonali è determinante intercettare le aree parco minori, i parchi gioco e le principali aree di socialità o altri luoghi di interesse. In questo modo è possibile collegare il verde in un sistema a rete che agevoli l'accessibilità ad un servizio di primaria importanza per una "città sana" attraverso spostamenti quotidiani sostenibili.

FIGURA 2.2/2. UN ESEMPIO RECENTE DI PIANO DEL VERDE

L'area del Giarol nel parco Adige sud di Verona. Un'area pubblica con vocazione agricola con forti potenzialità ambientali e di fruizione. Gli ingressi al parco non sono ancora progettati per favorire un accesso privilegiato ciclopedonale.

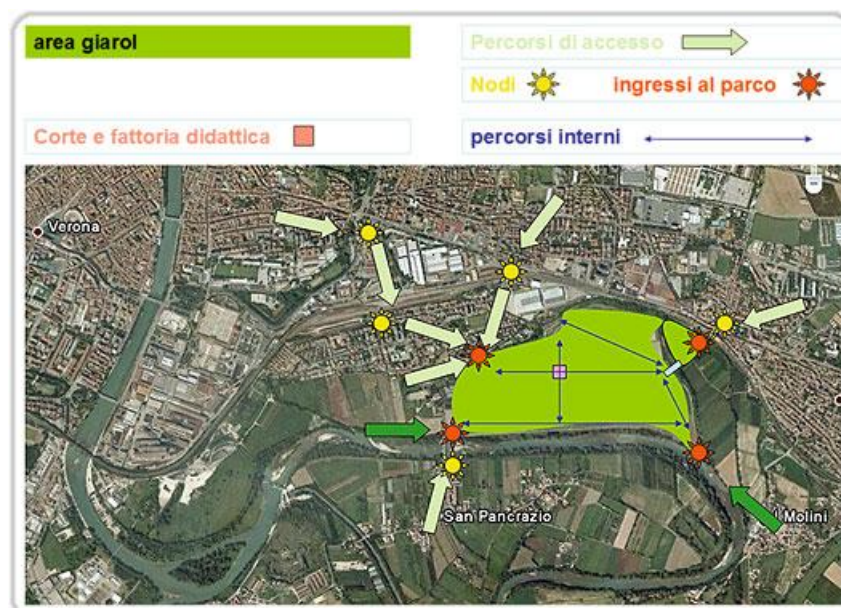
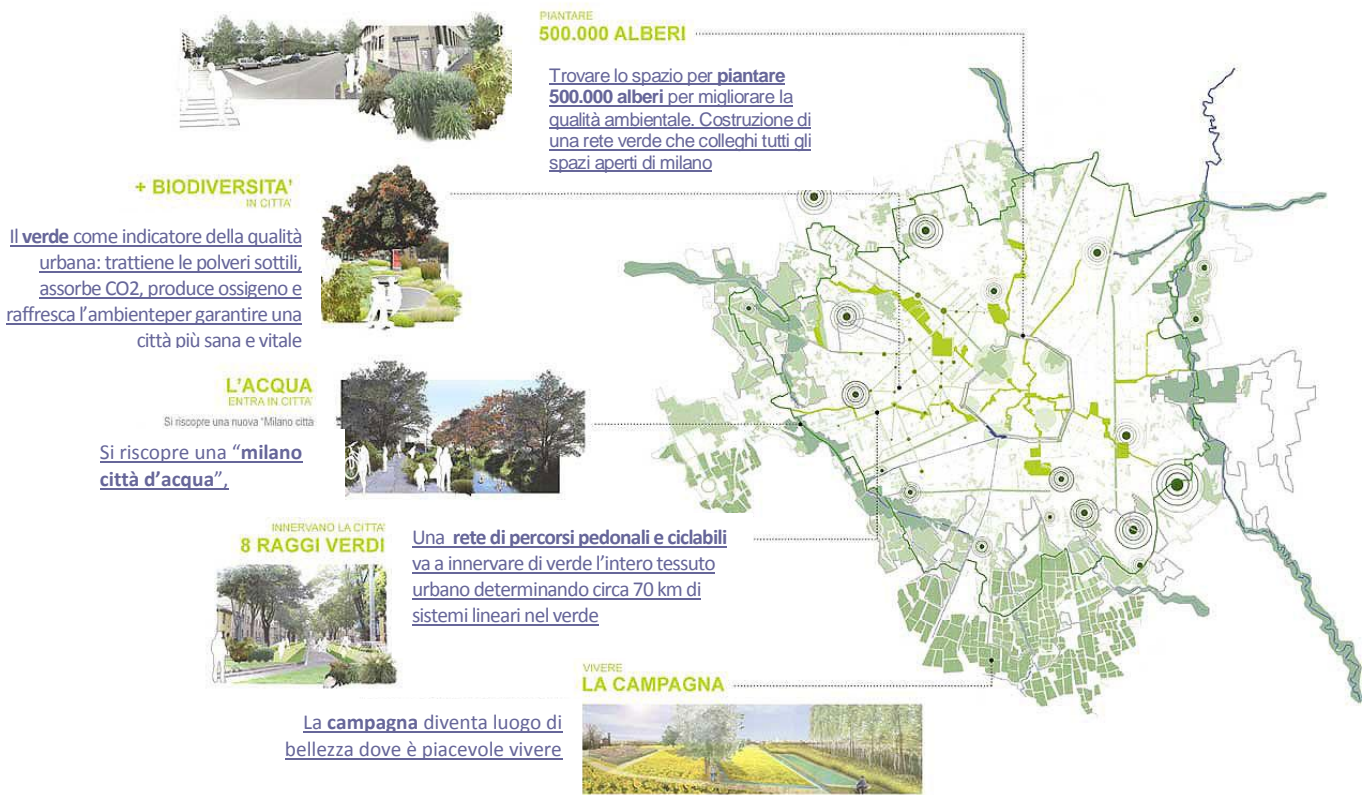


FIGURA 2.2/3

Piano del verde della città di Milano: principali obiettivi



Milano, febbraio 2008

à cura di LANDMilano srl.

SISTEMA INSEDIATIVO

PRODUTTIVO

La rilevante presenza sul territorio di ampie zone destinate agli insediamenti produttivi, commerciali e alla logistica, agglomerate in grandi poli ma anche parcellizzate nel territorio rende necessaria una politica integrata tra i vari comuni e i soggetti territorialmente competenti. I grandi poli quali la ZAI, il Quadrante Europa, il polo di San Giovanni Lupatoto o di S. Martino Buon Albergo e l'asta produttiva lungo la SS11, solo per citare i più significativi, devono essere programmati in modo uniforme per governare e monitorare al meglio e con efficacia i vari impatti in termini di immissioni in atmosfera e sistema della viabilità. Il monitoraggio delle emissioni sul singolo camino, come prevedono la normativa e i controlli, è poco significativo in termini di ricadute sulla salute della popolazione che andrebbero invece valutate considerando l'insieme delle immissioni dell'insediamento o di più insediamenti presenti nella zona.

La cospicua presenza di insediamenti zootecnici nel territorio provinciale, la più alta nel Veneto e tra le più rilevanti nell'intera Europa, potrebbe costituire l'occasione per prevedere un piano tematico o un programma specifico per questa criticità territoriale. Potrebbe essere utile una proposta partecipata con tutti gli attori e stakeholders interessati per organizzare una possibile dismissione concordata degli insediamenti più impattanti o incongrui e una gestione ottimale delle aziende con possibili ottimizzazioni in termini di contenimento e gestione dei reflui, risparmio energetico e diminuzione degli impatti. Sicuramente interessante l'esempio di collaborazione tra istituzioni e allevatori del comune di Bosco Chiesanuova nella gestione dei reflui zootecnici degli insediamenti bovini tramite un impianto a biogas.

FIGURA 2.2/4

Distribuzione regionale di diverse tipologie di allevamenti - Fonte regione Veneto

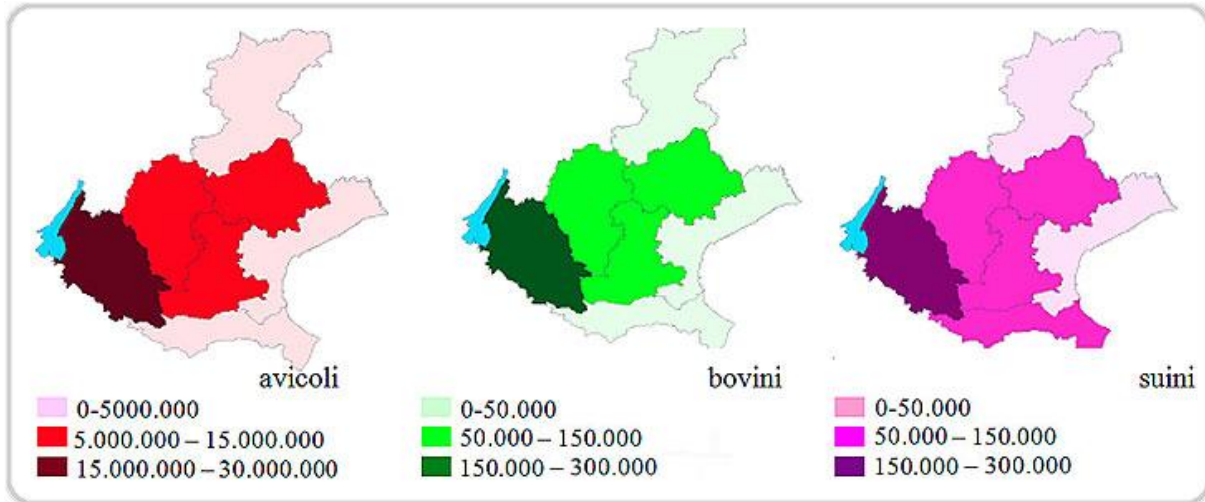
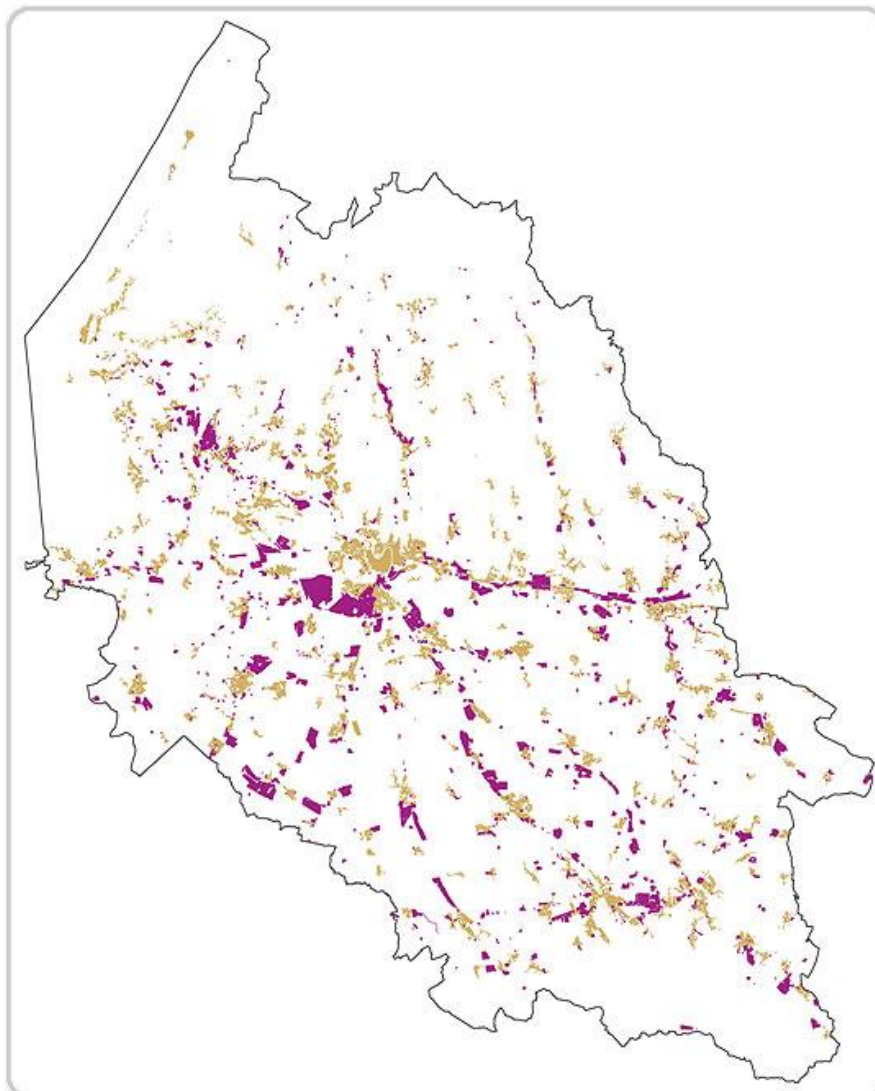


FIGURA 2.2/5

Distribuzione degli insediamenti produttivi (in colore viola) nel territorio della provincia di Verona (fonte PTCP – Piano Territoriale Provinciale di Coordinamento)



Per quanto riguarda l'osservatorio di competenza del Dipartimento non sono ancora riscontrabili nel territorio dell'ULSS 20 politiche e interventi di trasformazione urbana che modifichino in modo significativo il patrimonio esistente con interventi di qualificazione del patrimonio edilizio. Sono ancora sporadici gli interventi edilizi con abbattimento dei consumi energetici ad impatto zero. Ad esempio non sono stati progettati edifici con impianto integrato geotermico/fotovoltaico e non sono ancora presenti quei sistemi che riducono il surriscaldamento come i "tetti verdi" o l'ombreggiamento delle superfici scoperte dei parcheggi.

ASPETTI EDILIZI/URBANISTICI

Nel corso del 2010 sono state circa 1.200 le richieste di parere preventivo finalizzato alla realizzazione di opere edilizie o di piani urbanistici attuativi. Nelle varie tipologie di intervento sono ormai prevalenti le trasformazioni urbane, le ristrutturazioni e i cambi di destinazione d'uso.

Le grandi trasformazioni urbane riguardano quasi esclusivamente il territorio del comune di Verona con interventi di riqualificazione e riconversione, quali ad esempio l'ex Foro Boario nella ZAI storica o l'area in centro storico delle ex caserme Passalacqua e Santa Marta. Si tratta di una modalità di intervento abbastanza recente, rappresentativa delle trasformazioni urbane di questi ultimi anni, che si consolideranno nel corso dei prossimi, modificando e trasformando ampi brani del tessuto urbano consolidato del comune di Verona.

Con l'introduzione della possibilità di autocertificazione prevista dal DPR 380/01 e con le successive disposizioni del recente decreto sviluppo, DL 13 maggio 2011 n. 70, è stata prevista l'estensione della segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) agli interventi edilizi precedentemente eseguiti con denuncia di inizio attività (DIA). Una delle criticità subito emersa dalla disciplina della SCIA prevista dall'art. 19 L. 241/1990 è l'applicazione della stessa in ambito edilizio. Entro la fine dell'anno 2011 dovrebbero essere chiariti meglio sia gli ambiti di intervento sia l'applicabilità della nuova procedura. La SCIA per essere pienamente efficace deve essere accompagnata da un chiarimento nelle procedure con i Comuni e da un aggiornamento e semplificazione della normativa.

In definitiva si prospetta per i prossimi anni un ridimensionamento della valutazione igienico/sanitaria dei progetti edilizi. A fronte di tali aspetti, ma anche di un riutilizzo degli spazi del territorio urbanizzato, rimangono aperti alcuni nodi interpretativi tradizionalmente di competenza dei servizi igiene-edilizia delle Aziende Sanitarie Locali. In particolare è necessario approfondire le tematiche riguardanti i nuovi ambienti di lavoro e le nuove tecnologie edilizie (pareti tecnologiche ventilate, vani interrati, coibentazioni e salubrità degli ambienti, ecc) in modo da aggiornare le norme di riferimento alle nuove emergenti tendenze architettoniche e funzionali.

Il nuovo ruolo affidato al Dipartimento di Prevenzione nella valutazione degli interventi edilizi riguarderà sempre di più le valutazioni tecnico-discrezionali e gli ambienti in strutture complesse: tale condizione necessita di una formazione continua che aggiorni sulle nuove tendenze architettoniche e sulle tecniche costruttive che determinano un contenimento energetico e migliori condizioni di benessere dell'ambiente indoor. Nel territorio dell'ULSS 20 sono stati presentati alcuni insediamenti complessi soprattutto di tipologia direzionale/commerciale/logistica con soluzioni tecnologiche innovative; è quantomai opportuna una revisione della normativa regionale per gli insediamenti produttivi; sembra necessario garantire un gruppo di studio permanente regionale che affronti le questioni più rilevanti sugli ambienti confinati e sulle strutture ad uso collettivo.

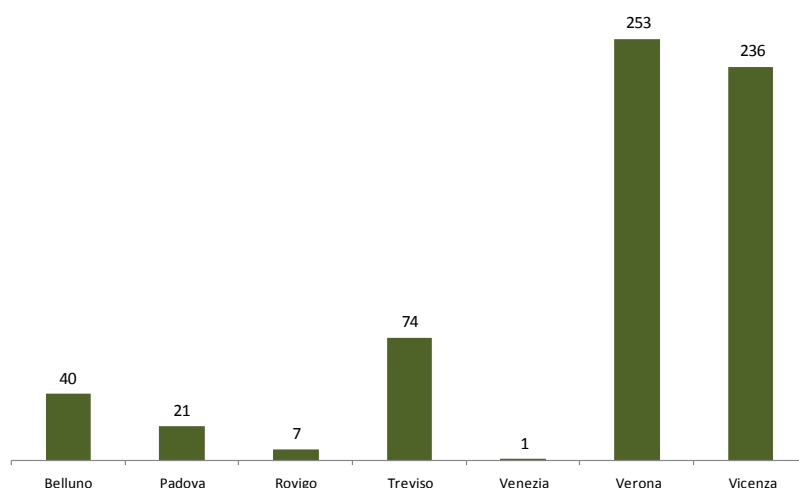
Risulta sempre più significativo, ai fini di una prevenzione sanitaria, un parere sulla pianificazione urbanistica (interventi di riqualificazione/trasformazione urbanistica, piani di recupero, ecc.) Sono infatti soprattutto gli indicatori di qualità urbana a contribuire a diminuire i vari livelli di inquinamento atmosferico e acustico. Il sistema della mobilità, degli spazi verdi e aperti, il sistema insediativo e dei servizi determinano condizioni oggettive di benessere e favorire i determinanti di salute in ambito urbano.

ATTIVITÀ COMMISSIONE TECNICA PROVINCIALE PER L'ATTIVITÀ DI CAVA (CTPAC)

Nel corso del 2010 il lavoro della Commissione, rispetto alle sedute degli anni precedenti, è stato praticamente congelato dalla crisi del settore della lavorazione del materiale lapideo. Inoltre, la Giunta Regionale ha avviato la riscrittura del Piano Regionale dell'Attività di Cava (PRAC) e contestualmente si dovrebbe, finalmente, predisporre l'aggiornamento della legge fondamentale per il settore estrattivo risalente ormai al 1982.

GRAFICO 2.2/1

Cave attive nella regione Veneto. Fonte Regione Veneto PTRC - aggiornamento maggio 2011



La Provincia di Verona è il territorio con il maggior numero di cave attive ed anche con il comune con la più alta concentrazione di cave attive (Sant'Anna D'Alfaedo – 82 cave). Nel Comune di Verona sono ancora presenti rilevanti porzioni di territorio adibite a cave attive (11); sono invece 5 quelle dismesse e/o abbandonate. L'attività estrattiva prolungata nel tempo e la difficoltà nella ricomposizione ambientale determinano una "ferita" con riflessi negativi sulla fruizione del territorio per finalità sociali/ricreative e/o ecologiche. La possibilità di un recupero di queste ampie porzioni di territorio attraverso un processo partecipativo, con il coinvolgimento delle istituzioni e della cittadinanza, può costituire un'ulteriore possibilità di sviluppo sostenibile e di aumento del capitale sociale.

MANUALE

Grazie alla collaborazione tra il nostro Dipartimento e il Dipartimento di Urbanistica dell'Istituto Universitario di Architettura di Venezia è stato realizzato un manuale di buone pratiche e di suggerimenti per l'individuazione di soluzioni urbanistiche che favoriscano stili di vita attivi dal titolo "Spazi per camminare. Camminare fa bene alla salute" (Marsilio Editore); lo studio concentra l'attenzione sulla connessione tra i miglioramenti strutturali in ambito urbano a favore della ciclopedità e il miglioramento delle condizioni di vita in termini di salute della popolazione. L'obiettivo di questo manuale è incentivare gli interessi delle amministrazioni locali sulla necessità di migliorare e trasformare il territorio in modo da favorire un cambiamento dei comportamenti e degli stili di vita in favore di una ciclopedità diffusa sul territorio.



Il manuale è scaricabile al link: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/inu09.html>

È in preparazione un secondo volume su verde urbano e salute.

2.3 COLLETTIVITÀ

2.3.1 DISAGIO ABITATIVO

INTERVENTI DI CONTRASTO ALL'INSALUBRITÀ DELLE ABITAZIONI

Gli interventi di contrasto all'insalubrità delle abitazioni sono stati effettuati seguendo le modalità concordate con il Comune di Verona e riportate dal "Protocollo d'intesa per il miglioramento delle condizioni di disagio abitativo". Questo progetto prevede, quando si individuano nell'ambiente abitato problematiche igienico-sanitarie pregiudizievoli per la salute, una serie di azioni finalizzate alla loro eliminazione.

TABELLA 2.3.1/1

Sopralluoghi nelle abitazioni

ANNO	N° ABITAZIONI VISITATE	N° ABITAZIONI CON FATTORI D'INSALUBRITÀ
2006	295	159
2007	464	77
2008	662	228
2009	642	147
2010	567	184
Totale	2.630	795

La maggior parte dei sopralluoghi è stata effettuata su richiesta degli interessati (richiesta di idoneità dell'alloggio o di antigienicità). Solo in una piccola percentuale di casi la richiesta di intervento è stata effettuata da associazioni, operatori sanitari, forze dell'ordine o privati che segnalavano gravi situazioni di degrado abitativo o igienico. La gran parte delle abitazioni con fattori d'insalubrità era abitata da immigrati (86%).

IRREGOLARITÀ RICONTRATE

Le abitazioni malsane presentavano problematiche di vario tipo spesso coesistenti (strutturali, impiantistiche, carenze igieniche, sovraffollamento). Nell'ultimo anno sono state rilevate 4 abitazioni che, per lo stato di degrado complessivo, sono state giudicate non più abitabili, in due casi si trattava di alloggi di fortuna (impropri). Tutte erano abitate da cittadini italiani diversamente dalla tendenza registrata negli anni precedenti, quando la metà delle abitazioni giudicate non abitabili era occupata da immigrati. Nelle rimanenti abitazioni erano presenti contemporaneamente uno o più inconvenienti igienico-sanitari come evidenziato nella tab. n. 2.3.1/2.

TABELLA 2.3.1/2

Inconvenienti riscontrati

TIPO DI INCONVENIENTE		2010
Strutturale	Alloggio improprio	6
	Case inabitabili	4
	Carenze manutentive	49
	Umidità muffe	20
Impianti	Impianto di riscaldamento assente o pericoloso	35
	Impianto elettrico pericoloso	10
	Espulsione fumi e vapori dei fornelli	103
Da adeguare per riaffittare		18
Sovraffollamento/ Coabitazione		45

Per quanto riguarda i problemi strutturali gli inconvenienti riscontrati più frequentemente sono stati: umidità, muffa, infiltrazioni meteoriche, servizi igienici inadeguati; la presenza di umidità da risalita in genere è stata riscontrata in abitazioni costruite molto tempo fa, viceversa problemi di umidità da condensa, dovuta probabilmente ad un isolamento inadeguato, sono stati rilevati anche in immobili di più recente costruzione o ristrutturazione.

Per quanto riguarda gli inconvenienti igienici vanno segnalate estese infestazioni domestiche dovute a scarafaggi della specie blattella germanica. In genere queste infestazioni hanno coinvolto interi condomini data l'attitudine di questo insetto a spostarsi velocemente anche sulle pareti verticali e a nidificare con facilità negli ambienti domestici.

PROVVEDIMENTI

I provvedimenti assunti sono stati graduati in relazione all'entità dei problemi riscontrati:

- nei casi più gravi si è richiesta la dichiarazione di inabitabilità, con richiesta di sgombero immediato per pericolo per la salute e/o la sicurezza delle persone;
- nei casi meno gravi si è avanzata proposta di inabitabilità;
- nei casi di non conformità dal punto di vista igienico, edilizio o impiantistico si è dato corso agli interventi previsti dal protocollo d'intesa sul disagio abitativo. Si è cioè provveduto a contattare il proprietario dell'abitazione (o l'inquilino) e agli stessi sono state fornite indicazioni preventive e richiesto un impegno per eliminare gli inconvenienti riscontrati. Le irregolarità degli impianti termici ed elettrici in qualche caso erano tali da prefigurare un pericolo immediato per la salute e l'incolumità dei presenti, in altri casi si trattava di non conformità a scarsa rilevanza sanitaria. Nei casi di più grave pericolo dovuto ad irregolarità impiantistiche l'inquilino è stato diffidato dall'utilizzo degli impianti stessi.

L'invito ai proprietari di sanare le situazioni irregolari riscontrate ha avuto un esito positivo nella maggioranza dei casi ed ha consentito di migliorare le condizioni abitative prevenendo probabilmente anche una quota significativa di incidenti.

TABELLA 2.3.1/3

Iter di rimozione dei fattori di insalubrità

	2010
diffide	25
convocazioni	11
colloqui	5
atti notori pervenuti	14
note al Sindaco	11
verifica lavori	4
note al proprietario	69
verifica anagrafica	97

PROBLEMI RILEVATI NEL CORSO DELL'ATTIVITÀ

Gli alloggi fatiscenti che sono stati dichiarati inabitabili erano in alcuni casi collegati a fenomeni speculativi nei confronti di immigrati, talvolta agli stessi erano stati ceduti come garage e cantine.

Questi casi rappresentano solo la punta dell'iceberg di un problema più generale che è la scarsa qualità del bene "casa" immesso nel mercato degli affitti (fatte naturalmente le debite eccezioni).

Le abitazioni carenti sotto il profilo strutturale, come previsto dal Regolamento Comunale di Igiene, devono essere adeguate fino a raggiungere i requisiti minimi indicati nel suddetto regolamento. Qualora tali adeguamenti non possano essere effettuati nell'immediato, ne va disposta l'attuazione alla scadenza del contratto d'affitto come previsto dall'art. 27 del Regolamento Comunale d'Igiene.

Per quanto riguarda la localizzazione delle abitazioni insalubri si evidenzia la concentrazione in alcuni quartieri della cintura periferica (Borgo Roma, Borgo Milano e Borgo Venezia) e non più solo nel quartiere di Veronetta caratterizzato da un'alta concentrazione di immigrati.

In tema di disagio sono anche da ricordare quei casi che non sono strettamente legati a fattori economici o culturali ma che si verificano in condizioni di malattie psichiatriche o di grave disadattamento. Queste situazioni comportano spesso problematiche igieniche che si ripercuotono anche sulla collettività in quanto si accompagnano a gravissime condizioni di degrado igienico-sanitario e sociale.

Si tratta quindi di casi delicati dal punto di vista etico e con problematiche generalmente non gestibili con le procedure standard dell'ufficio. Oltre ad effettuare un sopralluogo per la verifica degli inconvenienti igienici nell'abitazione e ad indicare i provvedimenti igienici del caso si è anche provveduto ad attivare il distretto sanitario e attraverso quest'ultimo gli altri soggetti interessati di volta in volta.

2.3.2 SCUOLE

Le scuole e le collettività costituiscono ambiti particolarmente delicati sotto molti aspetti e per questo sono oggetto di particolari tutele anche dal punto di vista igienico-sanitario. Le attività di prevenzione svolte all'interno della Scuola sono ancora disciplinate dal DPR 1518 del 1967 per quel che riguarda i servizi di Medicina Scolastica. Da allora si sono verificati molti cambiamenti dal punto di vista normativo e organizzativo (basti citare la Legge 833 di Riforma Sanitaria) ma anche da quello sociale ed epidemiologico.

Scuole e collettività: ambiti delicati che richiedono particolari tutele dal punto di vista igienico-sanitario

Nonostante il clima di buona collaborazione con gli enti locali garantisca nella maggior parte dei casi una sufficiente attenzione agli edifici scolastici, si sente oggi l'esigenza di riaffrontare in modo strutturale il problema della prevenzione di comunità nell'ambito dell'età evolutiva e di fare il punto sulla sorveglianza delle collettività infantili.

È in crescita l'impegno richiesto dalla sorveglianza sugli asili nido nel momento in cui, accanto a strutture pubbliche di buon livello, hanno cominciato ad espandersi le strutture private, non sempre di buona qualità.

Per quanto riguarda la prima infanzia le strutture con maggiori problemi sono quelle che non hanno l'obbligo di richiedere l'autorizzazione all'esercizio o che volontariamente si sottraggono a questo adempimento. In qualche caso in passato è stato necessario intervenire addirittura con provvedimenti drastici, che andavano dalla denuncia alla richiesta di chiusura.

In questo periodo non sono mancati i segnali di allarme per la situazione di alcune scuole, per il verificarsi di problemi strutturali, e a volte anche gestionali, di una certa gravità.

I problemi strutturali che sono stati più frequentemente riscontrati riguardano l'area di collocazione (che in alcuni casi presenta fattori di insalubrità o di pericolo) e talvolta l'inadeguatezza degli edifici per l'inadeguata manutenzione, l'assenza di spazi verdi o palestre. Il problema della disponibilità di spazi verdi e adeguate palestre è purtroppo comune a molte scuole anche perché i cortili e gli spazi dedicati vengono spesso adibiti a parcheggio.

Per questi motivi si ritiene necessario intensificare l'attività di sorveglianza sulle scuole esistenti mediante il potenziamento della collaborazione tra Ufficio Igiene Edilizia del Dipartimento, Distretti Sanitari, pediatri convenzionati, Ufficio Qualità e Comuni per effettuare una ricognizione delle strutture presenti sul territorio, mettere a punto un database comune di informazioni (anche per quanto riguarda le visite di verifica per la Legge 22/2002) e definire un protocollo operativo per ottimizzare le attività e definire la periodicità della vigilanza.

L'IGIENE DELLE SCUOLE

Uno studio promosso dal Ministero dell'Ambiente, del Territorio e del Mare fotografa la qualità dell'aria nelle scuole elementari e medie italiane; lo stesso evidenzia, tra l'altro, che gli edifici scolastici sono piuttosto anziani (circa il 50% è stato costruito prima del 1960) e che la pulizia non è sempre adeguata ("Qualità dell'aria nelle scuole, un dovere di tutti, un diritto dei bambini" www.arpat.toscana.it/.../2010/075-10-qualità-aria-scuole/)

La situazione appare ancora peggiore con riferimento alle concentrazioni di alcuni inquinanti. I valori di PM10 sono risultati sempre superiori all'interno delle scuole; qui infatti le polveri sottili esterne, derivanti per lo più dal traffico, si aggiungono a quelle generate all'interno, come il gesso delle lavagne. In molti casi gli inquinanti trovati non possono essere eliminati con facilità o, meglio, eliminare queste fonti di inquinamento significa fare scelte radicali quali il trasferimento di una scuola in un'area verde o la completa ristrutturazione dell'edificio secondo i migliori standard.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/sorveglianza_scuole.html

ASILI NIDO

Negli ultimi anni sono pervenute a questo Dipartimento numerose richieste di parere igienico-sanitario preliminare alla realizzazione di strutture per la prima infanzia sul territorio dei 36 comuni dell'ULSS 20 (ubicate in edifici preesistenti oppure di nuova costruzione). Il fabbisogno di tali strutture è andato infatti aumentando nel tempo di pari passo con le modifiche demografiche e sociali, ad esempio l'aumento del numero di donne che lavorano ed il passaggio dalla famiglia allargata ad una di tipo nucleare.

Per questo motivo molti soggetti pubblici e privati hanno ampliato l'offerta di strutture apposite, mentre la Legge Regionale 22/2002 e la DGRV 84 del 16.01.2007 hanno fissato i requisiti e le modalità di realizzazione, autorizzazione e accreditamento di tali strutture. Il numero di questi servizi è andato via via crescendo.

I progetti presentati nella maggior parte rappresentano una evoluzione favorevole rispetto al passato, grazie anche alla presenza di chiari parametri di riferimento in seguito alla promulgazione della citata normativa. Per rendere possibile l'applicazione dei criteri stabiliti dalla LR 22/2002 e dalla DGRV 84/2007 sono state inoltre attivate due commissioni per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture per la prima infanzia ai sensi della legge 22/2002 (una per il Comune di Verona e una per i rimanenti Comuni dell'ULSS). Purtroppo però negli ultimi anni si è verificato un fenomeno di segno opposto per quanto riguarda le strutture del territorio: a differenza del passato, che ha visto l'attivazione di asili di grande qualità (ben nota è l'esperienza del Comune di Verona), oggi purtroppo si constata che vengono con una certa frequenza attivate strutture per l'infanzia, in genere private, scadenti da molti punti di vista. In particolare negli ultimi anni, come Dipartimento di Prevenzione, è stato in alcuni casi necessario negare il parere favorevole richiesto mentre in altri sono state ispezionate strutture che fungevano da nido senza averne le caratteristiche dal punto di vista urbanistico, edilizio ed igienico.

Nella maggior parte dei casi il problema principale era rappresentato dall'assenza di un'area scoperta e soprattutto della collocazione in aree inadatte perché ubicate in zone di scarsa qualità dell'aria, con presenza di sorgenti inquinanti sotto il profilo acustico e atmosferico. Altri problemi frequentemente riscontrati riguardavano la gestione approssimativa e i requisiti professionali dubbi.

Non c'è dubbio quindi che le mutate condizioni pongano un problema generale di pianificazione al momento della realizzazione di queste strutture, che devono essere in grado di garantire l'assenza di fattori di rischio per la salute nell'età in cui la vulnerabilità è maggiore - e quindi assicurare il posizionamento in edifici con i necessari requisiti, posti in un'area lontana da fattori di pericolo come serbatoi di sostanze infiammabili, gas tossici o industrie pericolose, a basso inquinamento e con disponibilità di una zona scoperta (meglio ancora se un giardino o altra area verde) in quanto il movimento, necessario in tutte le età, nei bambini rappresenta un fattore fondamentale per la salute, per una crescita armonica e per l'acquisizione di corretti stili di vita. A questo proposito i Comuni sono stati invitati ad intensificare la vigilanza sulle strutture esistenti e soprattutto ad intervenire preventivamente, prima dell'edificazione delle strutture, individuando in accordo con il nostro Ufficio Igiene Edilizia le aree idonee a queste attività pubbliche e private, il numero di strutture da realizzare nei singoli comuni e nei diversi quartieri in base ai bisogni reali della popolazione ed i requisiti edilizi e urbanistici (oltre che gestionali e pedagogici).

Pianificazione della realizzazione di queste strutture per garantire l'assenza di fattori di rischio per la salute

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/asili_nido.html

2.3.3 POPOLAZIONE CARCERARIA

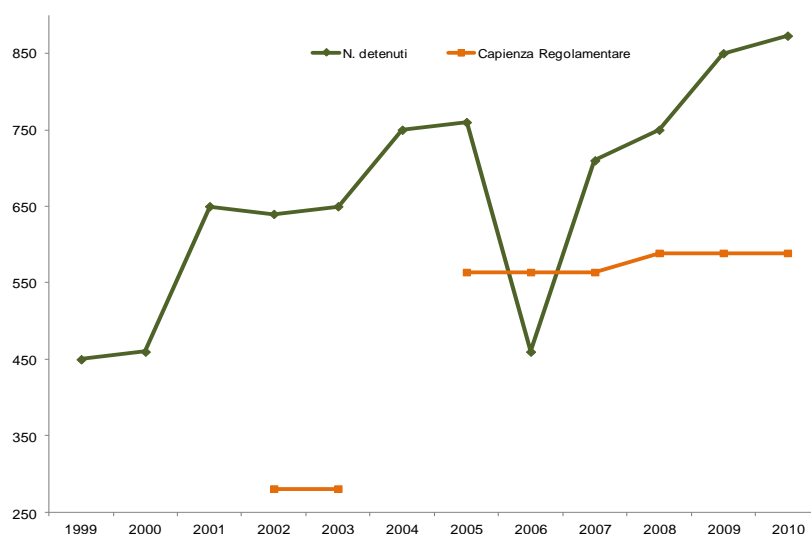
CASA CIRCONDARIALE DI MONTORIO

Il sovraffollamento del penitenziario di Montorio si è ulteriormente aggravato. Il fenomeno, comune a numerose strutture di reclusione italiane ed europee, costituisce un problema estremamente serio.

Il sovraffollamento di un carcere implica la convivenza in spazi ristretti, poco igienici, la costante mancanza di privacy, la riduzione delle attività ricreative extra-cella, di risocializzazione e rieducazione (a causa della carenza di personale), il sovraccarico dei servizi sanitari, l'aumento della tensione e del disagio dei detenuti ed anche del personale. Tutto ciò rende difficilmente applicabili i principi costituzionali sulla finalità della pena, ivi compreso quello di assicurare il rispetto della dignità della persona, ed influisce negativamente sulle motivazioni e professionalità degli operatori; favorisce inoltre il contagio e la diffusione di malattie infettive, rischio questo aggravato dalla presenza frequente di gravi inconvenienti igienico sanitari. Nel sopralluogo dell'1 settembre 2010 erano presenti 883 detenuti (821 maschi e 62 femmine) a fronte di una capienza regolamentare dichiarata di 589.

GRAFICO 2.3.2/1

Presenze negli anni e capienza regolamentare



Va sottolineato come il sovraffollamento, associato a presenza di condizioni igieniche precarie in alcuni corpi/sezioni della struttura ed inadeguate condizioni microclimatiche, configuri in particolare un rischio di insorgenza di malattie dell'apparato respiratorio e osteoarticolare, trasmissione di malattie infettive oltre che aggravamento di patologie preesistenti.

Di grande utilità, in questa situazione, l'impegno costante della Garante per alleviare gli aspetti più pesanti di questa convivenza.

Al fine di contenere il disagio derivante dalla gravissima situazione di sovraffollamento, il Direttore del Carcere, con la collaborazione del personale di sorveglianza (peraltro carente di circa oltre 100 unità), degli educatori e per alcune tipologie d'intervento di Enti/Organizzazioni esterni, ha attivato una serie di interventi atti a consentire ai detenuti attività "extracelle" (compatibilmente con la carenza di organico) quali ad esempio: possibilità di usufruire degli spazi all'aria aperta per più di 4 ore al giorno, attività scolastiche di vario grado, corsi di lingua per immigrati, attività per l'orientamento professionale, corsi formativi per alimentaristi (tenuti da personale del SIAN del nostro Dipartimento).

Il sovraffollamento dei penitenziari costituisce un problema estremamente serio.

Suicidi

Con l'entrata in vigore del DPCM 01.04.08 sono state trasferite all'ULSS le funzioni di sanità penitenziaria.

Come nel 2009 e nel 2008 anche nel 2010 si è registrato un caso di suicidio. I precedenti casi accertati di suicidio risalgono al 2004 (1) e al 2003 (1).

2.3.4 CONTROLLI PISCINE

Anche quest'anno sono proseguiti con i relativi prelievi i controlli sulle piscine da parte di questo Dipartimento, secondo i criteri indicati dalla Direzione Regionale.

Le piscine aperte al pubblico rappresentano 7 complessi con piscine solo scoperte, 5 complessi misti, cioè con piscine coperte e scoperte, 3 con sole piscine coperte e uno con piscine "convertibili".

In assenza di normativa specifica la frequenza dei controlli è stata in linea con quella dell'anno precedente; le verifiche hanno riguardato in particolare l'esistenza del piano di autocontrollo e, soprattutto, la corretta gestione degli impianti. In effetti la vigilanza sulle piscine richiede soprattutto collaborazione e senso di responsabilità da parte dei gestori, senza le quali la sorveglianza sarebbe di limitata efficacia, anche a causa della mancanza di sanzioni concrete e di facile applicazione.

In totale sono stati effettuati circa 50 controlli chimici e altrettanti microbiologici su acque di piscina, oltre agli abituali controlli sull'acqua di alimentazione.

Nell'insieme anche quest'anno i controlli hanno evidenziato una frequenza inferiore rispetto agli anni precedenti di parametri chimici alterati e le anomalie sono sempre risultate di entità modesta. Solo alcune piscine scoperte con parchi acquatici presentano parametri microbiologici alterati, probabilmente per l'eccessivo afflusso non sufficientemente controllato.

CAPITOLO 3

Alimentazione

Parole chiave: *Acqua potabile, contaminazioni acqua, tossinfezioni alimentari, vigilanza alimenti, ristorazione collettiva, celiachia, diete speciali, mercato globale, sistema allerta comunitario, fitosanitari, funghi, latte, uova, carne, last minute market, corsi alimentaristi.*

3.1 APPROVVIGIONAMENTO DELL'ACQUA POTABILE

L'acqua non è un prodotto commerciale, bensì un patrimonio che va protetto e difeso.

L'acqua destinata al consumo umano deve considerarsi alimento di cui vanno preservati e garantiti qualità e valore nutrizionale.

A Verona abbiamo la fortuna di disporre di riserve d'acqua, principalmente di falda e in minor percentuale di sorgente, in quantità adeguate alla popolazione e dotate di caratteristiche di qualità riguardo gli aspetti chimico fisici biologici e organolettici e di una rete acquedottistica efficiente e controllata.

Il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) svolge l'attività di controllo sulle acque attraverso la collaborazione con i Comuni, i gestori degli acquedotti, l'Autorità d'Ambito Territoriale Ottimale (AATO), i privati non serviti dalla rete acquedottistica.

L'AATO e l'Ente Gestore nella propria programmazione si adoperano affinché tutta la popolazione sia servita da acquedotto.

La Società Acque Veronesi con deliberazione dell'AATO n. 1 del 4 febbraio 2006 è stata individuata quale gestore del servizio idrico integrato nel territorio dei Comuni dell'Area Veronese, con avvio della gestione del nuovo servizio idrico integrato della città di Verona e dei Comuni veronesi a partire dal 1 marzo del 2007: al 2010 la rete acquedottistica di 71 dei 77 Comuni veronesi è gestita da Acque Veronesi.

Acqua di qualità, senza cloro

Per quanto concerne invece il restante territorio, la fornitura di acqua per il consumo umano, oltre che dalla Società Acque Veronesi, è stata garantita anche da altri gestori oppure è attinta da pozzi privati.

Come indicato nella Tabella 3.1/1 il Comune di Belfiore presenta la mancanza assoluta di un sistema di acquedotto pubblico.

L'attività di vigilanza e controllo del SIAN, sommata ai controlli interni degli enti gestori degli acquedotti, consente di esprimere un giudizio largamente favorevole.

Generalmente l'acqua, per la città di Verona, è fornita attraverso la rete acquedottistica senza necessità di clorazione.

Tale pratica è riservata solamente ai tratti in manutenzione straordinaria e solo per il tempo necessario a garantirne la sicurezza batteriologica.

TABELLA 3.1/1

Fornitura dell'acqua per il consumo umano nei Comuni dell'ULSS20*

COMUNE	GESTORE ACQUEDOTTO PRINCIPALE	**GESTORE ACQUEDOTTO SECONDARIO	POPOLAZIONE 2009 (DEMO.ISTAT.IT)	STIMA % POPOLAZIONE SERVITA DA ACQUEDOTTO
Albaredo d'Adige	Acque Veronesi		5.349	67,4%
Arcole	Acque Veronesi		6.197	56,4%
Badia Calavena	Acque Veronesi	COVISE	2.636	75,4%
Belfiore			2.982	0%
B. Chiesanuova	Acque Veronesi		3.648	100%
Buttapietra	Acque Veronesi		6.829	93,7%
Caldiero	Comune		7.149	100%
Castel d'Azzano	Molteni SpA		11.679	36,4%
C. di Tramigna	Acque Veronesi		1.497	86,6%
Cerro Veronese	Acque Veronesi		2.430	95,8%
Cologna Veneta	Acque Veronesi		8.577	67,8%
Colognola ai Colli	Comune	COVISE	8.183	100%
Erbezzo	Acque Veronesi		789	99,7%
Grezzana	Acque Veronesi		10.864	100%
Illasi	Comune	COVISE	5.256	100%
Lavagno	Acque Veronesi		7.630	100%
Mezzane di Sotto	Comune		2.299	100%
Mont. di Crosara	Acque Veronesi		4.498	94,1%
Monteforte d'Alpone	Acque Veronesi		8.365	90%
Pressana	Acque Veronesi		2.516	69,4%
Roncà	Acque Veronesi		3.690	91,6%
Roveredo di Guà	Acque Veronesi		1.566	64,3%
Roverè Veronese	Acque Veronesi		2.170	100%
San Bonifacio	Acque Veronesi		19.943	77,9%
San Giov. Ilarione	Acque Veronesi		5.185	84,7%
San Giov. Lupatoto	Acque Veronesi		23.485	97,1%
S. Martino B.A.	Acque Veronesi		13.853	95%
San Mauro di Saline	Acque Veronesi Acquedotto del "Buso"		560	100%
Selva di Progno	Comune	COVISE	969	96,9%
Soave	Acque Veronesi		6.908	91,4%
Tregnago	Acque Veronesi	COVISE	4.954	97,7%
Velo Veronese	Acque Veronesi		785	91,1%
Verona	Acque Veronesi		265.368	98,2%
Veronella	Acque Veronesi		4.475	64,8%
Vestenanova	Acque Veronesi		2.685	99,7%
Zimella	Acque Veronesi		4.870	66,6%

* I dati percentuali relativi alla popolazione servita da acquedotto sono da considerarsi parziali e comunque stimati.

**Gestore secondario = l'acqua viene fornita al Comune e questi gestisce la rete fino alle utenze.

L'attività del SIAN è rivolta a controllare gli Enti Gestori affinché la fornitura di acqua avvenga nel rispetto dei parametri di sicurezza. La programmazione annuale dei controlli secondo criteri di legge, si somma a quella degli Enti Gestori. Oltre 6.000 analisi all'anno vengono effettuate a seguito dei controlli dell'AULSS (> 3.000) e dell'Ente Gestore.

TABELLA 3.1/2

Parametri analitici monitorati ULSS 20. Numero di comuni interessati e numero di analisi effettuate per ogni parametro. Rif. Dati sul monitoraggio delle acque destinate al consumo umano nell'anno 2010 (ARPAV)

PARAMETRI	N. COMUNI CONTROLLATI	N. ANALISI EFFETTUATE
Enterococchi	36	447
Escherichia coli	36	438
Batteri coliformi a 36°C	36	427
Altri parametri microbiologici	26	411
Chimici e chimico-fisici	36	2250
Metalli	26	1741
Ammoniaca, nitriti, nitrati	36	1342
Triometani e composti organici alogenati	30	959
Composti organici aromatici e IPA	17	280
Antiparassitari	32	2616

TABELLA 3.1/3

Numero di comuni interessati e campioni non conformi. Rif. Dati sul monitoraggio delle acque destinate al consumo umano nell'anno 2010 (ARPAV)

PARAMETRI	N. COMUNI CON NON CONFORMITÀ	N. CAMPIONI NON CONFORMI
Enterococchi	12	18
Escherichia coli	8	14
Batteri coliformi a 36 C°	10	16
Muffe e lieviti in acqua	19	36
Clostridium perfringens (spore comprese)	1	2
Ferro totale	1	1
Manganese totale (Mn)	1	1
Nitrati (NO ₃)	2	2
Desetiltrazina	1	1

In passato alcuni episodi di inquinamento hanno evidenziato una vulnerabilità della falda acquifera con particolare riferimento ai parametri nitrati e a sostanze chimiche utilizzate come diserbanti.

In particolare dal 2009 si è presentato ciclicamente un innalzamento del parametro nitrati in frazione Costeggiola nel comune di Soave (in relazione verosimilmente a fenomeni meteorici di eccezionale piovosità) con periodica risoluzione spontanea. Il fenomeno in fase di acuzie è stato rapidamente affrontato dall'ente gestore con l'installazione temporanea di un potabilizzatore a osmosi inversa e costantemente controllato al fine di garantire l'idoneità al consumo dell'acqua.

In generale la presenza di nitrati è la principale causa di degrado della risorsa idrica sotterranea soprattutto nell'alta pianura dove l'acquifero è libero e più vulnerabile, in relazione all'utilizzo di notevoli quantità di concimi in agricoltura e alla pratica della dispersione dei liquami di origine zootecnica sui terreni agricoli, con possibilità di infiltrazione diretta in falda attraverso terreni ad alta permeabilità.

Nel 2009 nel comune di S. Martino Buon Albergo è stato riscontrato nei pozzi dell'acquedotto un improvviso inquinamento della falda da terbutilazina, sostanza erbicida utilizzata in agricoltura. Analogo inquinamento è stato rilevato anche in altre zone del territorio provinciale. Non si è verificata alcuna situazione di rischio sanitario correlato al consumo dell'acqua della rete acquedottistica in quanto il Gestore ha garantito i requisiti di potabilità in rete attraverso la miscelazione e il trattamento dell'acqua con installazione di un impianto a carboni attivi.

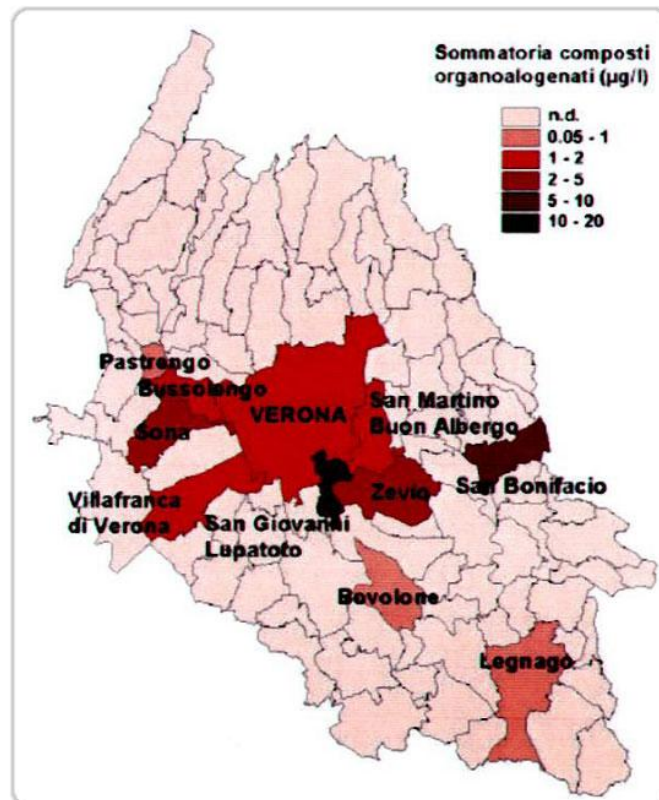
Nel 2008 e nel 2010 si è rilevata presenza di desetilatrazina (0,24 µg/l anno 2008 e 0,15 µg/l anno 2010) oltre i limiti (0,1 µg/l) fissati dalla normativa delle acque destinate al consumo umano, nelle sorgenti Vasari in località Postuman di Mezzane di Sotto, che approvvigionavano la rete acquedottistica della contrada Postuman.

La desetilatrazina è un metabolita di derivazione dall'atrazina, che come è noto era un principio attivo molto usato in passato nelle colture cerealicole ma vietato dal 1992 con Ordinanza del Ministero della Salute. La sua presenza nelle acque è segno di una persistenza nell'ambiente e/o di una commercializzazione e utilizzo illegittimo dell'atrazina.

Nella parte orientale del territorio ULSS 20 in particolare nel sambonifacese da alcuni anni dei pozzi che forniscono l'acquedotto presentano composti organoalogenati (tri- e tetracloroetilene) ai limiti dei valori accettabili riferiti alla normativa. La questione è stata affrontata dal 2005 con progettazione ed installazione di un impianto di trattamento dell'acqua finalizzato a garantire l'idoneità al consumo.

FIGURA 3.1/1

Mappa delle concentrazioni di composti organoalogenati, espressi come valori medi, misurate in acque sotterranee profonde, nel territorio provinciale di Verona, nel corso del 2001. (Fonte: Dipartimento provinciale ARPAV di Verona; <http://www.atoveronese.it/>)



La preoccupazione maggiore in situazioni di inquinamento della falda è relativa alla popolazione non servita da acquedotto, ovvero quella che fruisce di acqua proveniente da pozzi privati, il cui governo è demandato al singolo proprietario con minor controlli rispetto a quella erogata dall'acquedotto.

Alla popolazione di San Martino Buon Albergo non allacciata all'acquedotto (stimata circa il 5%) è stata data l'opportunità di sottoporre l'acqua dei propri pozzi privati a controlli gratuiti per la verifica dei requisiti di potabilità. Il monitoraggio sui pozzi privati è proseguito nel 2010 assieme ad indagini sul territorio finalizzate ad identificare l'origine dell'inquinamento, ascrivibile ad un'origine in tempi recenti, ma purtroppo senza identificazione delle responsabilità.

TABELLA 3.1/4

Prelievi acqua potabile per controllo e vigilanza anno 2010 effettuati dal SIAN

PRELIEVI	NUMERO	IRREGOLARI ALLA ANALISI CHIMICA	IRREGOLARI ALLA ANALISI MICROBIOLOGICA
Da acquedotto	730	14	37
Da pozzi privati e da stabilimenti e/o laboratori che producono alimenti	185	24	15
Totale	913	26	52

Le irregolarità microbiologiche si riferiscono a presenza di indicatori (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococchi*, *Coliformi a 37°C*, funghi, protozoi, o elevata carica batterica) che richiedono indagini e il più delle volte interventi di clorazione o di manutenzione e pulizia straordinaria di tratti di acquedotto o di pozzi privati. Per le irregolarità chimiche, sono state evidenziate non conformità correlate a contaminazioni di nitrati, ferro o a un eccesso di clorazione nell'acqua. In luglio, nel quartiere Chievo si è verificata improvvisamente una contaminazione della rete acquedottistica con acqua refluita da impianto idrico estraneo all'acquedotto che ha realizzato una situazione di non potabilità con conseguente interdizione al consumo, rientrata nella normalità nel giro di pochi giorni.

Non ci sono state conseguenze sulla potabilità dell'acqua dovute all'alluvione verificatasi in novembre nelle zone di Soave e Monteforte d'Alpone. La situazione d'emergenza ha indirizzato a un monitoraggio costante in collaborazione con il gestore e i Comuni. Il progressivo passaggio della gestione di piccole realtà acquedottistiche ad Acque Veronesi ha facilitato la mappatura, il controllo e la manutenzione degli impianti con un miglioramento dei flussi informativi nell'analisi dei pericoli e nell'adozione di misure preventive e, in caso di non conformità, di interventi correttivi.

TRATTAMENTO DOMESTICO DI ACQUE POTABILI PRESSO UTENZE CIVILI E/O ESERCIZI PUBBLICI

L'eventuale utilizzo di impianti di trattamento nel tratto di rete privata non deve peggiorare in alcun modo la qualità dell'acqua rispetto a quella fornita dall'acquedotto e l'uso degli impianti presso gli esercizi pubblici è soggetto alle verifiche periodiche analitiche e di manutenzione previste nel piano di autocontrollo. A fine 2010 si è verificato presso una struttura recettiva un grave episodio di intossicazione da vapori di biossido di cloro correlato al malfunzionamento di apparecchi per il trattamento delle acque potabili per i quali sono previste precise indicazioni sulle condizioni di carattere generale da osservare sia nel rispetto della legge 5 marzo 1990 n.46 "Norme per la sicurezza degli impianti" che per gli aspetti sanitari a tutela della salute degli utenti con limitazione alle apparecchiature che rispettano le condizioni di carattere generale elencate all'art. 3 del Decreto n. 443.

Intossicazione da vapori
di biossido di cloro

3.2 SICUREZZA ALIMENTARE

Per mantenere la qualità e la sicurezza degli alimenti in tutta la catena alimentare sono necessarie procedure operative che garantiscano la salubrità dei cibi e sistemi di monitoraggio per verificare che le operazioni vengano effettuate correttamente.

3.2.1 TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Nella relazione annuale dell'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) sulle zoonosi e sulle epidemie di origine alimentare nell'Unione europea per il 2009 emerge che i casi di *Salmonella* nell'uomo

sono diminuiti del 17% nel 2009, facendo registrare un calo per il quinto anno consecutivo. Tra il 2008 e il 2009 il numero dei gruppi di galline ovaiole infetti da Salmonella è diminuito del 9%.

La campylobatteriosi è stata ancora la malattia zoonotica segnalata con maggior frequenza nell'uomo, in leggero aumento nel 2009 con 198.252 casi rispetto ai 190.566 del 2008 (+4%). Nei prodotti alimentari il *Campylobacter*, che può provocare diarrea e febbre, è stato rinvenuto per lo più nella carne di pollame cruda, mentre negli animali vivi è risultato presente nel pollame, nei suini e nei bovini. Rif. "The European Union Summary Report on Trends and Sources of Zoonoses, Zoonotic Agents and Food-borne Outbreaks in 2009"

"Il declino dei casi di Salmonella nell'uomo è un grande risultato, che dimostra l'efficacia delle misure di controllo messe in atto dagli Stati membri dell'UE e dalla Commissione europea. L'EFSA, in collaborazione con i suoi partner, continuerà a sostenere tutte le azioni volte a ridurre tutte le malattie zoonotiche nell'UE," ha dichiarato Hubert Deluyker, direttore della cooperazione e assistenza scientifica dell'EFSA.

Controlli programmati
Controlli non programmati
Irregolarità
Eventi eccezionali

È nell'ambiente domestico che si produce circa la metà degli eventi epidemici di tossinfezioni alimentari. La maggior parte delle malattie trasmesse da alimenti deriva da disattenzioni e negligenze degli stessi consumatori nella manipolazione e conservazione domestica. Quest'ultima richiede misure igieniche di base quali buone prassi di manipolazione dei cibi (lavaggio ortaggi, adeguate cotture, evitare contaminazioni crociate fra alimenti crudi quali carni ortaggi e alimenti pronti, adeguata temperatura di conservazione) e degli utensili e attenta pulizia delle mani

Ogni anno si registrano in Italia almeno una decina di decessi per intossicazione da funghi. Le forme di intossicazione dovute all'assunzione di funghi, possono essere di svariata natura a seconda della specie fungina consumata, con quadri clinici molto variabili. Le intossicazioni generate da funghi potenzialmente mortali provocano danni d'organo irreversibili al fegato, nel caso di funghi appartenenti al genere *Amanita* e *Lepiota*, e ai reni nel caso del genere *Cortinarius*.

Categorizzazione del rischio

Inoltre, vi sono innumerevoli altre specie tossiche che, se da un lato non mettono a repentaglio la vita del paziente, sono comunque responsabili di intossicazioni i cui sintomi possono coinvolgere il tratto gastro-intestinale fino a complicazioni a carico del sistema nervoso centrale. L'unico modo per stabilire la commestibilità di un fungo è quello di determinarne la specie. I metodi empirici non hanno alcun fondamento scientifico, è opportuno chiarire in forma definitiva che i luoghi comuni quali prove con aglio, monete d'argento, prezzemolo ecc sono da assolutamente da sfatare poiché non hanno nessuna validità.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/ispettorato_micologico.html
<http://www.efsa.europa.eu/it/efsajournal/pub/2090.htm>

3.2.2 CONTROLLI UFFICIALI SU ALIMENTI DESTINATI AL CONSUMO UMANO

Il controllo ufficiale ha la finalità di verificare e garantire la conformità di alimenti e bevande alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica, a proteggere gli interessi dei consumatori e ad assicurare la lealtà delle transazioni. Il controllo riguarda, sia prodotti italiani o prodotti destinati a essere commercializzati nel territorio nazionale, sia quelli destinati a essere spediti nell'Unione Europea, o esportati in uno Stato terzo.

Sono previsti accertamenti completi sul prodotto, attraverso ispezioni, campionamenti e analisi di laboratorio, sopralluoghi nell'ambito dell'ambiente di produzione e indagini sul personale addetto (competenze e comportamenti), nonché controlli sull'applicazione delle procedure di autocontrollo secondo il sistema HACCP.

Alle Aziende Sanitarie Locali in accordo con la Regione spettano la pianificazione, la programmazione e l'esecuzione a livello locale dei controlli ufficiali sugli OSA (Operatori del Settore Alimentare). La categorizzazione degli stabilimenti in base alla categoria di rischio rilevato e alla tipologia di alimento è lo strumento che indirizza la programmazione ovvero la frequenza dei controlli sul territorio assieme al Piano Regionale Integrato dei Controlli 2007-2010, (PRIC) che stabilisce anche le tipologie di matrici alimentari da campionare e le tipologie di analisi. A fianco delle attività di controllo programmate ci sono quelle di iniziativa e conseguenti a segnalazioni da parte di cittadini, rete sanitaria, soggetti pubblici, uffici doganali, operatori del settore alimentare, all'attivazione della rete di allerta comunitaria (vedasi paragrafo "Allerta comunitaria" pag. 10) o per eventi eccezionali con possibili ricadute su ambiente e matrici alimentari. (vedasi successivo paragrafo).

Con l'applicazione del "Pacchetto Igiene" (D.Lgs n.193 del 6/11/2007) è stata abrogata l'Autorizzazione sanitaria per la produzione, preparazione, confezionamento e deposito all'ingrosso delle sostanze alimentari (ex art.2 Legge 283 del 30/4/1962) ed è prevista invece la Registrazione (o il Riconoscimento) delle strutture di produzione lavorazione, deposito, distribuzione, vendita e somministrazione alimenti secondo le modalità stabilite dalla DGRV n.3710/2007. Ogni operatore del settore alimentare deve farsi registrare nell'anagrafe regionale informatizzata, con attribuzione di un codice numerico identificativo che consente all'autorità competente di effettuare in modo efficace i controlli ufficiali.

Attualmente nel nostro territorio sono registrati in anagrafe SIANET circa 7000 stabilimenti: il dato è però sottostimato in quanto è tuttora in corso l'aggiornamento con i dati dell'archivio cartaceo. Di questi circa 400 stabilimenti sono stati categorizzati secondo le indicazioni regionali e il regolamento CE n.882/2004, sulla base dell'analisi del rischio correlata alla tipologia di produzione e all'utenza cui è destinato il prodotto.

Agli stabilimenti registrati in SIANET si aggiungono quelli relativi alla produzione e commercializzazione di alimenti di origine animale censiti nell'anagrafe Veterinaria

Web: http://ec.europa.eu/food/food/foodlaw/responsibilities/obligations_it.pdf

3.3 VIGILANZA E CONTROLLO SU PRODOTTI ALIMENTARI

I dati sotto riportati illustrano alcune attività svolte dal SIAN nel corso del 2010.

TABELLA 3.3/1

Attività ispettiva del SIAN – Anno 2010

ATTIVITÀ	TOTALE
Ispezioni	1.529
Provvedimenti amministrativi (sanzioni, sequestri, dissequestri, ordinanze per rimozione inconvenienti igienici o per cessata attività)	76

TABELLA 3.3/2

Campionamenti di alimenti del SIAN – Anno 2010

	IRREGOLARI ANALISI FISICA	IRREGOLARI ANALISI CHIMICA	IRREGOLARI ANALISI MICROBIOLOGICA	CAMPIONI REGOLARI	TOTALE CAMPIONI
Campionamenti di alimenti vari, prodotti di gastronomia, dietetici, ecc.	0	12	8	553	573

Le non conformità riscontrate all'analisi microbiologica hanno riguardato soprattutto presenza di elevate cariche batteriche o muffe in prodotti ortofrutticoli di IV gamma (frutta e ortaggi freschi lavati, tagliati, confezionati in sacchetti o film plastico o vaschette, pronti per il consumo), prodotti pronti di gastronomia o prodotti artigianali di pasticceria. Le non conformità sono state oggetto di provvedimenti amministrativi o penali come previsto dalla normativa e/o di indagini finalizzate a rimuoverne le cause. Anche nel 2010 a seguito di incendio verificatosi in un capannone industriale sono stati prelevati campioni di ortaggi per la valutazione di rischio sanitario da diossine correlata all'assunzione alimentare di prodotti ortofrutticoli coltivati e raccolti nelle zone circostanti, con successiva esclusione di rischio

RISTORAZIONE COLLETTIVA

I cambiamenti dello stile di vita hanno portato a consumare spesso un pasto fuori casa, utilizzando mense scolastiche, ospedaliere, assistenziali, aziendali, commerciali. Nella ristorazione collettiva è fondamentale elevare il livello qualitativo dei pasti, mantenendo saldi i principi di sicurezza igienica, favorendo scelte alimentari nutrizionalmente corrette, tenendo conto della particolare sensibilità delle fasce d'utenza (bambini, anziani, degenti e assistiti).

CELIACHIA E DIETE SPECIALI

La legge n. 123 del 4 luglio 2005 prevede l'obbligo nelle mense di scuole, ospedali e strutture pubbliche di somministrazione di pasti senza glutine su richiesta degli interessati con interventi di formazione e informazione degli addetti. La celiachia è un'enteropatia autoimmune permanente scatenata, in soggetti geneticamente predisposti, dall'ingestione del glutine, frazione proteica contenuta nel grano e in altri cereali, quali segale e orzo.

Attualmente l'unica terapia possibile è la completa e permanente esclusione del glutine dalla dieta. La prevalenza della celiachia è attualmente stimata sia per i bambini sia per gli adulti intorno a 1%, ne risulta quindi affetto una persona su 100. Si stima inoltre che per ogni celiaco diagnosticato, ce ne siano almeno 10 non consapevoli di esserne affetti.

Nel Veneto al 2009 sono stati diagnosticati 6.748 celiaci (Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia – anno 2009) e a livello nazionale risultano un po' più di 110.000. La dieta senza glutine va garantita anche in mensa. Ciò comporta una particolare attenzione e organizzazione in ogni fase del servizio: dalla stesura del menù, all'acquisto delle materie prime, alla preparazione e somministrazione dei pasti, alla formazione degli operatori della ristorazione. L'informazione e la formazione del personale addetto è stata oggetto di interventi mirati sul territorio organizzati dal SIAN (si rimanda allo specifico paragrafo).

Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/celiachia.html>

GLOBALIZZAZIONE DEL MERCATO E NUOVE TIPOLOGIE DI COMMERCIALIZZAZIONE

Il SIAN esegue controlli sanitari per gli Uffici Doganali del Ministero della Sanità su prodotti alimentari e oggetti destinati al contatto con gli alimenti importati da paesi non appartenenti alla Comunità Europea, effettuando campioni per analisi di laboratorio mirate.

A livello di esportazione dei nostri prodotti si è notata un'intensificazione delle richieste di certificazioni rilasciate dal SIAN da parte di grosse aziende del nostro territorio produttrici di alimenti in destinati a paesi extracomunitari.

Il Veneto copre oltre il 13% dell'export agroalimentare italiano, classificandosi fra le regioni al primo posto con una indiscussa leadership: le esportazioni di vino. Dei quasi 20 miliardi di euro in generi agroalimentari che l'Italia ha esportato nel mondo nel corso del 2009, più di un miliardo è infatti di vino smerciato da operatori della nostra regione.

Fra le altre peculiarità dell'export veneto sono 5 i prodotti che coprono oltre la metà di quanto viene portato all'estero e nella fattispecie si tratta di paste alimentari, prodotti da forno, formaggi, latticini e carni. La provincia di Verona è di gran lunga la più attiva sia per l'esportazione di prodotti dell'agricoltura (57% del totale veneto) che dell'industria alimentare (45% del totale veneto), prediligendo naturalmente le bevande che da sole totalizzano il 21,3% delle esportazioni dell'industria alimentare veneta.

Nell'agricoltura spiccano i prodotti da colture non permanenti, come gli ortaggi e le lattughe, la frutta fresca (mele e pere) e i prodotti della pesca e dell'acquacoltura, con Venezia e Rovigo a primeggiare in questo settore http://statistica.regione.veneto.it/pubblicazioni_statistiche_flash.jsp

Novità a livello commerciale è la diffusione sul territorio della vendita diretta di prodotti agricoli dal produttore e consumatore attraverso i cosiddetti farmers market o mercatini "a chilometri zero" affermatasi anche nel nostro territorio.

e-commerce
Mercatini Km Zero

Ai fini di una regolamentazione la L.R. n. 7/2008 definisce i prodotti "a chilometri zero" quali prodotti di qualità, prodotti tradizionali, prodotti stagionali, prodotti di comprovata sostenibilità ambientale. A livello locale collaborando nelle "Conferenze dei Servizi" del Comune di Verona è stata regolamentata l'attività dei "Mercatini Km Zero". Gli Operatori che effettuano la vendita dei propri prodotti a km zero si registrano nell'anagrafe regionale SIANET e sono anch'essi oggetto di controllo ufficiale.

Un'altra nuova tipologia di commercio che si sta diffondendo negli ultimi anni è il commercio on line di alimenti, che benché faticosi a decollare in Italia, ha ricevuto una notevole spinta con la crisi economica, grazie ai costi spesso più contenuti.

Secondo l'indagine ISTAT "Cittadini e nuove tecnologie" nel 2010 il 52,4% degli italiani possiede una connessione a Internet. Nel Nord Est il dato è del 51,3%. L'uso di Internet è connotato anche da un forte divario sociale che comunque appare in attenuazione. Più di un quarto degli utenti di Internet acquista beni e servizi online, pari al 26,4% degli individui di 14 anni e più che hanno usato Internet nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Il mondo di Internet

Principali acquirenti sono maschi, persone tra i 25 e i 44 anni e residenti al Centro-nord. Tra i beni e i servizi acquistati via web, si collocano al primo posto le spese per viaggi e soggiorni (35,9%). Più contenute risultano le quote di utenti che hanno ordinato e/o acquistato prodotti alimentari (5,6%).

Negli ultimi anni si è assistito a un aumento del numero di segnalazioni comunitarie su prodotti, in particolare integratori alimentari, commercializzati via Internet. Interventi di vigilanza con adozione di provvedimenti cautelativi a tutela dei cittadini sono stati realizzati sul nostro territorio per produzione e commercio abusivo on line di integratori alimentari non notificati al Ministero della Salute

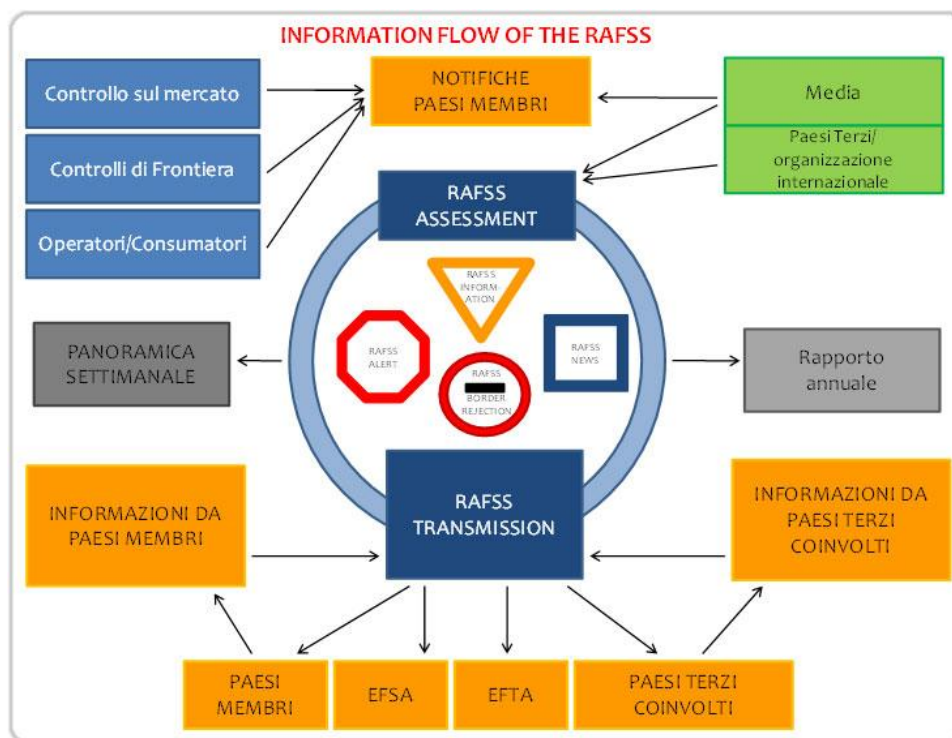
ALLERTA COMUNITARIA

Per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi è stato istituito il sistema rapido di allerta comunitario, sotto forma di rete, a cui partecipano la Commissione Europea, l'EFSA (Autorità per la sicurezza alimentare) e gli Stati membri dell'Unione. Le notifiche vengono comunicate e condivise tra gli Stati membri via rete, in tempo reale.

L'attività del sistema di allerta prevede il ritiro di prodotti pericolosi per la salute umana o animale. Nel caso di rischio grave ed immediato (es. tossina botulinica), oltre a disporre immediatamente il sequestro dei prodotti, la procedura di emergenza può essere integrata con comunicati stampa e richiamo del prodotto. In questo caso vengono informati i cittadini sul rischio legato al consumo di un determinato prodotto e sulle modalità di riconsegna dell'alimento.

FIGURA 3.3/1

Schema dei flussi informativi nel sistema di allerta comunitario



A livello Comunitario, nel 2010, sono state trattate 3291 notifiche (Relazione sul sistema di allerta comunitario – Anno 2010), 2873 notifiche hanno riguardato l'alimentazione umana (2813 nel 2009), 190 l'alimentazione animale (201 nell'anno 2009) e 229 la migrazione di materiali a venire a contatto con gli alimenti. Anche per quest'anno si conferma un aumento del trend e come già avvenuto negli anni precedenti, l'Italia è risultato essere il primo Paese membro nel numero di segnalazioni inviate alla Commissione Europea, dimostrando una intensa attività di controllo sul territorio nazionale, con un totale di 548 notifiche (pari al 16.7%). Dopo l'Italia vi è la Germania (400) e la Gran Bretagna (326), seguite da Spagna, Olanda e Francia.

Per quanto riguarda l'origine, i prodotti nazionali risultati irregolari sono stati 113. Pertanto l'Italia risulta, come nel 2009, il quarto Paese Comunitario per numero di notifiche ricevute dopo la Germania, la Spagna e la Francia.

Lo Stato che ha ricevuto il maggior numero di notifiche per prodotti non regolari è la Cina seguita dall'India, dalla Turchia e dall'Argentina.

La tipologia dei prodotti risultati irregolari è risultata, comunque, abbastanza eterogenea. Il maggior numero di notifiche ha riguardato i prodotti della pesca, la frutta e i vegetali e la carne, escluso il pollame. Anche la tipologia del rischio è risultata essere abbastanza eterogenea, con le maggiori irregolarità dovute a contaminazioni microbiologiche, tra le quali si segnalano le 8 notifiche per presenza di biotossine algali in molluschi. Inoltre, sono state segnalate irregolarità per il riscontro di micotossine (8 notifiche), di caratteristiche organolettiche alterate, soprattutto in prodotti a base di latte e riportate nella voce "altro", relative ai casi di colorazione anomala nei formaggi (si rimanda allo specifico paragrafo "mozzarelle blu"), di allergeni non dichiarati in etichetta (1) e di corpi estranei (7).

In due casi l'allerta ha riguardato il riscontro di tossina botulinica in conserve vegetali. Tra le micotossine, la maggior parte delle segnalazioni riguarda le aflatossine (6), mentre le restanti due notifiche si riferiscono al riscontro di alti livelli di deossivalenolo e di ocratossina A. In un caso c'è stata una notifica per riscontro di un OGM non autorizzato.

È ricorrente, nelle segnalazioni di allerta su prodotti nazionali, la presenza di corpi estranei. Ciò evidenzia la necessità da parte degli operatori del settore alimentare di rinforzare i propri piani di autocontrollo.

Per quanto concerne gli aspetti microbiologici, la maggior parte delle notifiche ha riguardato la presenza di Salmonella (19 segnalazioni) e di Listeria (7 notifiche), seguite da E. coli con 5 segnalazioni. Tra i contaminanti microbiologici, un elevato numero di notifiche riguardano ancora il riscontro della Salmonella (338 notifiche contro le 314 dell'anno precedente). Da notare anche un aumento del numero delle segnalazioni per la Listeria e per il riscontro di larve di Anisakis. Si assiste, inoltre ad un aumento di notifiche per il Norovirus, il quale potrebbe essere, se confrontato con il minor numero di segnalazioni trasmesse dal RASFF negli ultimi anni, ancora sottostimato.

I contaminanti chimici più frequentemente notificati attraverso il RASFF sono le micotossine, seguiti dai residui di fitofarmaci e da migrazioni di materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti. Se confrontato con le segnalazioni pervenute lo scorso anno, si osserva un numero stazionario di notifiche per le micotossine e gli additivi e coloranti in prodotti alimentari, mentre si è osservato una diminuzione delle allerta per i metalli pesanti ed i residui di farmaci veterinari.

Non vi sono state notifiche riguardanti la melamina. Sono sostanzialmente aumentate le segnalazioni per residui di fitofarmaci. 132 segnalazioni hanno riguardato i prodotti dietetici e gli integratori alimentari, in aumento rispetto alle 123 del 2009.

Le principali irregolarità sono rappresentate da sostanze non autorizzate, seguite da Novel Food (nuovi prodotti e nuovi ingredienti alimentari: tutti quei prodotti e sostanze alimentari per i quali non è dimostrabile un consumo "significativo" al 15 maggio 1997 all'interno dell'Unione Europea (UE), data di entrata in vigore del regolamento CE 258/97) non autorizzati e irregolarità di natura chimica. L'origine dei prodotti notificati è varia, ma la maggior parte delle segnalazioni riguardano gli USA (51), seguiti dalla Cina (23).

TABELLA 3.3/3

Allerte per cui è stato attivato il SIAN – Anno 2010

MOTIVO DELL'ALLERTA	ETICHETTATURA (ES. ALLERGENI NON DICHIARATI)	MICOTOSSINE	PERICOLO FISICO	FITOSANITARI	MIGRAZIONE DI SOSTANZE DA UTENSILI/CONFEZIONI	PERICOLO CHIMICO	PERICOLO BIOLOGICO
	3	4	2	5	4	8	12

Il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione è stato coinvolto in 38 segnalazioni di allerte di cui due sono partite dalla nostra Azienda Ulss.

FITOSANITARI-AMBIENTE-SALUTE

I prodotti fitosanitari vengono utilizzati in agricoltura per proteggere le produzioni agricole, e il loro uso è regolamentato al fine di preservare la salute, l'ambiente e il benessere della popolazione.

Il Progetto Regionale FAS "Fitosanitari - Ambiente - Salute" è uno strumento di raccordo tra le varie strutture regionali (preposte alla tutela ambientale, della salute e alle attività agricole) e le altre istituzioni territoriali quali le Aziende Sanitarie, l'ARPAV, gli Ispettorati Agrari, le Associazioni di categoria. Il venditore di prodotti fitosanitari è tenuto a presentare ogni anno le dichiarazioni di vendita dei prodotti fitosanitari all'ULSS, per il successivo inoltrare alla Regione, che in collaborazione con l'ARPAV, le invia in forma aggregata al Ministero della Salute.

TABELLA 3.3/4

Controlli del SIAN sull'impiego di prodotti fitosanitari – Anno 2010

	MANCANZA REGISTRO TRATTAMENTI	MANCATA APPLICAZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA PER PREVENIRE I RISCHI DI CHI USA IL PRODOTTO	INAPPROPRIATE CONDIZIONI DI CONSERVAZIONE	TOTALE PRESCRIZIONI	TOTALE ISPEZIONI AZIENDE AGRICOLE
Controllo sull'impiego di prodotti fitosanitari a livello di utilizzatori	1	9	9	9	51

I controlli hanno evidenziato un maggior interesse al rispetto dell'utilizzo dei prodotti fitosanitari secondo le norme vigenti. È stata rilevata un'infrazione dovuta alla mancanza del registro prodotti fitosanitari; per le altre carenze rilevate non sono state effettuate sanzioni bensì si è spinto a risolvere la non conformità. Sono proseguiti i controlli presso le Rivendite Prodotti Fitosanitari con ispezioni e verifiche anche di conformità di etichette, imballaggi e schede di sicurezza, con l'ispezione di 12 rivendite e la rilevazione di 2 infrazioni per mancata autorizzazione dei locali. L'attività di controllo ha previsto anche la verifica di conformità di etichette (20 controlli), imballaggi (20 controlli) e schede di sicurezza (10 controlli): non sono state riscontrate irregolarità.

L'attività è stata particolarmente mirata al controllo della vendita ed utilizzo dei fitosanitari in relazione agli episodi sentinella rilevati sul territorio nel 2009 di contaminazione della falda da erbicidi.

Il Controllo Ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari nei prodotti alimentari rappresenta una delle priorità sanitarie nell'ambito della sicurezza alimentare.

FUNGHI

La legge del 23 agosto 1993 n. 352, integrata dal DPR. 14 luglio 1996 n. 376 ha reso obbligatoria l'istituzione all'interno delle Aziende ULSS degli Ispettorati micologici, con funzione di vigilanza, controllo e certificazione di commestibilità per quanto riguarda i funghi epigei freschi spontanei. Anche nel nostro Ispettorato operano ispettori in possesso dell'attestato di micologo e iscritti nei registri regionali e nazionali.

È attivo, sempre nel periodo indicato, anche un servizio, gratuito, di consulenza micologica svolto a favore dei privati raccoglitori che chiedono perizie micologiche nel dubbio che i funghi raccolti non siano commestibili o addirittura tossici e velenosi. Quest'ultima attività è svolta nei locali dell'Arsenale messi a disposizione dal Comune di Verona, nel periodo giugno-novembre e in altri periodi su richiesta.

TABELLA 3.3/5

Attività di consulenza micologica

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
kg funghi ispezionati	55.594	121.386	95.353	90.948	67.943	54.760	66.102
perizie autoconsumo per privati	518	678	488	215	190	154	210

Il SIAN viene attivato anche su richiesta degli Ospedali per consulenza micologica in casi di sospetta intossicazione alimentare da ingestione di funghi.

LAST MINUTE MARKET

Nel 2009 il 10,8% delle famiglie residenti in Italia si trova in una condizione di povertà relativa (dossier “Famiglia in cifre”) Per la misurazione della povertà relativa viene utilizzata la definizione della International Standard of Poverty Line applicata ai dati per la spesa per consumo delle famiglie.

Si definisce povera una famiglia di due persone la cui spesa mensile per consumi è pari o inferiore al consumo medio pro-capite del paese. La povertà assoluta che misura “i più poveri tra i poveri” riguarda il 4,7% delle famiglie, per un totale di 3 milioni e 74 mila individui.

Ricerche condotte negli ultimi anni hanno evidenziato che in termini di fatturato l’1 – 1.5% dei prodotti alimentari in commercio rimane invenduto per varie ragioni e deve essere eliminato. Ciò comporta un costo diretto per la struttura che tratta il prodotto, ma anche un ulteriore costo per la collettività per le conseguenze ambientali negative causate dall’inquinamento prodotto dalle operazioni di distruzione. Ogni anno in Italia circa 1,5 milioni di tonnellate di prodotti alimentari ancora perfettamente consumabili, con un valore commerciale pari a circa 4 miliardi di euro vengono gettati in discarica o destinate all’incenerimento: per il 15% pane e pasta, 18% carne, 12% verdura e frutta.

Una percentuale molto elevata (oltre il 90%) dei prodotti buttati può essere recuperata per il consumo. Di ciò che si recupera circa il 70% può essere destinato al consumo umano contribuendo così a trasformare lo spreco in risorsa.

Lo spreco ha anche un impatto ambientale: uno studio condotto da Last Minute Market, spin off dell’Università di Bologna, emerge che solo la distribuzione organizzata italiana nel 2009 ha sprecato ben 244.250 tonnellate di cibo ancora perfettamente consumabile. Se si riuscisse a mettere in rete l’intero sistema di distribuzione del nostro Paese si potrebbe recuperare tanto cibo da mettere a tavola – colazione, pranzo e cena – quasi un milione di indigenti al giorno.

Il progetto Last Minute Market (LMM) prevede la raccolta e il recupero di pasti e alimenti invenduti e/o non consumati da destinare a strutture di accoglienza sociale per aumentare l’accessibilità a cibi sani di gruppi socialmente svantaggiati e ridurre lo spreco di alimenti; LMM è stato promosso da Facoltà di Agraria Università Bologna, SIAN e Dipartimento Prevenzione ULSS 20 di Verona, avviato sperimentalmente nel 2005 e poi proseguito negli anni seguenti.

Il SIAN ha provveduto a validare protocolli igienico sanitari adottati dalle associazioni Onlus per la gestione di movimentazione e consumo dei pasti recuperati non consumati nelle mense collettive (scuole) e distribuiti nelle strutture di accoglienza sociale promuovendo così un’azione di sviluppo (auto)sostenibile locale, con ricadute positive a livello ambientale, economico e sociale.

Attraverso un’indagine di carattere igienico sanitario con monitoraggi (campioni e analisi di laboratorio di alimenti, rilievo temperature, controlli di locali, impianti, comportamenti e formazione del personale, verifica gradimento) si è confermata la sostenibilità della iniziativa che si auto-mantiene nel tempo.

TABELLA 3.3/6

Recupero dei pasti non consumati nelle mense collettive scolastiche del Comune di Verona

ANNO SCOLASTICO	QUANTITÀ RACCOLTA (KG)	QUANTITÀ PASTI (N°)
2007/2008	10.253,02	19.226
2008/2009	7.887,32	14.790
2009/2010	12.279,10	23.025
2010/2011	11.207,77	21.013
Totale	41.627,21	78.054

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

È proseguita la formazione da parte del SIAN degli operatori addetti alla ristorazione collettiva su aspetti dietetici con attenzione alle diete speciali senza glutine, per assicurare un'alimentazione equilibrata anche ai soggetti celiaci come previsto dalla Legge 4 Luglio 2005 n.123 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia" attraverso appositi moduli formativi gratuiti.

Formazione cuochi
Formazione interna

Le iniziative di informazione e formazione sono pubblicate on line.

Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/sian.html>

È proseguita per gli operatori sanitari del SIAN e del Servizio Veterinario una specifica formazione finalizzata all'integrazione e al coordinamento delle figure professionali nella sicurezza alimentare.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/celiachia_incontri.html

CAPITOLO 4

Le Malattie Infettive

Parole chiave: Vaccinazioni, morbillo, influenza, aviaria, tubercolosi, meningite, legionellosi, vaccinazioni viaggiatori, pandemia

4.1 VACCINAZIONI

Dopo la sospensione dell'obbligo vaccinale, stabilito dalla Legge Regionale n° 7 del 23 marzo 2007, dal 1° gennaio 2008 per i nuovi nati "tutte le vaccinazioni continuano a costituire livello essenziale di assistenza e sono offerte attivamente e gratuitamente dalle aziende unità locali socio-sanitarie (ULSS)." (<http://www.consiglioveneto.it/crvportal/leggi/2007/07lr0007.html>).

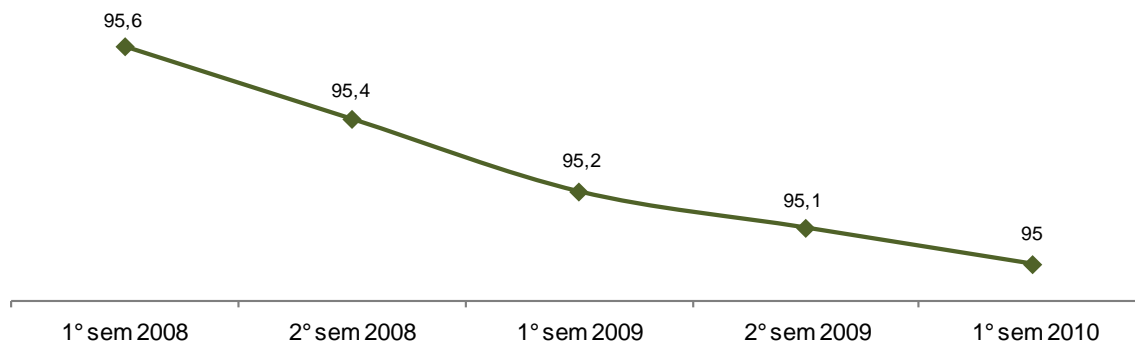
Nell'insieme la sospensione dell'obbligo non ha influito negativamente sulle coperture regionali che sono risultate nel 2008 leggermente migliorate; per il vaccino esavalente, infatti, si è passati dal 94,4% dei nati nel secondo semestre del 2007 al 95,6% dei nati nel primo semestre del 2008. In seguito tuttavia si è manifestata una lieve flessione. Per una più attenta valutazione, i controlli delle coperture vaccinali attualmente sono effettuati con cadenza semestrale: questo consente infatti di evidenziare più tempestivamente eventuali variazioni delle coperture.

Nella nostra ULSS le coperture vaccinali si sono mantenute a livelli buoni per il vaccino esavalente, che comprende le quattro vaccinazioni ex-obbligatorie

Pur confermando la sostanziale tenuta delle coperture, l'analisi della media regionale evidenzia una lieve e progressiva riduzione da un semestre all'altro. Questo elemento potrebbe essere quindi conseguenza anche di un semplice ritardo di somministrazione delle vaccinazioni; tuttavia è un segnale che ci suggerisce di riprendere la formazione sia per il personale dei servizi vaccinali che dei Pediatri di libera scelta.

GRAFICO 4.1/1

Media regionale della copertura dopo la sospensione dell'obbligo: percentuale di bambini vaccinati contro il tetano, prima dose, per coorte di nascita [dai rapporti semestrali regionali].



Coperture vaccinali ancora buone, ma in flessione

Al controllo del marzo 2011 delle coorti della nostra ULSS si è registrata una riduzione nella copertura vaccinale rispetto agli anni precedenti (in particolare al 2009) differenziata tra le diverse dosi (1°, 2°, 3°). Per tutte e tre le dosi il calo è stato di quasi 3 punti percentuali, mantenendosi tuttavia ad un livello superiore all'obiettivo regionale del 95% per la 1° e la 2° dose (rispettivamente 96,2% e 95,4%).

Tali livelli sono superiori alla media regionale registrata al 30 settembre 2009; non è possibile un confronto con la media regionale dello stesso periodo, perché per quest'ultima non è disponibile.

TABELLA 4.1/1

Tabella riepilogativa delle coperture vaccinali.

VACCINO	COPERTURA REGIONALE MEDIA	COPERTURA ULSS 20
Esavalente 1° dose nati 1° semestre 2010	95,0	95,8
Pneumococco nati 1° semestre 2010	93,2	90,6
Meningococco C nati 1° semestre 2009	91,1	90,7
MPR nati 1° semestre 2009	82,9	83,0
Varicella nati 1° semestre 2009	79,4	78,8
HPV nate 1996	80,4	75,9

Per le prime e seconde dosi di esavalente le coperture si mantengono intorno al 96%, mentre per la 3° dose il livello di copertura è sceso al 90%; questo sensibile calo è stato causato da alcuni fattori che si sono sovrapposti nel primo semestre dell'anno, primo tra tutti la mancata fornitura del vaccino esavalente da parte dell'azienda produttrice per un periodo di circa tre mesi all'inizio dell'anno. Ciò ha comportato un importante ritardo soprattutto nell'esecuzione delle dosi di richiamo, mentre si è cercato di non rinviare la somministrazione delle prime due dosi per garantire una sufficiente protezione ai nuovi nati; la riduzione maggiore si evidenzia infatti per la terza dose.

Nel mese di giugno 2010 è stato avviato l'utilizzo del nuovo software regionale per la gestione delle Vaccinazioni (OnVac). Questo passaggio ha comportato un notevole impegno per il personale dei distretti. Sono state organizzate giornate di formazione per tutti gli operatori addetti alla registrazione delle vaccinazioni prima della data di inizio del nuovo software; successivamente altre giornate di "perfezionamento" sono state necessarie per migliorare la conoscenza del mezzo informatico.

Un altro elemento ha inciso sulle attività vaccinali in generale, cioè il notevole ritardo nel pagamento delle attività a progetto svolte dal personale addetto alle vaccinazioni nella campagna di vaccinazione antipandemica e delle campagne di recupero della vaccinazione anti HPV delle adolescenti.

Questo fatto in alcuni casi ha comportato il recupero delle ore effettuate in eccedenza (al posto del pagamento); in tutti i distretti ciò ha causato una impossibilità di programmare sedute straordinarie di recupero e ha insinuato una sensazione di insoddisfazione ed insicurezza nel personale.

Allo scopo di individuare elementi di criticità che possano aver favorito le flessioni delle coperture vaccinali, ad iniziare dagli ultimi mesi dell'anno sono stati programmati periodici incontri con tutto il personale addetto alle vaccinazioni, distretto per distretto.

Completata la fase di discussione e di confronto tra gli operatori dei diversi centri vaccinali anche per superare eventuali difformità operative, analoghi incontri saranno effettuati invitando a partecipare i pediatri di libera scelta dei singoli distretti.

Nel corso dell'anno è stata avviata una campagna di vaccinazione nei confronti della popolazione ROM che era stata ospitata nel campo nomadi di Boscomantico alcuni anni fa. In quella occasione aveva collaborato con il comune di Verona anche un'associazione di volontariato che aveva mantenuto i contatti

con numerose famiglie dopo che queste erano state trasferite in località sparse nel territorio dell'ULSS. Valutata la disponibilità di questa associazione di volontariato, si sono tenuti alcuni incontri ai quali hanno partecipato i volontari, gli operatori dei distretti coinvolti e del SISP; sono state definite le competenze, le priorità e le modalità operative ed è stato definito un semplice protocollo operativo, con particolare riguardo alle vaccinazioni da somministrare.

Gli operatori dell'associazione si sono incaricati di contattare le varie famiglie, informarle dell'importanza delle vaccinazioni e condurre al centro vaccinale i bambini che non avevano completato i cicli o non avevano nemmeno iniziato le vaccinazioni. È stata pertanto deliberata una convenzione tra l'ULSS 20 e l'Associazione di volontariato che prevede anche un modesto rimborso all'associazione, utilizzando il finanziamento regionale per il miglioramento della profilassi vaccinale. Questa operazione è iniziata negli ultimi mesi del 2010 ed ha dato risultati incoraggianti, consentendo di recuperare non solo i bambini ma anche gli adulti, in particolare le mamme che erano state vaccinate in percentuale modesta. Si auspica che questa modalità operativa possa essere estesa in futuro anche ai campi nomadi presenti nel territorio dell'ULSS.

Vaccinati i piccoli Rom

È proseguita la campagna di vaccinazione delle ragazze dodicenni contro il virus HPV; negli anni precedenti questa vaccinazione era iniziata in ritardo rispetto a quanto programmato. L'adesione alla vaccinazione contro il papillomavirus è risultata di circa il 70% delle ragazze invitate.

Nel corso dell'anno si sono presentate difficoltà nell'approvvigionamento di alcuni vaccini. Questo in qualche caso ha costretto a posticipare la somministrazione di alcune dosi di richiamo, con una riduzione delle coperture vaccinali. Difficoltà nella consegna di vaccini si stanno manifestando con frequenza sempre maggiore, soprattutto da quando le aziende produttrici di vaccini si sono ridotte a pochissime unità. Questo rischio nella fornitura dei vaccini ha suggerito una diversa gestione del magazzino vaccini, con un incremento del deposito tale da consentire di sopportare senza conseguenze un ritardo di consegne di qualche mese. Questo risultato è stato possibile grazie alla collaborazione della Farmacia dell'Ospedale Fracastoro di San Bonifacio.

Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/vaccinazioni.html>

QUALITÀ

La Direzione Regionale per la Prevenzione da alcuni anni ha affidato al nostro Dipartimento il coordinamento del gruppo di lavoro che sviluppa un progetto relativo al Miglioramento della qualità dei servizi vaccinali. Il gruppo di lavoro aveva preparato e proposto alla Direzione Regionale alcune procedure, relative a particolari aspetti dell'attività vaccinale; queste procedure riguardavano la gestione dell'anagrafe vaccinale, il reclutamento dei nuovi nati, la corretta effettuazione e registrazione dell'anamnesi prevaccinale, la somministrazione delle vaccinazioni, la gestione del magazzino vaccini, la gestione e il follow up delle reazioni avverse ai vaccini. Per rendere di più facile apprendimento queste procedure, sono stati strutturati, organizzati e realizzati due corsi FAD, rivolti a due operatori per ognuna delle 21 Aziende ULSS della Regione, un medico igienista e un'assistente sanitaria. Questa prima edizione dei due corsi aveva lo scopo di valutare l'interesse dei contenuti e la modalità utilizzata e "collaudare" l'efficacia del mezzo per raggiungere gli obiettivi formativi proposti.

Miglioramento della qualità dei servizi vaccinali

Gli argomenti sono stati scelti tra le "procedure" dell'attività vaccinale precedentemente approvate. Nel primo corso sono state affrontate l'anamnesi pre-vaccinale, la somministrazione e la registrazione delle vaccinazioni, la gestione dell'anagrafe vaccinale, la conservazione dei vaccini; nel secondo l'individuazione delle vere controindicazioni e la gestione delle reazioni avverse ai vaccini.

Entrambi i corsi prevedevano una giornata iniziale di presentazione e addestramento al corso con test iniziale, una giornata conclusiva per la discussione dei temi trattati, la valutazione del corso stesso e il test finale. Tra le due giornate, distanziate di 40 giorni circa, ai discenti sono stati presentati alcuni "casi clinici" allo scopo di verificare le conoscenze e consentire a ciascun allievo di colmare le proprie lacune con materiale didattico appropriato.

Ai due corsi hanno partecipato 50 persone, prevalentemente i cosiddetti “referenti aziendali” per le vaccinazioni; questi nel corso del 2011 e 2012 saranno supportati dal gruppo di riferimento per riprodurre nella propria azienda i due corsi pilota, ripetendoli in forma FAD o in altre modalità valutate più adeguate alla propria realtà.

I partecipanti hanno giudicato queste modalità di formazione stimolanti, utili sia per le modalità di apprendimento sia perché consentono di gestire il tempo in base ai propri impegni e consigliate anche per altri argomenti.

4.2 MALATTIE INFETTIVE

MORBILLO

Nel corso del 2009 non era stato registrato alcun caso di morbillo, né in bambini, né in adulti, mentre nell'anno precedente erano stati segnalati soltanto due casi, confermati dal test sierologico: due persone adulte, una insegnante di scuola elementare e una commessa di un negozio di articoli da regalo.

Nel corso del 2010 non è stato registrato alcun caso certo di morbillo, né in bambini, né in adulti

Nel 2010 si è confermata la bassa diffusione della malattia; è infatti stato segnalato un solo caso sospetto in una ragazza di 18 anni, tuttavia senza conferma sierologica. Viene confermato come questa malattia infettiva ormai non sia più una patologia pediatrica ma di competenza soprattutto del Medico di Medicina Generale, comportando talvolta difficoltà di diagnosi.

La copertura all'età di 18 mesi registrata quest'anno è risultata in netto calo rispetto all'anno precedente, anche se in alcuni centri vaccinali la copertura rimane intorno al 95%.

Resta ancora inferiore alla media regionale la copertura per la seconda dose di vaccino combinato contro morbillo – parotite – rosolia (MPR) all'età di sei anni; a questa seconda dose non viene assegnata la stessa attenzione riservata alla prima, come conferma anche la bassa copertura del richiamo della dose di vaccino anti difterite – tetano (dT) o difterite – tetano pertosse (dTp) alla stessa età per la tendenza a somministrare in ritardo rispetto al calendario consigliato le dosi di richiamo, trascurando il rispetto rigoroso dei tempi di somministrazione. Come detto anche sopra, il nuovo software regionale per la gestione delle vaccinazioni ha comportato sicuramente delle novità nella gestione delle vaccinazioni: una certa difficoltà nell'individuare i ritardi vaccinali, e talvolta anche i nuovi nati, mentre potrebbero essere più realistiche, rispetto al passato, le valutazioni delle coperture vaccinali.

INFLUENZA

Nella popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni negli ultimi anni la vaccinazione antinfluenzale continua ad ottenere un'adesione sostanzialmente stabile, seppure lievemente inferiore a quella ottenuta negli anni 2002-05. Nel corso dell'ultima campagna di vaccinazione, con la collaborazione dei Medici di Famiglia è stata raggiunta una percentuale di adesione pari al 72,07% delle persone di età ≥65 anni.

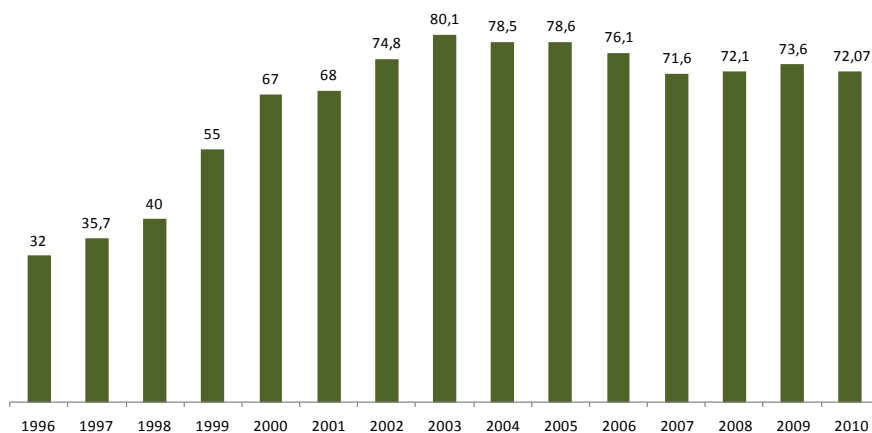
Nelle persone >65 anni, anche quest'anno la copertura complessiva della vaccinazione antinfluenzale ha superato il 75%

A queste vanno aggiunte le persone che tradizionalmente si sottopongono alla vaccinazione al di fuori del servizio pubblico; pertanto, se si aggiunge la quota distribuita dalle farmacie territoriali, è molto probabile che la copertura complessiva, anche quest'anno, abbia superato nettamente il 75%, percentuale indicata come obiettivo dal Ministero della Salute.

Riteniamo che la lieve diminuzione di adesione sia da addebitare alla negativa immagine fornita dalla sanità pubblica nella gestione della pandemia.

GRAFICO 4.2/1

Vaccinazione antinfluenzale: percentuale di persone di età ≥ 65 anni, vaccinate dal servizio pubblico nei distretti sanitari dell'ULSS 20.

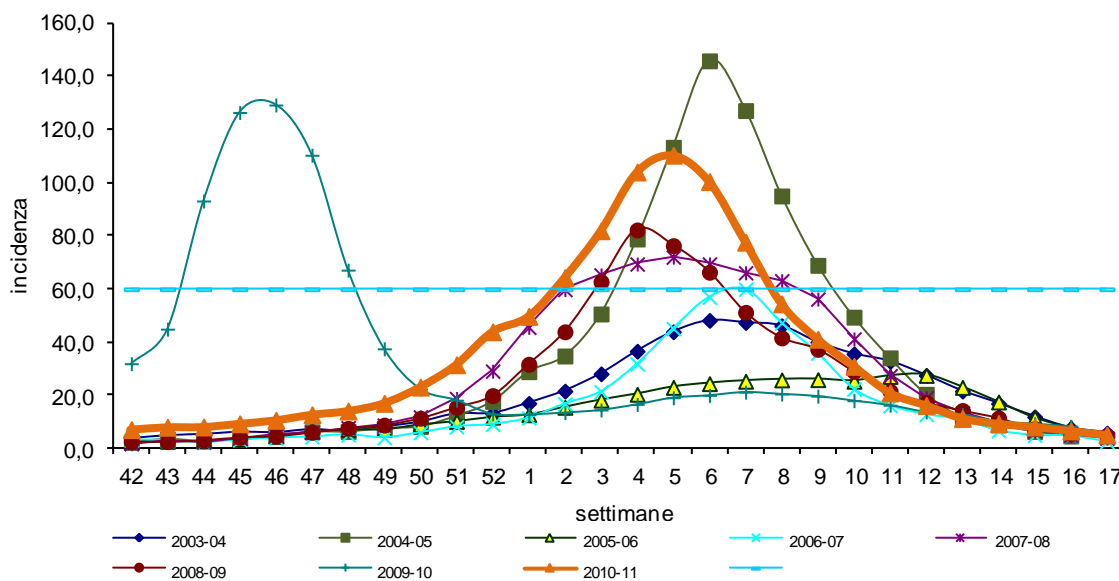


Tuttavia, se le persone di età ≥ 65 anni hanno aderito alla vaccinazione sostanzialmente come negli anni precedenti, così non è stato per altre categorie di persone per le quali la vaccinazione è fortemente raccomandata. Infatti le persone con patologie croniche, per le quali è elevato il rischio di complicanze in caso di malattia, hanno aderito in misura inferiore di circa il 15% (passando da 19.196 a 16.322), i familiari e i contatti di soggetti ad alto rischio con una riduzione del 30% (da 1.288 a 907). Anche il resto della popolazione ha aderito in minor misura con una riduzione del 50% (da 3.848 a 1.922). Però, come spesso succede, chi dà il cattivo esempio è il personale sanitario che ha aderito in misura notevolmente inferiore passando da 3.308 a 1.295, evidenziando un calo del 60%.

La sorveglianza sulla diffusione dell'influenza nella stagione 2009-10, attuata con la collaborazione di alcuni istituti scolastici, aveva evidenziato una diffusione della malattia in modo "strisciante": all'interno della stessa scuola venivano colpite in modo massiccio alcune classi, mentre venivano risparmiate altre classi ospitate nello stesso corridoio. Questa diffusione, inoltre, interessava soprattutto le fasce di popolazione più giovane, espressione probabile di una contagiosità piuttosto bassa del virus influenzale.

GRAFICO 4.2/2

Andamento delle epidemie di influenza dal 2003-04 al 2009-10: incidenza/10.000.



[NB: la 1ª settimana di gennaio di ogni anno corrisponde al numero "1" sull'asse delle ascisse].

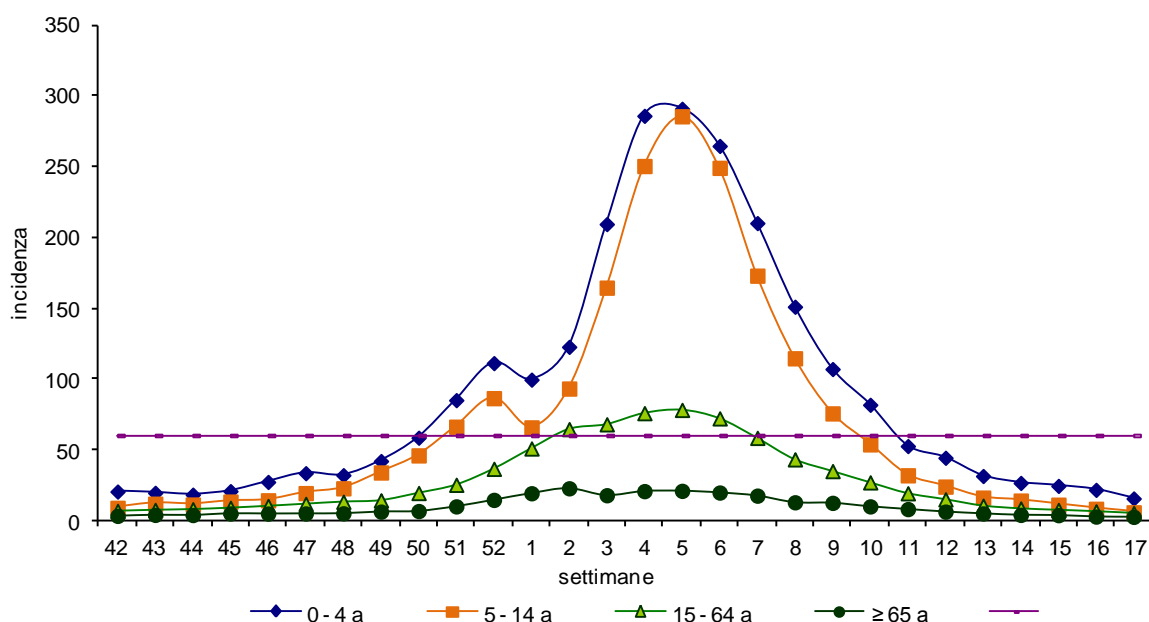
Anche nel corso della stagione 2010-11 la malattia ha interessato quasi esclusivamente le fasce più giovani mentre ha risparmiato pressoché completamente sia le persone di età superiore a 65 anni, vaccinate in percentuale abbastanza elevata, sia la fascia di popolazione adulta, vaccinata in percentuale molto bassa.

Il grafico n. 4.2/3, che rappresenta l'andamento dell'epidemia suddiviso per fasce di età, mette in evidenza molto chiaramente la diversa diffusione della malattia nelle diverse fasce di età; il grafico mostra anche l'effetto della chiusura delle scuole nel periodo delle vacanze invernali, che si manifesta con una flessione della curva proprio nella sua fase di salita corrispondente alle prime settimane dell'epidemia.

Si può infine notare come la flessione dell'incidenza nelle classi più giovani si rifletta, a distanza di circa 2 settimane, con una lieve flessione anche nella curva degli adulti, indicando come siano i bambini i principali "untori", che si contagiano a scuola e successivamente infettano i loro genitori. Questo potrebbe significare che la vaccinazione dei bambini potrebbe essere un modo molto efficace per controllare la diffusione del virus.

GRAFICO 4.2/3

Andamento dell'epidemia di influenza 2010-11 nelle diverse fasce di età: incidenza/10.000.



[NB: come nel grafico precedente, la 1ª settimana di gennaio corrisponde al numero "1" sull'asse delle ascisse].

Anche quest'anno la letalità dell'influenza è stata piuttosto contenuta, manifestandosi ancora a carico di persone con fattori di rischio per complicanze, che invece hanno aderito alla vaccinazione in misura minore rispetto all'anno precedente.

Per la campagna di vaccinazione del 2010-11 è diventato disponibile sul mercato un nuovo vaccino, in due dosaggi, uno per le persone adulte fino all'età di 59 anni, l'altro per persone di età superiore a 59 anni; questo vaccino ha il vantaggio di una più semplice somministrazione.

Tuttavia la disponibilità di un numero maggiore di tipi di vaccino ha evidenziato maggiore difficoltà nella raccolta dei dati relativi alle dosi somministrate, in particolare presso gli ambulatori dei medici di Medicina Generale, e una maggiore difficoltà nella gestione del magazzino vaccini.

INFLUENZA AVIARIA

Se nel corso del 2008 si era progressivamente ridotta l'attenzione verso la malattia causata dal virus AH5N1, che era stato considerato come il più probabile candidato a scatenare una nuova pandemia, nel corso del 2010 sono stati attribuiti a questo virus 48 casi accertati e 24 decessi (avvenuti per la maggior parte in Egitto e in Asia), con una riduzione di circa il 30% rispetto al 2009. Tuttavia l'attenzione verso questo virus rimane sempre alta e si continuano a studiare nuovi vaccini.

L'OMS continua a raccomandare ancora ai viaggiatori che si recano negli stati colpiti, di evitare contatti con ambienti ad alto rischio, in particolare i mercati dove si vendono animali vivi.

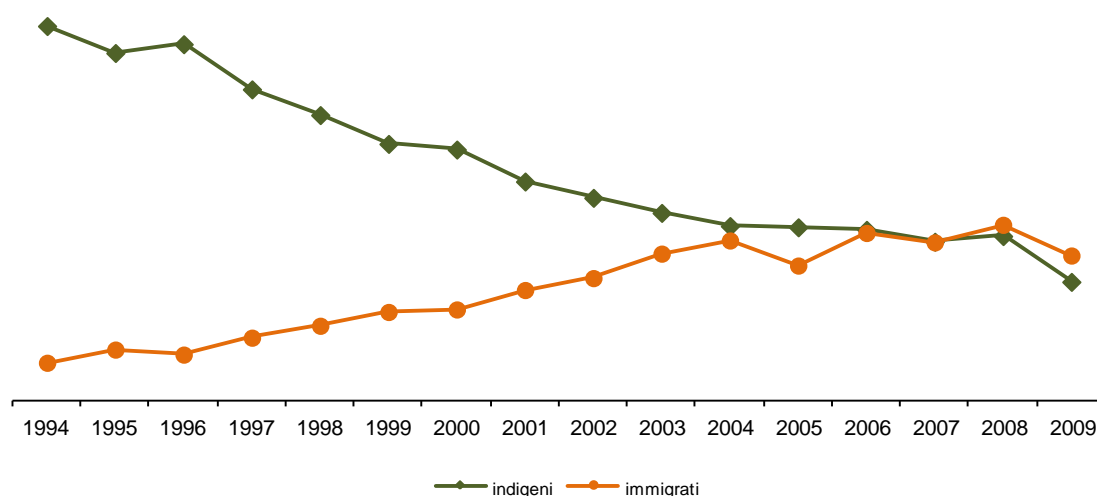
TUBERCOLOSI

Nel corso degli ultimi dieci anni nella Regione Veneto si è registrato complessivamente un calo della TBC di circa il 20%; da un lato è stata evidenziata una riduzione tra la popolazione indigena, dall'altro un incremento di casi tra la popolazione immigrata.

Tuttavia, mentre nei dati regionali le due curve, cioè quella relativa ai veronesi e quella relativa agli stranieri, si sono incrociate nel 2008, le due curve relative ai dati della nostra ULSS evidenziano un "incrocio" già nove anni fa.

GRAFICO 4.2/4

Veneto: incidenza della tubercolosi tra i veneti "indigeni" e tra gli immigrati



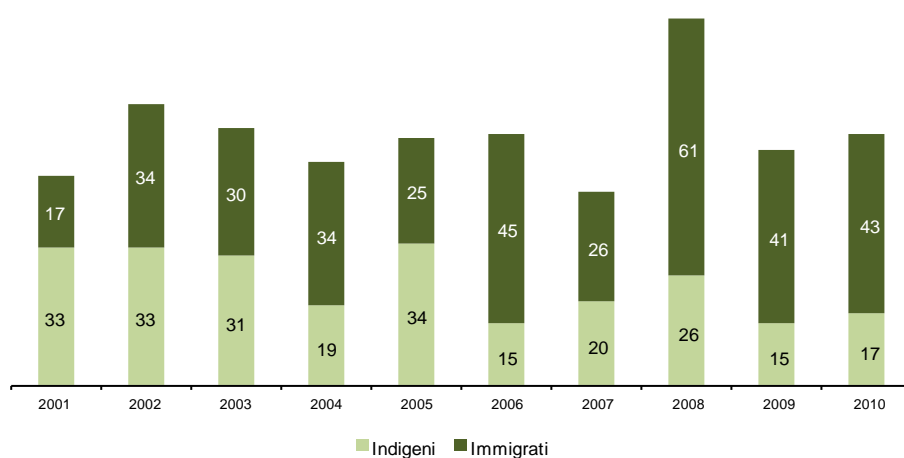
Nell'ULSS 20 si registra ancora una frequenza maggiore tra i maschi, con rapporto M/F pari a 2:1 (29 M e 14 F) tra gli immigrati, mentre tra gli italiani il rapporto è sostanzialmente in parità (9 M e 8 F).

Per quanto riguarda il paese di origine, la maggior parte dei casi riguarda immigrati da tre soli paesi: Romania (12 casi), India (7 casi) e Marocco (8 casi) che si confermano ancora gli stessi paesi di origine più rappresentati negli ultimi tre anni.

Come per gli anni precedenti anche nel corso del 2010 è stato notificato un caso piuttosto significativo di malattia sfuggito al follow - up dei contatti: un giovane straniero di 21 anni, membro di una famiglia di sette persone, nella quale tra il 2004 e il 2009 erano stati messi in terapia prima il padre e successivamente un fratello e una sorella. Per questo motivo alcuni tra i casi apparentemente più problematici tra quelli registrati lo scorso anno saranno analizzati e ricontrollati.

GRAFICO 4.2/5

ULSS 20: casi di tubercolosi tra i veronesi "indigeni" e tra gli immigrati.



Un altro elemento che differenzia le due popolazioni è rappresentato dall'età media delle persone ammalate: età media di 51 anni tra i veronesi, 33 - 34 anni l'età media degli immigrati. Tra le forme extra polmonari, non contagiose, sono state notificate 12 TBC linfonodali e 6 ossee.

Nel corso dell'anno sono stati notificati due casi che si sono manifestati in persone ricoverate in strutture ospedaliere e per le quali la segnalazione di malattia infettiva non è stata tempestiva; questo ha creato preoccupazione tra il personale sanitario e ha fatto sì che fossero numerose le persone che sono state considerate possibili contatti, richiedendo un considerevole impegno per effettuare il test agli operatori sanitari più o meno esposti. Esclusi questi due casi, il numero medio di persone esposte al rischio di contagio è di circa 3 persone per ogni persona malata. Ciò significa che sommando i contatti e i controlli durante il follow up, ad un servizio pneumotisiologico territoriale dovrebbero essere affidati circa 400 accessi all'anno, una media di circa otto persone per ogni settimana.

Sembra opportuno segnalare che tra i contatti del 2010 è stato identificato un caso secondario, figlio di una donna immigrata affetta da una forma polmonare; questo conferma l'importanza di una maggiore attenzione alla malattia, in particolare tra gli stranieri.

MENINGITI BATTERICHE

Nel corso dell'anno è stato registrato un numero decisamente inferiore di casi di meningiti batteriche rispetto agli anni precedenti. L'epidemia di meningite da meningococco C, registrata alla fine del 2007 nel trevigiano, aveva avuto notevole ripercussione anche nella nostra ULSS. La richiesta di vaccinazione era stata elevata in gran parte della popolazione, soprattutto per le fasce più giovani.

TABELLA 4.2/1

Tabella riassuntiva dei casi di accertata o sospetta sepsi o meningite batterica 2010

ETÀ	SESSO	RESIDENZA	DIAGNOSI	AG EZIOLOGICO	ESITO
64 a	M	Verona	Meningite batterica	Pneumococco	guarigione
6 m	M	Grezzana	Meningite batterica	Pneumococco	guarigione
48 a	M	Verona	Meningite batterica	Non identificato	guarigione
4 m	M	Verona	Meningite batterica	Meningococco B	guarigione

Ai casi riportati nella tabella 4.2/1 si devono aggiungere due casi di sospetta meningite batterica non confermati.

Anche quest'anno come nei due anni precedenti, nessun caso di meningite batterica è stato causato dal meningococco di tipo C, che aveva provocato l'epidemia nelle altre province del Veneto: è quindi ipotizzabile che la campagna di vaccinazione contro il meningococco C stia dando concreti risultati, riducendo ulteriormente una malattia già di per sé poco frequente. Un miglioramento ulteriore sarà possibile tra un paio di anni, quando molto probabilmente sarà disponibile il vaccino contro anche il meningococco di tipo B.

Nessun caso di meningite da meningococco C

È inoltre possibile che si riducano anche negli adulti i casi provocati dallo pneumococco contro il quale da alcuni anni è in atto la vaccinazione nei piccoli, con un'adesione molto elevata. Fortunatamente anche per quest'anno tutti i casi di questa temuta malattia hanno avuto esito in completa guarigione.

LEGIONELLOSI

Nel corso del 2010 sono stati segnalati 22 casi di legionellosi, 15 maschi e 7 femmine, con un'età media di circa 60 anni. In gran parte dei casi non sono evidenti esposizioni a sorgenti di rischio note per la trasmissione di questa malattia; in molti casi sono presenti invece condizioni associate a immunodepressione.

In un caso la malattia è stata associata al soggiorno in un albergo dove già in passato era stata riscontrata la presenza del microorganismo e dove l'indagine ambientale lo ha confermato a distanza di 3 anni. Come per altre attività è opportuno imporre ai gestori un autocontrollo per questo fattore di rischio.

4.3 PROFILASSI INTERNAZIONALE

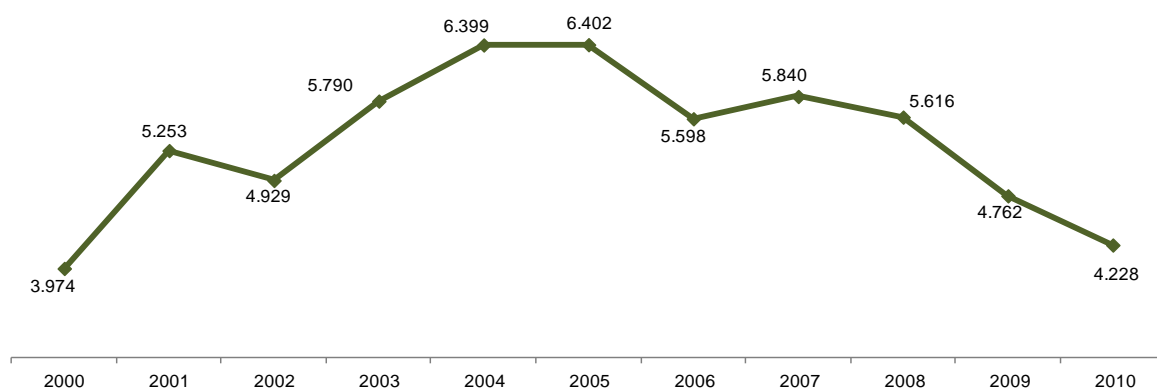
PRESTAZIONI

Nel corso del 2010 si sono rivolte all'ambulatorio Vaccinazioni Internazionali 4.228 persone per richiedere informazioni e/o sottoporsi a vaccinazioni (Graf. 4.3/1). Rispetto agli anni precedenti si è registrato un ulteriore sensibile calo degli accessi che riguarda prevalentemente i soggetti che viaggiano per turismo/migranti rispetto a quelli che viaggiano per motivi umanitari.

I viaggi e le migrazioni, infatti, risentono notevolmente degli eventi internazionali e della situazione economico-sociale del Paese.

GRAFICO 4.3/1

Numero di accessi all'ambulatorio Vaccinazioni Internazionali nel 2010.



I dati sulle vaccinazioni effettuate nel 2010 (Tab n.4.3/1) evidenziano complessivamente una diminuzione di circa il 16% rispetto al 2009 e di circa il 32% rispetto al 2005. Il calo ha riguardato tutti i vaccini somministrati nel nostro ambulatorio, ad eccezione di quello antirabbico, che negli altri anni veniva inserito nella voce "altre" (168 dosi somministrate nel 2010 vs 150 del 2009).

Questo vaccino è normalmente proposto ai viaggiatori in aree ad elevato rischio (India, Africa equatoriale) coinvolti in attività che potrebbero portarli a contatto con cani randagi pipistrelli e altri vettori rabidi (missionari, viaggiatori in aree rurali o che praticano trekking, alpinismo, ecc.).

TABELLA 4.3/1

Vaccinazioni effettuate per la protezione dalle seguenti malattie - anni 2005-10.

ANNO	F. GIALLA	EPATITEA	EPATITEB	EP A+B	TIFO	MENINGITE	RABBIA	ALTRE	TOTALE
2005	1.361	2.162	429	1.259	1.979	125		824	8.141
2006	1.254	1.961	374	937	1.749	86		701	7.062
2007	1.125	1.878	330	867	1.697	106		952	6.955
2008	896	1.795	320	793	1.601	254		1.237	6.896
2009	856	1.710	260	499	1.473	161	150	1.639	6.598
2010	748	1.511	187	390	1.173	110	168	1.246	5.533

MALARIA

La malaria rappresenta ancora un grave problema mondiale come confermato dall'ultimo rapporto dell'OMS del 2010: facendo riferimento all'anno 2009 l'OMS stima 225 milioni i casi nel mondo, con 781.000 decessi.

La maggior parte dei casi si sono verificati in Africa (78%), seguita dal Sud-Est Asiatico (15%) e dalla Regione dell'est mediterraneo (5%).

Negli ultimi anni in alcuni paesi ad alto rischio dell'Africa si è avuto un calo dei casi di malaria e dei decessi grazie ai programmi di controllo attuati dall'OMS basati sulla gratuità della terapia con artemisia, distribuzione di zanzariere impregnate con insetticidi a lunga durata, utilizzo di insetticidi spray negli ambienti. In particolare a Zanzibar si è registrata una diminuzione del numero dei ricoveri e dei decessi dell'81% nel periodo 2007-09 rispetto al 2000-02.

Casi di malaria diminuiti negli ultimi anni

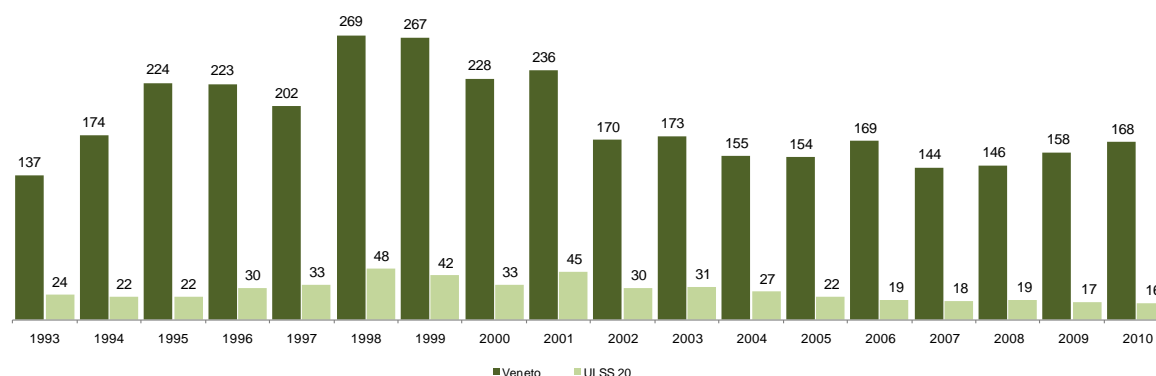
Si è osservato per contro un aumento dei casi nel 2009 rispetto al 2008 in tre paesi africani: Rwanda (dal 18% al 25%), Sao Tomè e Principe (140%), Zambia, nella zona orientale (da 9,3% a 22%). I motivi sono da attribuire alla fragilità e difficoltà del sistema di controllo e monitoraggio dei dati della malattia e nella riduzione dell'efficacia delle zanzariere impregnate per deterioramento e decadimento degli insetticidi (World Malaria Report 2010).

I dati di sorveglianza sui casi di malaria in Italia al periodo 2000-2008 confermano la tendenza verso la riduzione dei casi importati con una percentuale di decessi stabile e inferiore alla media europea (Giornale Italiano di Medicina Tropicale, vol. 15 n. 1-4 gen-dic 2010:35-38).

Nella nostra ULSS, così come in ambito Regionale, dal 1998 i casi sono progressivamente diminuiti mentre in questi ultimi anni si sono mantenuti su livelli costanti. Il decremento dei casi notificati nel 2010 rispetto al 1998, anno in cui si è registrato il picco massimo di incidenza in Italia, è stato di circa il 38% nel Veneto e di circa il 50% nella nostra Ulss (graf. 4.3/2)

GRAFICO 4.3/2

Casi di malaria notificati nel Veneto e nell'ULSS 20 dal 1993 al 2010.



Dall'analisi delle schede di notifica dei residenti della nostra ULSS risulta che i casi di malaria riguardano esclusivamente immigrati e missionari (14 su 16), che hanno visitato i seguenti Paesi: Ghana (8), Costa d'Avorio (3), Nigeria (2), Mozambico (1), Togo (1), India (1).

Riportiamo in particolare alcuni casi:

- 1 bambino di 5 anni, figlio di immigrati, che ha soggiornato in Nigeria, paese di origine dei genitori, per 45 giorni. La malattia da *P. falciparum*, si è manifestata dopo 5 giorni dal rientro in Italia. Durante il soggiorno non è stata effettuata alcuna profilassi nei confronti della malaria, pur essendo stata consigliata presso il nostro ambulatorio.
- 1 caso ha riguardato un sacerdote che ha visitato una missione in Mozambico per 10 giorni nel marzo 2010 (periodo di piogge). Ha riferito di aver effettuato correttamente la profilassi antimalarica con meflochina e anche con l'uso di mezzi meccanici. Il ceppo in causa è stato il *P. falciparum*. La malattia si è manifestata circa 45 giorni dopo il rientro in Italia ed è stata trattata con Artemisina e Metakelfin.
- 1 caso ha riguardato un soggetto che ha soggiornato in Togo per 10 giorni, per motivi di "volontariato". Durante il soggiorno non ha effettuato alcun tipo di profilassi, malgrado fosse stata consigliata presso il nostro ambulatorio. La malattia, da *P. falciparum*, si è manifestata il giorno dopo il rientro in Italia ed è stata trattata con Artemisina e Metakelfin.
- 1 caso ha interessato una ragazza di nazionalità indiana, arrivata per la prima volta in Italia nell'agosto 2009. La malattia da *P. vivax* si è manifestata circa 11 mesi dopo l'arrivo nel nostro Paese.
- 1 ragazzo ghanese di 30 anni che ha manifestato i sintomi di malaria dopo 4 giorni dall'arrivo in Italia per la prima volta; è stato isolato il *P. falciparum*.

TABELLA 4.3/2

Casi di malaria in residenti/domiciliati della Ulss 20 suddivisi per tipo di viaggiatori, anni 2001-10

TIPOLOGIE DI VIAGGIATORI*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Immigrati-Rientro in Patria	33 (5 bambini)	26 (4 bambini)	19 (1 bambino)	22 (6 bambini)	14 (1 bambino)	14	14	16 (1 bambino)	15	14 (1 bambino)
Missionari/Volontari	9	4	8	2	5	4	3	2	1	2
Lavoratori	0	0	4	1	1	0	0	1	0	0
Turisti	3	0	0	2	2	1	1	0	1	0
Totale	45	30	31	27	22	19	18	19	17	16

È molto importante, nell'effettuare la consulenza specialistica, essere molto incisivi nel fornire le informazioni sui rischi della malaria, specie agli immigrati che ritornano nei propri paesi di origine per visitare i familiari, in particolare se portano in viaggio anche i loro figli. Si deve tener presente, infatti, che i bambini, figli di immigrati, nati in Italia, non avendo acquisito alcuna resistenza nei confronti del Plasmodio, sono a maggior rischio di contrarre la malaria in forma grave quando viaggiano nei paesi endemici.

La maggior parte dei soggetti ammalati non ha eseguito la chemioprolifassi antimalarica durante il soggiorno in zone endemiche o l'ha eseguita in modo incompleto (tab. 4.3/3); solo 1 persona ha riferito di aver effettuato correttamente la profilassi farmacologica e meccanica.

TABELLA 4.3/3

Modalità di esecuzione della chemioprolifassi nei soggetti con malaria, anni 2001-10.

CHEMIOPROLIFASSI	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Corretta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nessuna	42	29	17	20	21	19	16	17	15	12
Scorretta o incompleta	3	1	4	3	1	0	2	2	2	3
Non specificato	0	0	10	4	0	0	0	0	0	0
Totale	45	30	31	27	22	19	18	19	17	16

L'adesione allo schema profilattico, che prevede l'assunzione del farmaco antimalarico prima del soggiorno in zona endemica, durante la permanenza e dopo il rientro, è altrettanto importante quanto la scelta del farmaco stesso per prevenire l'infezione o un decorso grave che ancor oggi può essere mortale.

Dalla lettura dei dati sopra riportati emerge la necessità di una sempre maggiore collaborazione tra gli ambulatori di medicina dei viaggi, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, Farmacisti, Associazioni di Volontariato e Agenzie di viaggio per evitare che i viaggiatori si rechino nei Paesi a rischio senza un'adeguata informazione sulle norme di profilassi.

ATTIVITÀ SCIENTIFICHE DEL PROGRAMMA REGIONALE PER I VIAGGIATORI INTERNAZIONALI

Il Programma Regionale nel 2010 ha, tra l'altro, realizzato le seguenti attività scientifiche: prosecuzione dell'elaborazione della Newsletter "Una finestra sul mondo" di approfondimento di tematiche su patologie infettive e tropicali ritenute di particolare importanza. I principali argomenti trattati sono stati: l'antrace, la tripanosomiasi africana e la leishmaniosi cutanea.

Le news sono reperibili nei siti:

<http://www.regione.veneto.it/channels;>
<http://prevenzione.ulss20.verona.it/viagnews.html>
<http://www.epicentro.iss.it>

- realizzazione del convegno su "Malattie trasmesse da vettori e salute globale", svoltosi a Venezia il 14 e 15 giugno 2010. Hanno partecipato 151 figure professionali tra medici, veterinari, biologi, personale infermieristico, tecnici della prevenzione e tecnici sanitari di laboratorio.
- aggiornamento e ristampa dell'opuscolo "viaggiare in salute" da distribuire ai viaggiatori internazionali. I contenuti dell'opuscolo sono aggiornati ogni 2 anni, a seguito di revisione della letteratura internazionale.
- traduzione delle comunicazioni sulle epidemie nel mondo (Edisanflash e Promed) con successiva trasmissione (via e-mail) agli ambulatori regionali di medicina dei viaggi, in modo da consentire un aggiornamento continuo degli operatori.

- prosecuzione della campagna di informazione “pillole della salute” attraverso i mezzi di comunicazione di massa;
- realizzazione, in collaborazione con il Reparto di Malattie Tropicali dell’Ospedale “Sacro Cuore” di Negrar (VR) e con le società scientifiche SIMET e SIMVIM, della terza edizione del corso a numero chiuso di “Travel Medicine”, (Negrar, ottobre 2010). Il finanziamento del programma Regionale ha consentito il pagamento delle iscrizioni di 10 operatori che lavorano presso gli ambulatori di medicina dei viaggi regionali.
- predisposizione di un programma di collaborazione con l’Istituto Zooprofilattico delle Venezie (IZPVe) per le patologie trasmesse da vettori e per la sorveglianza delle zoonosi infettive a possibile trasmissione all’uomo; tale collaborazione è in via di formalizzazione.

Nel sito del Dipartimento di Prevenzione e in quello regionale, è possibile visionare e stampare gli opuscoli informativi e le relazioni dei convegni relativi alla medicina dei viaggi:

Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/vaccinazioni.html>
<http://www.regione.veneto.it/channels>

INFORTUNI

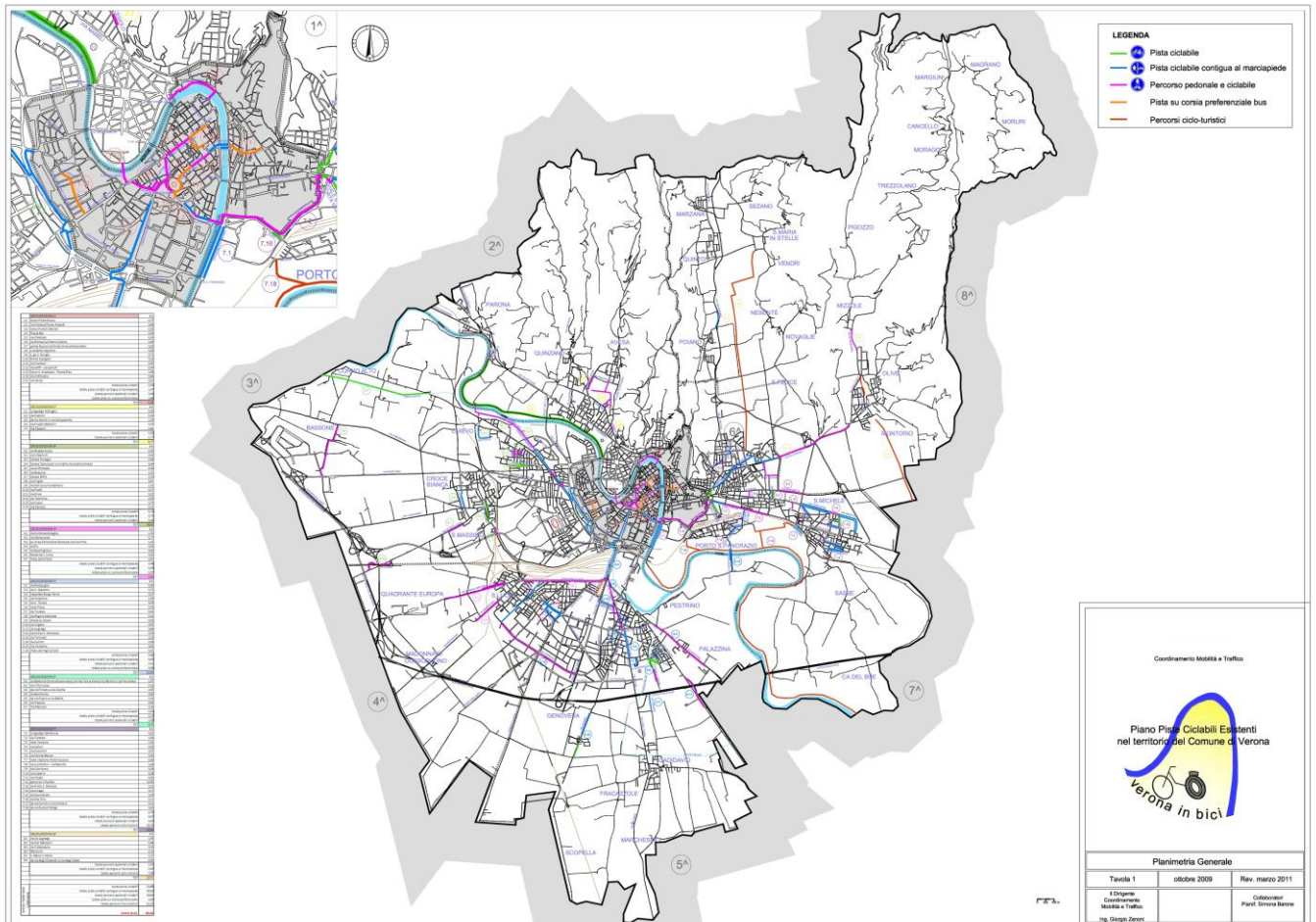
Continua la collaborazione, iniziata nel 1999, con il Centro di Coordinamento Studio Italiano rischio Occupazionale da HIV dell’Ospedale L. Spallanzani di Roma. L’attività consiste nella compilazione di schede specifiche, con l’indicazione delle modalità di infezione (punture da ago o lesioni da altri oggetti taglienti, contaminazioni muco-cutanee con sangue e/o materiali biologici, ecc.), dei mezzi di protezione usati, dei dati relativi al follow up, che prevede controlli dei markers dell’epatite B e C a 6 settimane, 3 mesi, 6 mesi dopo l’infortunio e, per l’HIV, a 12 mesi.

Nessun caso di siero-conversione per i markers dell’epatite e per l’HIV

Tra i 700 casi di operatori seguiti per il follow up in questi 10 anni, non si è registrata nessun caso di siero-conversione per i markers dell’epatite e per l’HIV, a conferma del basso rischio di trasmissione di queste malattie.

Nel 2010 sono stati, inoltre, controllati e seguiti per il follow-up 61 soggetti non dipendenti di strutture sanitarie che si sono infortunati con esposizione accidentale a rischio biologico; questi soggetti sono stati sottoposti a vaccinazione antitetanica e anti-epatite B, se non immuni; il successivo follow up a 6 mesi ha dato esito negativo.

Cartina delle piste ciclabili di Verona



Maggiori informazioni sulle mappe dei percorsi ciclabili di Verona
http://portale.comune.verona.it/nqcontent.cfm?a_id=3068

CAPITOLO 5

Le Malattie Cronico Degenerative

Parole chiave: Stili di vita, tabagismo, alimentazione corretta, sovrappeso, obesità, sedentarietà, passi, educazione alimentare, promozione dell'attività fisica, gruppi di cammino, determinanti ambientali, screening oncologici.

5.1 FATTORI DI RISCHIO LEGATI AGLI STILI DI VITA

Le patologie cardiovascolari, il cancro, il diabete e i disturbi respiratori cronici rappresentano oggi il principale rischio per la salute. Queste malattie, nel 2008, hanno provocato nel mondo 36 milioni di morti: il 63% dei decessi a livello globale e l'80% dei decessi nei Paesi a basso e medio reddito. Secondo l'Oms circa l'80% di queste malattie potrebbe essere prevenuto eliminando alcuni fattori di rischio come il consumo di tabacco, un'alimentazione scorretta e l'inattività fisica. (Rapporto mondiale OMS sulle malattie non trasmissibili, 2011).

Principali fattori di rischio: consumo di tabacco, alimentazione scorretta, inattività fisica.

1. TABAGISMO

Il fumo di tabacco provoca più decessi di alcol, AIDS, droghe, incidenti stradali e omicidi messi insieme. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. Si stima che una quota tra l'85 e il 90% dei tumori dei polmoni sia causata dal fumo.

Il 28,8% degli italiani fuma.
Il 90% dei tumori ai polmoni sono attribuiti al fumo

Il tasso grezzo di incidenza del tumore ai polmoni per 100.000 abitanti è di 120 nei maschi e 31 nelle femmine. Nel Veneto ci si attende pertanto in un anno, per questa causa, l'insorgenza di circa 3.300 nuovi casi di tumore polmonare, di cui 2.600 nei maschi e 700 nelle femmine.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Dall'indagine PASSI 2009 su un campione di 39.231 cittadini assistiti dalle Aziende Sanitarie Locali emerge che in Italia nel 2009 il 28,8 per cento della popolazione tra i 18 e i 69 anni dichiara di fumare, il 19,6 per cento si dichiara ex-fumatore mentre il 51,6 per cento dichiara di non fumare.

L'abitudine al fumo è risultata più alta nelle classi d'età più giovani, tra gli uomini, nelle persone con livello di istruzione intermedio (media inferiore e media superiore) e con maggiori difficoltà economiche. La media di sigarette fumate al giorno è pari a 13. In Veneto nel 2009 l'abitudine al fumo risulta minore rispetto alla media italiana.

Delle 5.399 persone intervistate tramite PASSI infatti dichiara di essere fumatore il 24,9 per cento del campione (contro il 28,8% in Italia). Il 22,1 per cento risulta ex- fumatore e il 53,1 non fumatore. La media di sigarette fumate al giorno è pari a 11. Rispetto all'anno precedente i fumatori sono diminuiti dell'1% (anno 2008: 25,9%). Anche in Veneto rimane elevata l'abitudine al fumo nelle classi d'età più giovani.

I dati più recenti a disposizione sull'abitudine al fumo dei più giovani sono quelli dell'Indagine Doxa-ISS secondo cui, in Italia, nel 2010, l'85,3% dei ragazzi tra i 15 e i 24 anni inizia a fumare prima dei 18 anni e di questi il 34,5% comincia prima dei 15 anni.

GRAFICO 5.1/1

Fumatori tra i 18 e i 69 anni. PASSI, Veneto e Italia – Anno 2009

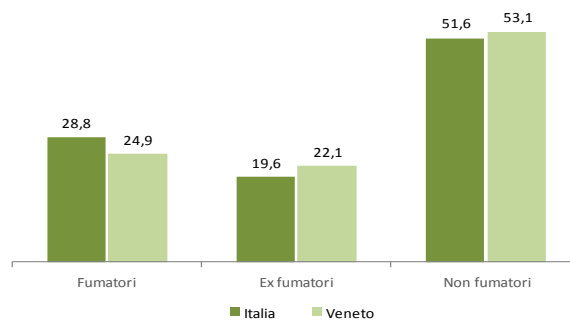


GRAFICO 5.1/2

Fumatori dai 18 ai 69 anni per classe di età. PASSI Veneto e Italia – Anno 2009

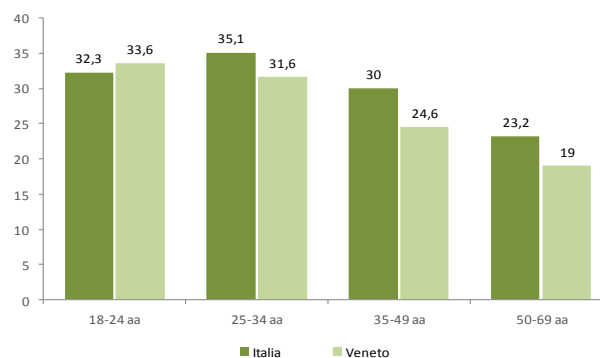
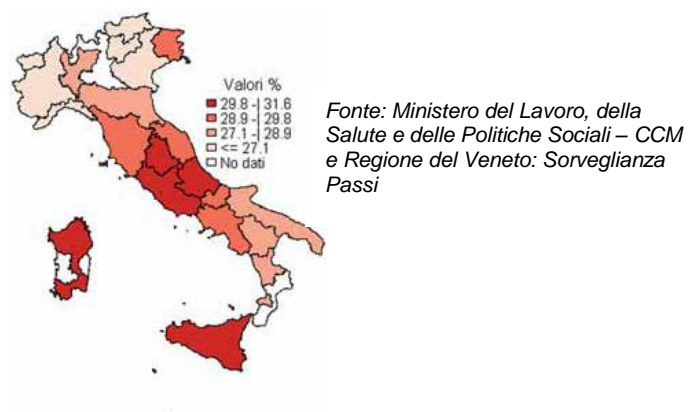


FIGURA 5.1/1

Percentuale di fumatori. Pool PASSI - Anno 2009



Tra i progetti nell'ambito della prevenzione del fumo ambientale è stato condotto in Veneto, nel mese di ottobre 2008, uno studio di tipo osservazionale per stimare la prevalenza di persone (conducenti e/o passeggeri) che fumano all'interno delle vetture. A questo proposito, i ricercatori dell'Istituto Tumori di Milano, hanno riscontrato che l'inquinamento prodotto da una sola sigaretta all'interno dell'abitacolo di un'automobile ha raggiunto valori superiori alle soglie di legge anche nelle condizioni migliori di ventilazione e con il finestrino lato fumatore completamente aperto.

L'indagine condotta nel Veneto, cui ha partecipato anche il Dipartimento di Prevenzione di questa ULSS 20, ha preso in considerazione un campione di vetture che hanno sostato nei due siti di osservazione più significativi dei comuni campionati, ossia quegli incroci con o senza semaforo o l'entrata in rotonde con maggior flusso di traffico.

L'indagine ha evidenziato che nel 7% delle vetture è stata notata almeno una persona fumare all'interno. Nell'88% di queste era solo il conducente a fumare, nell'8% solo il passeggero e nel 4% sia il conducente sia il passeggero stavano fumando; inoltre nell'1% nelle vetture erano presenti dei bambini. Gli uomini fumano più delle donne (7,3% verso 4,7%) e fumano soprattutto i giovani: l'8% dei conducenti ha meno di 25 anni, il 6,5% dei conducenti ha un'età compresa tra i 25 e i 64 anni, e il 2,7% dei conducenti ha più di 65 anni.

Fumo in auto
Nel 7% delle vetture è stata notata almeno una persona fumare all'interno.
Nell'1% delle vetture in cui si fuma sono presenti dei bambini

2. ALIMENTAZIONE SCORRETTA

Le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete, che danno il contributo più importante alla mortalità, sono prevenibili mediante interventi efficaci che affrontino i fattori di rischio comuni. Per quel che riguarda la corretta alimentazione, nel Piano d'azione OMS 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili si promuovono:

- l'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita;
- programmi per assicurare la nutrizione ottimale a tutti i bambini nei primi mesi e anni di vita;
- una politica nazionale e un piano d'azione per una corretta alimentazione, incluso il controllo delle malattie croniche correlate alla dieta;
- informazioni accurate ed equilibrate ai consumatori per metterli in grado di fare scelte sane;
- la predisposizione e messa in atto assieme ai principali stakeholders di strategie e meccanismi capaci di promuovere un marketing alimentare responsabile per quanto riguarda la riduzione dell'impatto di alimenti con elevati contenuti di grassi saturi, zuccheri e sale.
- Il sovrappeso è in continuo aumento soprattutto in età evolutiva. In alcune regioni la percentuale di bambini e preadolescenti in sovrappeso è drasticamente aumentata fino a triplicarsi rispetto agli anni '80.

Obesità. Un'epidemia in crescita: in sovrappeso 3 adulti su 10; obeso 1 adulto su 10

In Italia la quota di obesi è in crescita; come indicato nell'indagine Passi del 2009, tre adulti su dieci (32%) sono in sovrappeso, mentre uno su dieci è obeso.

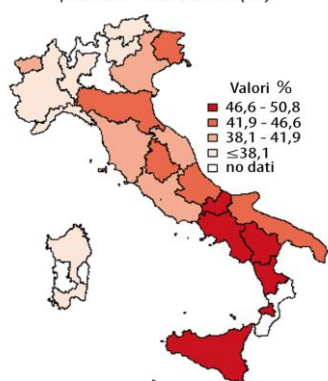
Dunque, in totale, il 42% della popolazione tra i 18 e i 69 anni è in eccesso ponderale. Questa condizione è più frequente tra gli uomini (51%) che tra le donne (34%) e aumenta con l'avanzare dell'età. Dal confronto con le stime dei due anni precedenti, nel triennio 2007-09 si nota che il valore delle persone in eccesso ponderale è rimasto stabile. In Veneto le rilevazioni non si discostano dal dato nazionale con un eccesso ponderale pari al 40% del campione. Questi dati sono coerenti anche con quelli forniti dall'Istat con l'indagine multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", pubblicata nel marzo 2007 e riferita all'anno 2005.

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità, BMI ≥ 25) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle che dichiarano di avere molti problemi economici. Analizzando queste caratteristiche tutte insieme con un modello logistico multivariato, si confermano questi risultati: l'eccesso ponderale è associato in maniera statisticamente significativa all'età, al sesso, al livello di istruzione e alla situazione economica percepita.

FIGURA 5.1/2

L'eccesso ponderale in Italia negli adulti (18-69 anni) - Pool di Asl, Passi 2009

Eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)
pool Asl - Passi 2009 (%)



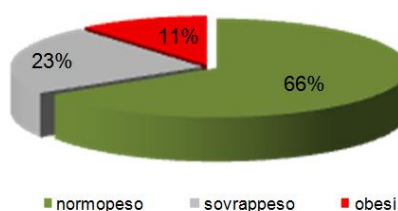
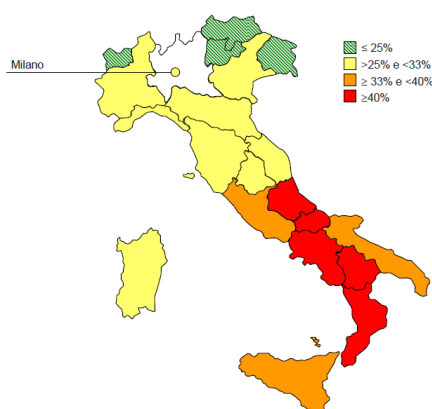
SITUAZIONE NUTRIZIONALE		
normopeso/sottopeso	sovrappeso	obesi
58%	32%	10%
ECESSO PONDERALE PER SESSO, ETÀ E CONDIZIONI SOCIALI		
nei due sessi	uomini	51%
	donne	34%
Nelle classi di età	18-34 anni	24%
	35-49 anni	42%
	50-69 anni	57%
Istruzione	nessuna/elementare	62%
	media inferiore	49%
	media superiore	36%
	laurea	31%
Nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	52%
	Qualche difficoltà	44%
	Nessuna difficoltà	38%

Lo studio OKkio alla salute 2010 conferma a livello nazionale livelli preoccupanti di eccesso ponderale in età evolutiva: il 22,9% dei bambini misurati è risultato in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità. Si evidenzia, inoltre, una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Sud (dal 15% di sovrappeso e obesità nella Provincia Autonoma di Bolzano al 48% in Campania).

Un bambino su quattro è in sovrappeso

FIGURA 5.1/3

Sovrappeso e obesità per Regione, bambini 8-9 anni della 3° primaria (2010, OKkio alla SALUTE)



I dati della Regione del Veneto nel dettaglio evidenziano che il 7% dei bambini è obeso (IC 95% 6,3 - 7,8), il 21,4% è in sovrappeso (IC 95% 20,3 - 22,6), il 71,5 % è normopeso o sottopeso (IC 95% 70,2 - 72,9). Complessivamente il 28,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Se rapportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni (276.867), il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione del Veneto sarebbe pari a 78.353, di cui obesi 19.381.

GRAFICO 5.1/3

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni (%) in Veneto. OKkio alla SALUTE 2010

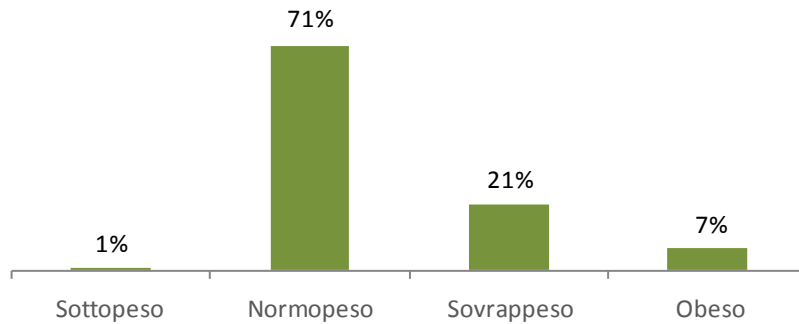
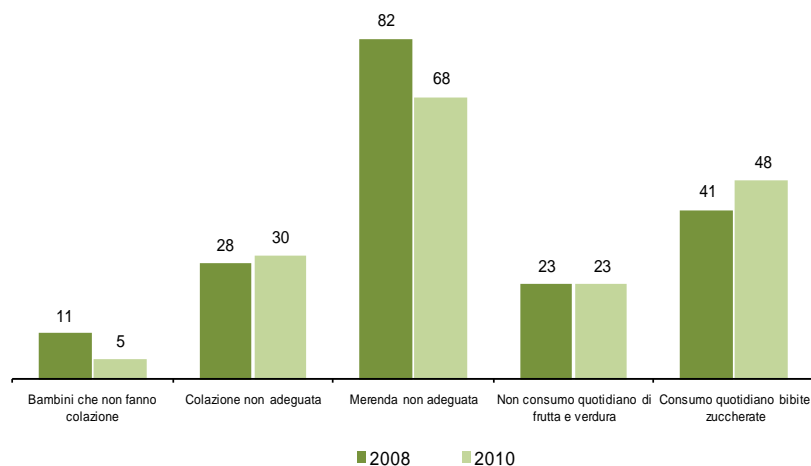


GRAFICO 5.1/4

Prevalenza dei fattori di rischio alimentari. Confronto tra OKkio alla SALUTE 2008 e 2010 in Italia

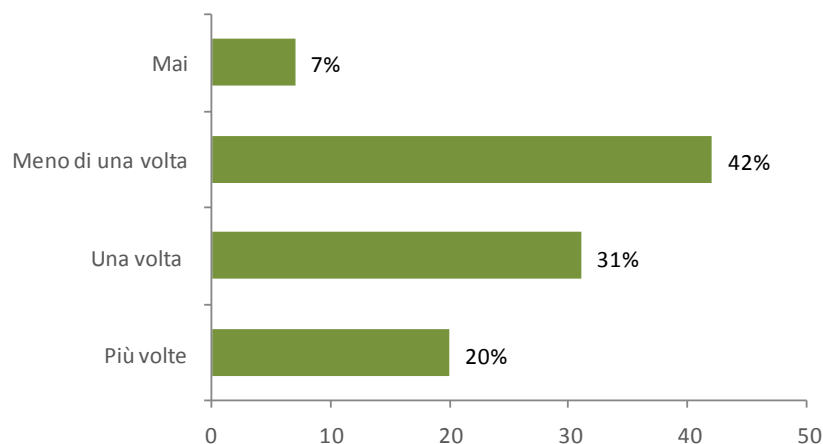


La raccolta dati 2010 ha messo in luce la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che predispongono all'aumento di peso, specie se concomitanti. In particolare, è emerso che il 9% dei bambini salta la prima colazione e il 30% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 68% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante, mentre il 23% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e verdura e il 48% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate. In Veneto solo il 49,4% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle bevande zuccherate. Il 30,7% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al giorno e ben il 19,9% più volte al giorno.

Abitudini alimentari sfavorevoli nei bambini

GRAFICO 5.1/5

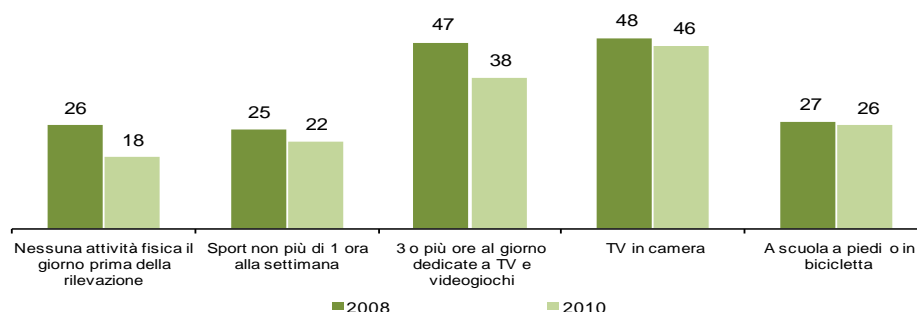
Consumo di bevande zuccherate al giorno (%) in Veneto. OKkio alla SALUTE 2010



Anche i dati raccolti sull'attività fisica sono poco confortanti: il 22% dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana e il 18% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine. Inoltre, la metà circa dei bambini ha la TV in camera, il 38% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per 3 o più ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta.

GRAFICO 5.1/6

Prevalenza dei fattori di rischio dovuti a scarsa attività fisica e sedentarietà. Confronto tra OKkio alla SALUTE 2008 e 2010 in Italia.



Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/okkiosalute.html>

Dall'indagine HBSC Italia 2010 è inoltre emerso che la frequenza dei ragazzi in sovrappeso/obesi va dal 29,3% nei maschi e dal 19,5% nelle femmine undicenni, al 25,6% nei maschi e al 12,3% nelle femmine di 15 anni. Sono, dunque, soprattutto i maschi ad essere in sovrappeso o obesi, mentre i livelli di sovrappeso/obesità diminuiscono, in entrambi i generi, al crescere dell'età.

Per quanto concerne gli obesi, si nota una diminuzione di circa 2 punti percentuali rispetto alla precedente indagine HBSC Italia 2006, per i maschi, dagli 11 ai 15 anni (da 6,0% a 4,0%), mentre si riscontra una diminuzione di 1 punto percentuale nelle femmine della stessa età (dal 2,4% all'1,4%). Anche in questo caso le regioni del Centro – Sud Italia presentano la maggiore percentuale di ragazzi e ragazze in sovrappeso e, soprattutto, obesi.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/igiene2_hbsc.html

Le abitudini alimentari e l'assunzione di alimenti dipendono sia dalle scelte individuali (influenze culturali, preferenze alimentari) che da fattori socioeconomici e ambientali (economicità e disponibilità di alimenti, qualità e sicurezza dei prodotti, ecc.) e spesso c'è una correlazione fra disuguaglianze sociali e scelte alimentari.

Il prezzo elevato e la disponibilità di alimenti possono incidere sulle scelte della popolazione a più basso reddito e livello socio-culturale. In tempo di recessione le abitudini alimentari possono cambiare in quanto condizionate dai costi del cibo e tendere a un peggioramento allontanandosi da modelli protettivi.

Disuguaglianze sociali
Costo del cibo
Distribuzione commerciale
Pubblicità – marketing

La distribuzione commerciale e il costo contenuto del cibo a basso valore nutrizionale ed alto apporto calorico (junk food), costituiscono ulteriori determinanti nelle scelte alimentari della popolazione, così come la diffusione di tali alimenti nell'offerta dei vari canali di vendita (negozi, supermercati, distributori automatici, ecc).

Inoltre, come molti comportamenti, anche le abitudini alimentari non sono indifferenti alle logiche del marketing e della pubblicità. Soprattutto nei contesti socioculturali più difficili, la scelta di cosa mangiare può dipendere fortemente dai prezzi, ma anche dall'accessibilità, ovvero da fattori urbani e di trasporto.

3. SEDENTARIETÀ

La sedentarietà rappresenta uno dei maggiori determinanti di malattia e di morte per le principali patologie croniche. L'attività fisica (AF) risulta fondamentale per contrastare tale fattore di rischio. Una revisione sistematica apparsa nel 2006 afferma che "esiste una evidenza irrefutabile riguardo all'efficacia dell'AF nella prevenzione primaria e secondaria di diverse malattie croniche (esempio, cardiovascolari) e della morte prematura".

Numerosi studi hanno dimostrato un'efficacia dell'AF nella riduzione della mortalità da tutte le cause, quantificabile intorno al 30%. Il semplice camminare ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno per più giorni alla settimana è associato ad una significativa riduzione della mortalità per malattie croniche. Il movimento riduce anche la mortalità cardiovascolare, almeno del 30% (e del 40-50% le complicanze cardiovascolari nei diabetici). In uno studio da noi pubblicato su *Diabetes Care* i diabetici che hanno partecipato regolarmente all'attività motoria hanno migliorato il compenso e hanno ridotto significativamente il consumo di farmaci. Per quanto riguarda la morbilità, gli studi evidenziano una riduzione almeno dell'ordine del 30% per la patologia coronarica, dal 25 al 43% per l'ictus cerebri e di poco meno del 60% per la comparsa di diabete di tipo 2 in soggetti con alterata tolleranza al glucosio. Vi è anche un effetto significativo dell'AF sui valori di pressione arteriosa e di colesterolo plasmatici.

Efficacia dell'attività fisica nella riduzione della mortalità per diverse malattie croniche

Inoltre, l'AF riduce significativamente il rischio di sviluppare il tumore della mammella, dell'endometrio e del colon mentre nei soggetti con tumore della mammella ha un impatto positivo sulla sopravvivenza. È stato calcolato che la riduzione del rischio globale di tumori sia dell'ordine del 30%.

Infine, molte altre patologie possono essere prevenute attraverso l'AF, tra cui: l'obesità; i disturbi correlati con l'invecchiamento; l'ansia, la depressione, la disfunzione erettile, il disagio psicosociale; le cadute e le fratture dell'anziano.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/efficacia_attmot.html

TABELLA 5.1/1

Malattie prevenibili mediante attività fisica regolare

PATOLOGIE CHE SI POSSONO PREVENIRE
patologie cardiovascolari
ictus cerebrali
dislipidemie
obesità
ipertensione
insorgenza di diabete e nei diabetici le complicanze del diabete
osteoporosi
decadimento mentale legato all'invecchiamento, depressione, disfunzione erettile
alcuni tumori: colon, mammella e probabilmente anche prostata, endometrio e polmone

Tuttavia i livelli di attività della popolazione veneta, analogamente alle altre regioni italiane, sono bassi: da una ricerca telefonica effettuata a Verona nel 2006 su 1200 anziani (Dipartimento di Economia - Università di Verona) risulta che solo 1/6 degli anziani veronesi pratica livelli sufficienti di AF e il 30% si dichiara completamente sedentario. I dati Passi evidenziano che nel Veneto nel 2008 solo il 28% degli adulti praticava livelli di AF sufficienti (il dato rappresenta un peggioramento rispetto al 33% del 2007) mentre il 25% era sedentario (vs il 20% del 2007).

Per quanto riguarda i ragazzi, secondo lo studio HBSC nel 2006 svolgevano almeno 1 ora di AF per 5 giorni alla settimana il 37% degli 11enni, il 34% dei 13enni e il 28% dei 15enni. Soprattutto in questi ultimi anni, tale disaffezione all'attività fisica è in parte correlabile all'uso eccessivo del mezzo televisivo, i cui messaggi pubblicitari, come rilevato dall'indagine presentata a Pisa dalla Società Italiana di Pediatria (2005), possono inoltre indurre ad errori dal punto di vista nutrizionale.

La responsabilità per la scelta di stili di vita salutari non può comunque essere lasciata esclusivamente agli individui, ma deve diventare una responsabilità condivisa da tutta la comunità. La creazione di una rete di Istituzioni che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli e modalità di azione rappresenta quindi un momento fondamentale per poter sviluppare interventi sostenibili e continuati (coinvolgimento di Istituzione regionali, amministratori locali, scuola, servizi sanitari e sociali, medici di famiglia e pediatri, associazioni, aziende, produttori e reti di distribuzione di prodotti alimentari e strutture di ristorazione).

SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) si inquadra nell'ambito delle attività di prevenzione di "Guadagnare salute" finalizzate a contrastare le malattie croniche e rendere più facili per i singoli cittadini le scelte di salute. Un salto da un sistema che misura esclusivamente la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie offerte, a uno che verifichi direttamente i bisogni di salute percepiti dei cittadini. È questo il cambiamento culturale che sta alla base di Passi, progetto promosso dal ministero della Salute per monitorare le attività di prevenzione sulle maggiori malattie nel nostro Paese. Le informazioni vengono raccolte tramite interviste telefoniche effettuate direttamente da personale dell'ULSS e riguardano la percezione della salute, gli stili di vita ed i comportamenti a rischio nel nostro Paese. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni. Il monitoraggio è partito anche nella nostra ULSS nel maggio 2008.



La partecipazione dell'ULSS allo studio Passi, unico sistema di sorveglianza sui comportamenti individuali esteso a tutto il territorio nazionale e regionale, è importante perché consente un utilizzo dei dati direttamente a livello locale di ULSS e Regione, di monitorare le modifiche nel tempo dei comportamenti e di valutare l'efficacia delle misure preventive adottate.

5.2 FAVORIRE UN'ALIMENTAZIONE SANA

RISTORAZIONE COLLETTIVA

In tempo di recessione più che mai acquisisce importanza il pasto fuori casa nelle mense aziendali, scolastiche, sociali e assistenziali in rapporto alle scelte effettuate dai cittadini competenti che devono coniugare la qualità con la sostenibilità economica, nel rispetto di gusto, tradizione e salute. Linee di indirizzo recepite a livello normativo possono promuovere e garantire standard qualitativi elevati nella ristorazione collettiva, facilitando interventi di promozione verso stili alimentari salutari.

La ristorazione collettiva è stato dunque un terreno di lavoro fertile per promuovere la sana alimentazione coinvolgendo Amministrazioni comunali, scuole, famiglie, ditte di ristorazione, associazioni di categoria, volontariato.

Verificati i menù di 372 mense scolastiche
Linee guida ristorazione scolastica

Molte azioni del SIAN basate sul programma Guadagnare Salute sono rivolte alle scuole e agli asili nido per favorire fornitura di cibi adeguata secondo le linee guida regionali per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica che rappresentano uno standard di riferimento anche nella formulazione dei capitolati d'appalto.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/ristoscuola_lineeguida.html

Il particolare interesse sugli aspetti nutrizionali e di qualità in generale della ristorazione ha portato alla pubblicazione di apposite linee guida sia a carattere regionale (ristorazione scolastica, assistenziale extraospedaliera, ospedaliera in fase di ultimazione) sia nazionale (scolastiche e ospedaliera e assistenziale)

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/ristorazione_lineeguida.html

Nell'ambito dell'attività di prevenzione nutrizionale viene svolta attività di consulenza, verifica e validazione dei menù e tabelle dietetiche della ristorazione scolastica. Al 2010 sono stati verificati sotto l'aspetto nutrizionale e/o predisposti i menù di 372 mense scolastiche sul territorio (pari a circa il 75% di quelle note). Una particolare attenzione è rivolta ai regimi dietetici speciali per patologie o anche per motivi etico religiosi; i primi hanno riflessi importanti a livello di garanzie igienico sanitarie sulla sicurezza alimentare e nutrizionale. Su richiesta vengono valutati e predisposti menù e tabelle dietetiche nell'ambito della ristorazione collettiva.

A scopo esemplificativo si riportano i dati riferiti alle richieste di regimi dietetici speciali della popolazione in età prescolare e scolare (fino a 14 anni) che fruisce delle mense pubbliche gestite dal Comune di Verona (anno scolastico 2010/2011): 1975 richieste di diete speciali destinate al 10% degli utenti (totale utenti 16.944).

Sono state inoltre effettuate consulenze alle Amministrazioni Comunali sui capitolati d'appalto; commissioni mensa; verifiche con sopralluoghi sulla qualità nutrizionale dei pasti nonché pareri e/o realizzazione di diete speciali (celiachia, intolleranze e allergie alimentari) con adattamento del menù scolastico e controlli ufficiali ai sensi dei Regolamenti comunitari. Anche nella ristorazione delle strutture residenziali extraospedaliere, viene fornita consulenza su aspetti nutrizionali della ristorazione sulla base delle Linee di indirizzo regionali.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/extraosp_lineeguida.html

INFORMAZIONE, EDUCAZIONE ALIMENTARE E PROMOZIONE DELLA SANA ALIMENTAZIONE

La promozione di scelte alimentari consapevoli attraverso interventi di informazione ed educazione alimentare, marketing sociale, educazione al gusto integrati con la promozione dell'attività motoria, fanno parte dell'attività del SIAN e sono realizzati con approccio multisettoriale, privilegiando la scuola e le fasce deboli della popolazione.

Il SIAN ha supportato iniziative didattiche a carattere educativo presso scuole all'interno di progettualità regionali e locali fra cui: Piano Regionale sicurezza alimentare, progetto metodo ANSISA; Alimenti in Salute "Cibo intelligente".

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/igiene2_infoalimentare.html
http://prevenzione.ulss20.verona.it/igiene2_cibointelligente.html

5.3 PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA

PREMESSA

L'attività fisica (AF) risulta fondamentale per contrastare la sedentarietà che costituisce uno dei principali determinanti di morbilità e mortalità per le patologie croniche. Per questi motivi la promozione dell'AF è stata inserita tra le attività previste dal DPCM Guadagnare Salute (insieme alla sana alimentazione e alla lotta al fumo e all'abuso di alcolici), negli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione 2010-2012. Questo Dipartimento di Prevenzione è capofila del programma regionale di promozione dell'attività motoria e anche di quello nazionale (concluso il 31 luglio 2011).

LE DIVERSE FORME DI ATTIVITÀ FISICA

IL CAMMINO, LA BICICLETTA, L'USO DELLE SCALE

Il modo più efficace e più semplice per diventare attivi è muoversi di più nella vita quotidiana.

Camminare e andare in bicicletta è salutare e anche divertente: dà un senso di benessere, ha un effetto positivo sul tono dell'umore, aiuta a socializzare e facilita i rapporti interpersonali oltre ad incrementare l'autostima.

L'attività fisica può essere svolta anche da soli, ma praticarla in gruppo è più piacevole

L'attività fisica, infatti, è uno dei più potenti stimolanti della produzione di endorfine, quelle sostanze che vengono prodotte dal cervello per contrastare il dolore e dare una sensazione di piacere. Inoltre il cammino e la bicicletta sono mezzi di trasporto economici e rispettosi dell'ambiente.

Anche fare le scale a piedi abitualmente invece di usare l'ascensore è un metodo semplice ed economico per muoversi di più nella vita di tutti i giorni.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/modi_attmot.html

LE ATTIVITÀ ORGANIZZATE E I LUOGHI DOVE PRATICARE L'ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica può essere svolta anche da soli, ma per molti praticarla in gruppo è più piacevole. È importante perciò conoscere l'esistenza delle principali iniziative organizzate di AF presenti sul territorio.

Uno degli impegni del Dipartimento di Prevenzione è quello di collaborare all'organizzazione di iniziative di AF di gruppo, a basso costo o gratuite, a Verona e negli altri comuni dell'ULSS 20, destinate soprattutto agli anziani e ai portatori di malattie croniche.

Le principali sono attualmente:

- Gruppi di cammino (15 nei diversi quartieri della città)
- Ginnastica per anziani (in tutte le circoscrizioni e in 6 comuni extra Verona)
- “Pedala che ti passa” (iniziativa di bicicletta, nei mesi primaverili)
- Ballo (in 6 centri anziani oltre a eventi unificati organizzati periodicamente dal comune di Verona)
- Ginnastica e cammino per diabetici (v. avanti)
- Cammino per portatori di patologie psichiatriche (presso il centro salute mentale di Borgo Roma)

Inoltre sono state censite le principali risorse per l’attività fisica presenti sul territorio: aree verdi, percorsi dove camminare, correre o andare in bicicletta, strutture al coperto per lo sport e l’AF.

Le informazioni su strutture, iniziative organizzate ed eventi motori sono state trasmesse alla popolazione e agli operatori sanitari attraverso i principali mass media locali.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmot_territoriovr.html

LE ETÀ E LE PATOLOGIE

I BAMBINI E I GIOVANI

L’AF è fondamentale sia per lo sviluppo fisico che per quello psicologico: favorisce l’agilità, migliora la coordinazione, riduce il rischio di obesità e previene molte malattie dell’età adulta; inoltre educa anche ad un buon controllo emotivo, migliora l’autostima e le capacità di socializzazione, fa divertire. Favorisce cioè un benessere completo.

Per motivare i bambini all’AF è necessario il sostegno dei genitori, degli altri adulti significativi e dell’intera società; inoltre l’intero contesto urbanistico dovrebbe essere rivisto perché le principali forme di attività motoria (giocare all’aperto, correre, camminare, usare la bicicletta) sono gravemente ostacolate dal traffico nelle nostre città. Nel 2010 sono state potenziate le iniziative rivolti ai ragazzi con i progetti “Ragazzi in gamba” (materiali e metodi per i ragazzi delle primarie e secondarie di I e II grado), “Diamoci una mossa” (laboratori per i ragazzi in orario curricolare con coinvolgimento anche dei genitori e degli insegnanti), “Vado a scuola camminando” (promozione del cammino sul percorso casa-scuola), “Guadagnare Salute in adolescenza” (promozione di AF e sana alimentazione), “Tante Tinte” (laboratori nelle scuole ad alta componente di stranieri, v. avanti) oltre alla realizzazione di materiali per i diversi ordini di scuole e l’aggiornamento delle pagine web sui bambini e del blog “Movimentiamoci”. Tutti i materiali sono liberamente scaricabili e possono essere richiesti in formato cartaceo al Dipartimento di Prevenzione.

Un bambino attivo diventerà quasi sicuramente un adulto dinamico e sano

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/bambini_attmot.html
http://prevenzione.ulss20.verona.it/giovani_attmot.html
http://prevenzione.ulss20.verona.it/ragazzingamba_nazionale.html

GLI ANZIANI

Lo stile di vita attivo rallenta l’invecchiamento e la perdita di autonomia tipica dell’età avanzata. Non esiste un’età limite oltre alla quale il movimento vada sconsigliato: anche a 90 anni si può iniziare senza problemi, purché con le dovute precauzioni per quanto riguarda la gradualità e l’intensità dello sforzo. Per questo molte iniziative sono rivolte agli ultra sessantenni. Nell’ULSS 20 il programma “La Salute nel Movimento” è arrivato a coinvolgere circa 1500 anziani (di cui 1000 a Verona e 500 negli altri comuni); i principali risultati ottenuti sono riportati nell’opuscolo scaricabile dal web http://prevenzione.ulss20.verona.it/ginnastica_vr.html

Non esiste un’età limite oltre alla quale il movimento vada sconsigliato

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmot_territoriovr.html
http://prevenzione.ulss20.verona.it/ginnastica_vr.html

I DIABETICI

Esiste una forte evidenza scientifica che dimostra come sia possibile modificare il rischio di comparsa del diabete attraverso l'AF, che quindi va consigliata soprattutto alle persone ad alto rischio di squilibrio glicemico: ad es. coloro che sono in sovrappeso o obesi e chi soffre di sindrome metabolica.

Le iniziative rivolte alla popolazione generale e ai suoi sottogruppi (anziani, adulti, bambini) trovano quindi un ruolo preminente nella prevenzione primaria del diabete. Nei soggetti già diabetici, inoltre, l'attività fisica aiuta a prevenire gran parte delle complicazioni (metaboliche e cardiovascolari) tipiche di questa malattia. Inoltre in un recente studio da noi pubblicato su *Diabetes Care* i diabetici veronesi che hanno partecipato regolarmente al programma di attività motoria oltre a migliorare il compenso metabolico hanno potuto ridurre significativamente il consumo di farmaci.

È possibile modificare il rischio di comparsa del diabete attraverso l'AF. Nei diabetici l'attività fisica aiuta a prevenire le complicazioni tipiche di questa malattia

I diabetici ultrasessantenni possono partecipare a tutte le iniziative organizzate di attività fisica per anziani del loro quartiere poiché il tipo di attività consigliabile è generalmente molto simile. Comunque, perché il diabetico assuma uno stile di vita attivo è fondamentale che egli venga adeguatamente consigliato dal medico di famiglia o dallo specialista che lo segue. Per questo sono state attivate numerose iniziative in questo senso sul territorio dell'ULSS coinvolgendo:

- i MMG, che rivestono un ruolo fondamentale nel motivare i pazienti agli stili di vita sani; per questo sono stati realizzati numerosi eventi formativi e incontri con i medici di famiglia dell'ULSS, illustrati nei paragrafi che seguono;
- la divisione di endocrinologia e malattie del metabolismo dell'azienda ospedaliera di Verona ha inserito nelle proprie attività numerose iniziative di prevenzione secondaria:
 - counseling individuale e di gruppo sui pazienti;
 - formazione di medici specializzandi ed infermieri;
 - collaborazione con l'associazione diabetici;
 - un gruppo di cammino permanente che si trova tre volte la settimana al percorso della salute del quartiere di S. Zeno;
 - iniziative organizzate di bicicletta;
 - numerosi gruppi di ginnastica in palestra per diabetici compreso un corso sperimentale di fitness;
 - eventi e manifestazioni podistiche promozionali.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/prevenz_diabete.html

I PORTATORI DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari sono al primo posto tra le cause di morte in Italia, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi; la cardiopatia ischemica è responsabile del 28% di tutte le morti, e le patologie cerebrovascolari del 13%. Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34% del Prodotto Interno Lordo) è destinata ai farmaci per il sistema cardiovascolare.

Rischio cardiovascolare: programma regionale di prevenzione primaria e secondaria

Gran parte di questi decessi sono prevenibili con interventi su fattori di rischio noti, prima che la malattia compaia ed anche dopo che i primi danni sono stati diagnosticati ([prevenzione primaria e secondaria](#)). Dal 2007 è stato attivato in Veneto un programma sperimentale che ha coinvolto 5 ULSS della Regione.

I due filoni di intervento (coordinati dalla nostra ULSS) comprendono un piano di prevenzione primaria (con valutazione del rischio cardiovascolare nella popolazione sana nelle Ulss 4 – Thiene, 17 - Este Monselice, 9 - Treviso) e un piano di prevenzione secondaria (destinato ai pazienti in dimissione dai reparti di cardiologia dei reparti cardiologici: Ulss 4 - Alto Vicentino; 2 - Feltre; 20 - Verona; Azienda Ospedaliera di Verona).

Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/cardiovascolare.html>

LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLE "FASCE DEBOLI"

Molte problematiche di salute, comprese quelle legate alla sedentarietà, sono accentuate nelle fasce sociali svantaggiate, nelle quali è maggiore il problema dell'obesità e dell'alimentazione scorretta. Le comunità più a rischio di determinate patologie spesso usufruiscono meno della gamma completa di servizi preventivi (è la cosiddetta "legge inversa di prevenzione di Acheson"). Dal Rapporto Marmot (la più recente revisione indipendente sulle strategie per ridurre le disuguaglianze di salute in Inghilterra) è risultata una differenza media nell'aspettativa di vita fra chi è più povero e chi è più benestante di ben 7 anni e addirittura di 17 se si valuta l'attesa di vita libera da disabilità; nel rapporto si calcola che se tutte le persone avessero l'attesa di vita dei laureati, in Inghilterra vi sarebbero 202.000 morti premature in meno ogni anno.

Per venire all'Italia e ai giovani, nel rapporto HBSC del 2006 è stato rilevato che (nei ragazzi dagli 11 ai 15 anni) a fronte di un miglioramento globale nella salute dei giovani, consistenti minoranze hanno viceversa problemi crescenti di sovrappeso e di obesità e di conseguenza anche problemi come scarsa autostima, scadente qualità di vita, uso di sostanze o bullismo.

L'equità è un principio fondante del Servizio Sanitario Nazionale ed è quindi fondamentale che tutti gli interventi preventivi siano disegnati in modo da favorire le fasce sociali più svantaggiate. In particolare la scuola può avere un ruolo educativo molto importante nel supportare e stimolare comportamenti sani. Da queste considerazioni nascono alcuni nuovi progetti di promozione dell'attività fisica nelle fasce sociali svantaggiate.

Una fascia di popolazione particolarmente difficile da raggiungere è rappresentata dalle persone immigrate di prima o seconda generazione. Nel 2010 sono iniziati due progetti di promozione dell'AF rivolti a queste persone, in età infantile e adulta.

Un progetto ha realizzato interventi con gruppi di alunni/e per la promozione dell'attività fisica, della sana alimentazione e del gioco in alcuni Istituti Comprensivi cittadini in cui è particolarmente forte la presenza di immigrati; un altro si è rivolto agli adulti ed ha coinvolto anche l'ufficio di mediazione culturale della ULSS 20 ed i mediatori culturali delle diverse etnie. Sono state realizzate le seguenti attività:

Sviluppo della rete tra la sanità pubblica e le realtà locali, con il coinvolgimento di: Dipartimento di prevenzione, rete Tante Tinte dell'Ufficio Scolastico di Verona, consultori, numerosi Istituti Comprensivi di primo e secondo grado della Provincia, Comune di Verona, associazioni formali ed informali e gruppi del territorio che lavorano per e con gli adulti migranti (CESTIM Centro Studi per l'Immigrazione, Associazione Le fate, Cooperativa Azalea, Casa di Ramia ecc.).

Progettazione di materiale divulgativo multilingue per informare e sensibilizzare. Altri strumenti messi a disposizione della rete sono stati il sito web, blog e il database dei centri sportivi di Verona e provincia. E' prevista anche la pubblicazione di articoli divulgativi sugli stili di vita sani sui periodici di gruppi etnici residenti a Verona (comunità rumena e marocchina per iniziare) e una pagina web dedicata.

Incontri con i mediatori culturali per definire al meglio il passaggio di messaggi e conoscere le caratteristiche delle aree culturali maggiormente presenti a Verona (cinese, marocchina, rumena, montenegrina, brasiliana) e gli atteggiamenti nei confronti dell'AF e degli stili di vita sani

Incontri con i referenti dei servizi e delle associazioni

Laboratori con gli alunni/e della scuola primaria e secondaria di primo grado (per ogni laboratorio, 4 ore nei doposcuola e nelle scuole). Nelle prime due ore è stata trattata la tematica riguardante l'attività fisica con la proposta di giochi tipici Italiani; nelle due ore successive è stata richiesta una maggior partecipazione dei ragazzi di origine straniera per conoscere e mettere in pratica giochi di altre nazionalità. Inoltre è stata prevista, nel monte ore disponibile, anche l'attività di orienteering per i ragazzi più grandi (doposcuola estivi della secondaria della rete CESTIM). In tutte le scuole coinvolte sono stati diffusi i materiali e i metodi del progetto Ragazzi in Gamba.

Incontri di sensibilizzazione di insegnanti e genitori dei ragazzi coinvolti

Valutazione: sono state contattate e sensibilizzate tramite un'informativa 22 scuole ed in 14 è stato effettuato l'intervento in forma di laboratorio. Si sono predisposti anche dei questionari di gradimento per alunni e insegnanti. Il progetto ha coinvolto 287 bambini e ragazzi di scuole primarie e secondarie e doposcuola della rete CESTIM, raggiungendo il 39% di studenti stranieri principalmente srilankesi, nigeriani e rumeni (i laboratori erano naturalmente rivolti all'intera classe).

Un altro progetto attivo da alcuni anni si rivolge invece ai pazienti psichiatrici. Gli studi epidemiologici hanno evidenziato in queste persone un tasso di mortalità circa 2 volte maggiore rispetto alla popolazione generale e un aumentato tasso di prevalenza delle patologie croniche (malattia cardiovascolare, ipertensione, ipercolesterolemia, obesità) nel 50% di questi pazienti, in grado di spiegare circa il 60% delle morti premature non dovute a suicidio.

La situazione descritta è correlabile a vari fattori: stili di vita a rischio per la salute, effetti metabolici della terapia con psicofarmaci, scarsa attenzione riguardo alla salute fisica da parte degli operatori sanitari e dei pazienti stessi. Per questo fin dal 2005 è stata attivata una collaborazione con il centro di salute mentale di borgo Roma, con iniziative di formazione degli operatori, promozione degli stili di vita sani (alimentazione e attività fisica) e realizzazione di un gruppo di cammino inserito nelle attività del centro diurno.

Gruppo di cammino inserito nelle attività del Centro di Salute Mentale di Verona Sud.

Dal 2009 è stato attivato il protocollo di ricerca PHYSICO, che ha reclutato 193 pazienti psichiatrici per effettuare un'indagine epidemiologica approfondita dei fattori di rischio seguita da un intervento per migliorare lo stile di vita e i livelli di AF. Inoltre per il Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria è stato prodotto un opuscolo (scaricabile al link http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/AttivitaMotoriaNazionale/Documenti/Manuali/Indirizzi_operativi_psichiatrici.pdf) in cui vengono sintetizzate le più recenti acquisizioni sulla promozione degli stili di vita sani nei servizi psichiatrici.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/AttivitaMotoria/Dialogo/Dialogo5_08.pdf

LA FORMAZIONE E LA DIVULGAZIONE

Dopo la campagna regionale del 2007/8 per la formazione degli operatori della prevenzione e dei medici di medicina generale (MMG), che ha coinvolto 962 operatori di cui 724 MMG, nel 2010 è stato messo online il corso di formazione a distanza per Medici di Medicina Generale sulle conoscenze e le abilità essenziali di counseling, per facilitare nei pazienti l'adesione ad uno stile di vita sano (con particolare focus sulle barriere oggettive e sulle resistenze soggettive dei pazienti).

Nell'ambito del progetto nazionale sono stati organizzati eventi formativi per gli operatori psichiatrici e i laureati Scienze Motorie mentre la formazione dei tecnici della prevenzione e dei comuni sui determinanti urbanistici dell'AF è stata effettuata nel 2009/10.

Altre iniziative di formazione hanno coinvolto il personale dei dipartimenti di prevenzione e altro personale ULSS, ospedaliero e universitario, la scuola regionale di formazione in medicina generale, gli operatori della diabetologia, gli specialisti ambulatoriali, le assistenti sanitarie che collaborano alla rilevazione Passi e gli operatori dei comuni e delle associazioni.

I MATERIALI INFORMATIVI E IL SITO WEB

Nel corso degli anni sono stati realizzati numerosi materiali informativi progettati per gli operatori sanitari che per la popolazione generale, gli anziani, i bambini, i portatori di patologia:

- materiali cartacei
- file video e audio
- powerpoint utilizzabili per la formazione

I materiali prodotti sono liberamente scaricabili dai siti web del progetto regionale e nazionale.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html
http://prevenzione.ulss20.verona.it/medgen_attmot.html (materiali per l'ambulatorio di medicina generale)
http://prevenzione.ulss20.verona.it/materiali_attmot.html

LA NEWSLETTER E IL BLOG

Dal 2008 viene realizzata una newsletter bimestrale (attualmente inviata a oltre 1300 operatori, sanitari e non) per la promozione degli stili di vita orientati al benessere e alla salute, allo scopo di dare continuità alla formazione e mantenere un contatto nel tempo con i MMG e gli altri operatori formati.

Dal 2009 è attivo anche un blog per la promozione del movimento negli adolescenti, che pubblicizza le iniziative motorie e sportive, da quelle più tradizionali (nuoto, pallone, judo ecc.) ad altre particolarmente adatte a questa fascia di età come skate o breakdance. Il blog è utilizzato anche per raccogliere i commenti degli utenti.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmot_news.html
<http://movimentiamoci.blog.kataweb.it/>

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

L'importanza del MMG nel motivare i pazienti, attraverso il counseling, ad un corretto stile di vita è ormai da tutti riconosciuta. Per questo motivo fin dal 2002 è stata portata avanti una collaborazione con i medici di famiglia dell'ULSS 20 e di tutta la regione, con iniziative formative culminate nella campagna regionale del 2007/8 che ha coinvolto 962 operatori di cui 724 MMG.

L'attività è poi proseguita con i MMG in formazione della scuola regionale di formazione in medicina generale e con la progettazione della formazione a distanza (v. sopra).

Sono stati inoltre realizzati numerosi materiali cartacei pensati per l'uso in ambulatorio ed alcune pagine web sul tema della promozione del movimento.

Dal 2008 inoltre è stato costituito nell'ULSS 20 un gruppo pilota di MMG per concordare le iniziative locali di promozione dell'attività fisica e in particolare alcuni aspetti del progetto di ginnastica per anziani "La Salute nel Movimento"; nel 2010 è iniziata la riorganizzazione delle visite per gli anziani iscritti ai corsi che dal 2011 saranno effettuate dai MMG stessi, evitando accertamenti inutili e potenziando il rapporto curante-paziente.

Dal gruppo pilota è anche scaturita la richiesta che la promozione dell'AF sia inserita nei futuri patti aziendali e nella formazione regionale dei MMG.

Nel 2010 è stato anche realizzato un DVD per la promozione dell'attività fisica pensato per la sala d'attesa del medico di famiglia; visualizzabile all'indirizzo http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria_utap.html.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/medgen_attmot.html
http://prevenzione.ulss20.verona.it/materiali_attmot.html
http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmot_territoriovr.html

I DETERMINANTI AMBIENTALI

La qualità del territorio condiziona profondamente il modo di vita delle persone e le interazioni sociali. Come nel passato anche oggi per migliorare il benessere è fondamentale intervenire sulla città - luogo dove le persone si concentrano, operano, si incontrano.

Ad esempio nelle nostre città camminare o usare la bicicletta non sempre è possibile. Sui livelli di attività fisica influisce infatti in modo determinante l'organizzazione del territorio (spazi verdi, aree pedonali, piste ciclabili, trasporti, palestre e altre strutture per lo sport), che va pianificato e modificato in modo tale da facilitare il movimento nella vita di tutti i giorni.

Questi temi sono stati affrontati nella ricerca "Stili di vita attivi" e nel volume su urbanistica e salute "Spazi per camminare. Camminare fa bene alla salute", realizzati con la Facoltà di Architettura di Venezia per il progetto regionale di promozione dell'AF.

La qualità del territorio condiziona profondamente il modo di vita delle persone e le interazioni sociali

I temi trattati nel volume hanno guidato anche le consulenze fornite al comune di Verona e agli altri comuni dell'ULSS sui temi urbanistici (piani regolatori, PAT, piano territoriale regionale e provinciale; pareri edilizi sulle scuole e gli edifici per uso collettivo; conferenze di servizi e altro) relativamente a: percorsi per il cammino, piste ciclabili, trasporto pubblico, parchi e percorsi pedonali e ciclabili, strutture per l'attività fisica - palestre, piscine, altri impianti sportivi.

La collaborazione con il comune di Verona, inoltre, ha riguardato anche due progetti di riqualificazione di quartieri veronesi:

- la sistemazione di un'area verde del quartiere S. Pancrazio, con l'allestimento di due percorsi (uno più breve per gli sportivi e un altro a vocazione più ricreativa) oltre all'individuazione di proposte per l'utilizzo dell'intera area per incrementare l'AF soprattutto nei più giovani;
- la sistemazione e riqualificazione del parco S. Giacomo nel quartiere di Borgo Roma.

Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/inu09.html>

I PROGETTI REGIONALE E NAZIONALE DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA

IL PROGRAMMA REGIONALE

L'ULSS 20 attraverso il Dipartimento di Prevenzione è da molti anni capofila di un progetto che è poi divenuto programma regionale, denominato "Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani".

Sono state realizzate molte attività tra cui gli interventi di formazione, divulgazione e marketing sociale e prevenzione delle malattie croniche illustrati sopra. Con i fondi del progetto sono stati inoltre finanziati nel 2010 numerosi progetti di Ulss.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html

IL PROGETTO NAZIONALE

Nel 2010 sono proseguite le attività del "Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria", con il Veneto come capofila, in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive) e il Ministero della Salute (Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione). Il progetto, che si concluderà nel 2011, ha coinvolto oltre al Veneto altre 5 regioni (Piemonte, Emilia Romagna, Lazio, Marche e Puglia).

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmotoria_nazionale.html

5.4 SCREENING ONCOLOGICI

Gli screening oncologici si inseriscono nel piano più ampio della lotta contro il cancro che deve essere condotta su più fronti: l'individuazione della cause dei tumori, l'eliminazione o la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio noti, l'individuazione precoce del cancro mediante lo screening, nonché un miglioramento del trattamento della malattia e delle cure.

Gli screening oncologici sono interventi finalizzati all'individuazione del tumore in una fase precoce dato che, più precoce è la diagnosi, tanto più è probabile la possibilità di intervenire positivamente.

Sul piano generale l'obiettivo principale dello screening è quello di ridurre la mortalità causata dalla malattia nella popolazione che si sottopone al test e secondariamente di consentire l'applicazione di tecniche chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili.

Sebbene lo screening possa avere effetti benefici ed aumentare i tassi di sopravvivenza, esso può anche avere effetti secondari negativi, tra i quali rientrano effetti psico-sociali (come l'ansia), interventi medici inutili in caso di risultati positivi erronei, e ritardi nell'individuazione della malattia in caso di diagnosi negative erronee; è fondamentale, pertanto, che un programma di screening dei tumori venga proposto a persone sane solo se è stato dimostrato che riduce la mortalità specifica connessa alla malattia o il manifestarsi della malattia ad uno stadio avanzato, se i vantaggi ed i rischi sono ben noti e se il rapporto costo-beneficio dello screening è accettabile.

Attualmente i test di screening che soddisfano tali criteri sono solo tre:

- lo screening per individuare le lesioni del collo dell'utero, tramite Pap test;
- lo screening per individuare i tumori del seno, tramite mammografia;
- lo screening per individuare i tumori del colon retto, tramite ricerca del sangue occulto nelle feci o indagini endoscopiche del tratto intestinale.

Nella nostra ULSS questi tre screening sono attivi già da alcuni anni e molte delle attività relative alla loro organizzazione e coordinamento sono svolte dall'Ufficio di Coordinamento degli Screening Oncologici, Ufficio del Dipartimento di Prevenzione attivato nel 2005.

In particolare questo Ufficio provvede all'attività di organizzazione e predisposizione degli inviti dello screening mammografico ed all'attività di coordinamento ed organizzazione dello screening del colon retto tramite ricerca del sangue occulto nelle feci; la parte di attività di screening del colon retto tramite offerta di rettosigmoidoscopia e lo screening della cervice uterina sono invece coordinati direttamente, rispettivamente dall'Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva e dalla Ginecologia dell'Ospedale di San Bonifacio.

Si espongono di seguito le attività dei tre screening, con i dati relativi agli anni 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010.

SCREENING DEL CANCRO DELLA CERVICE UTERINA: PAP TEST

Lo screening del cancro della cervice uterina, tramite Pap test, è quello attivo da più tempo, essendo avviato dal 1997 per le donne nella fascia d'età 25-64 anni.

La popolazione bersaglio in questa fascia d'età è costituita da circa 120.000 donne che vengono invitate ogni tre anni (quindi 40.000 /anno) ad eseguire il test presso le sedi distrettuali e ricevono direttamente a casa la risposta, se negativa.

In caso di positività all'indagine la donna viene contattata telefonicamente a casa dal call center, che ha sede a San Bonifacio, e viene invitata ad eseguire gli accertamenti di secondo livello.

TABELLA 5.4/1

Pap Test - Inviti e Adesioni, anni 2005–2006-2007-2008-2009-2010

	INVITI AL 1° LIVELLO (PRIMI INVITI, SOLLECITI, FOLLOW UP)	DONNE INVITATE PER LA PRIMA VOLTA	TOTALE ADESIONI	TASSO DI ADESIONE	POSITIVI	INVITI AL 2° LIVELLO (POSITIVI AL 1° E FOLLOW UP)	ESAMI ESEGUITI AL 2° LIVELLO
2005	38.285	23.028	12.276	53,30%	404	3.610	3.204
2006	37.348	27.175	13.460	44,44%	392	2.847	2.620
2007	46.778	38.045	16.704	43,9%	436	2.835	2.648
2008	42.992	34.299	14.521	42,3%	619	2.549	2.353
2009	39.817	31.932	15.677	49%	447	2.291	2.161
2010	41.608	34.378	15.578*	45.3%	389	2.279	2.071

*Nel corso dell'anno ci sono state 8898 rinunce per esame già eseguito privatamente, già sotto controllo, isterectomizzate, in gravidanza, non interessate, trasferite, indirizzo errato.

TABELLA 5/4.2

Tumori identificati negli anni 2005-2006-2007-2008-2009-2010 allo screening con Pap test

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cancri	1	1	1	/	2	1

SCREENING E DISEGUAGLIANZE

Nell'anno 2011, nell'ambito della promozione della salute all'interno della struttura carceraria, sono stati presi contatti con la Casa Circondariale di Verona che già svolge lo screening tramite proprio personale.

TRIAL RANDOMIZZATO DEL TEST MOLECOLARE PER LA RICERCA DELL'HPV

Dal 2002 la nostra ULSS partecipa al trial HPV (studio multicentrico italiano nuove tecnologie per lo screening del cervicocarcinoma, coordinato dal CPO di Torino). L'arruolamento si è concluso nel 2007; nel corso del 2010 è proseguita la sorveglianza delle sole donne, aventi biologia molecolare positiva, inserite nel follow up di secondo livello.

SCREENING DEL CANCRO DELLA MAMMELLA

Lo screening del cancro della mammella è attivo nella nostra ULSS dal luglio 1999, per le donne in fascia d'età 50 – 69 anni. La popolazione bersaglio in questa fascia d'età è pari a circa 57.000 donne e l'invito allo screening è previsto ogni due anni, quindi la popolazione da invitare è pari a 28.500 donne/anno.

Nel novembre del 2007 i due mammografi del Centro sono stati sostituiti da due mammografi digitali che hanno il vantaggio, rispetto ai tradizionali, di ridurre la dose radiante e consentono la rielaborazione delle immagini da parte del radiologo in post processing, per una più accurata gestione dell'esame.

Ciascuna donna riceve ogni due anni una lettera personale che invita ad eseguire la mammografia presso le strutture di Marzana per le donne residenti a Verona città o nella parte ovest del territorio dell'ULSS e San Bonifacio per le donne residenti nell'est veronese. All'invito segue un sollecito per coloro che non hanno aderito.

Nel caso in cui all'esame mammografico non si riscontri la presenza di tumore (referto negativo), il risultato viene comunicato all'interessata mediante lettera personale, entro un mese circa dalla data di esecuzione della mammografia. Questo tempo è necessario per la particolare modalità di lettura delle radiografie effettuate che vengono lette da un primo Medico Radiologo e successivamente da un altro Medico Radiologo (doppia lettura).

Nel caso in cui alla lettura dell'esame mammografico da parte di uno dei due radiologi si riscontri un sospetto, la donna verrà richiamata ed effettuerà gli approfondimenti necessari per la diagnosi.

Nel caso in cui, dopo gli opportuni approfondimenti, venga confermata la presenza di una lesione, la donna viene sottoposta ad accertamento citologico o istologico e, in caso di necessità, viene avviata, attraverso canale preferenziale, a consulenza chirurgica.

Due giorni la settimana è possibile effettuare, presso la sede di Marzana, visite senologiche urgenti, con impegnativa del medico di base.

Tutte le donne sottoposte a trattamento chirurgico hanno la possibilità di essere seguite nel loro follow-up post intervento, annualmente, presso la struttura di Marzana.

Nell'anno 2010 per la prima volta è stato raggiunto un importante obiettivo: la totale copertura della popolazione bersaglio. Ciò significa che tutte le donne in fascia d'età 50-69 anni, hanno ricevuto almeno una volta l'invito a partecipare allo screening mammografico.

TABELLA 5.4/3

Inviti e Adesioni, anni 2006 – 2010

	DONNE INVITATE	DONNE ESAMINATE	TASSO DI ADESIONE CORRETTO
2006	31.384	15.433	55,2
2007	18.691 ⁽¹⁾	13.001	76,1
2008	21.581	14.080	71,4
2009	24.172	12.753	54,0 ⁽²⁾
2010	24.718	14.096	60,2

1. l'attivazione delle nuove macchine, assieme alla installazione del nuovo software gestionale, predisposto dalla Regione Veneto, per tutti i programmi di screening e avviato nei primi giorni del 2008, sono in gran parte responsabili della minor quota di inviti nel corso del 2007.
2. La ridotta adesione del 2009 si spiega con l'alto numero di prime chiamate rivolte a donne in fascia di età elevata; queste donne rispondono meno delle più giovani in quanto già fidelizzate ad altre strutture.

TABELLA 5.4/4

Tumori identificati negli anni 2006 – 2010 allo screening mammografico

	2006	2007	2008	2009	2010
Tumori diagnosticati	106	96	107	94	93 (1)

(1) In attesa di referto diagnostico definitivo 7 donne invitate ad intervento chirurgico.

SCREENING E DISEGUAGLIANZE

Nell'anno 2011, nell'ambito della promozione della salute all'interno della struttura carceraria, sono stati presi contatti con la Casa Circondariale di Verona e si è dato avvio allo screening mammografico per le donne detenute in fascia d'età 45-69 anni.

SCREENING DEL CANCRO DEL COLON-RETTO

Nella nostra ULSS lo screening del colon retto viene eseguito con due diverse tecniche di indagine: la rettosigmoidoscopia (RSS) e la ricerca del sangue occulto fecale (SOF).

Lo screening con RSS è stato avviato nell'anno 2003 e viene proposto per la classe dei sessantenni, maschi e femmine di tutta l'ULSS 20.

La popolazione bersaglio è costituita pertanto di anno in anno dal numero delle persone (maschi e femmine) della classe che compirà i 60 anni nell'anno in corso; la prima classe che è stata chiamata è stata quindi quella dei nati nel 1943, l'ultima quella dei nati nel 1950.

Al termine dell'esame, in caso di esito negativo, l'assistito riceve subito il relativo referto.

In caso di esito non negativo, in base ad un proprio protocollo operativo, l'assistito viene invitato ad eseguire una colonscopia.

Da agosto del 2006 è stato avviato lo screening con SOF/FOBT (esame di ricerca del sangue occulto fecale). Questo screening ha una periodicità biennale ed è proposto alle persone dai 61 ai 69 anni. Tra queste persone non sono invitate quelle che hanno già aderito all'esame con RSS.

L'invito viene fatto per zone. Si parte dai residenti nel territorio del distretto 4, poi sono invitati i residenti nei comuni extraurbani dei distretti 3 e poi 2; infine i residenti nel comune di Verona, suddividendoli in gruppi ordinati per iscrizione al Medico di Medicina Generale, seguendo un percorso "a chiocciola", sulla base della locazione degli ambulatori principali dei Medici.

Le persone invitate ricevono una lettera a casa, a firma del Responsabile del Progetto e del proprio MMG, con invito a recarsi presso una delle farmacie del proprio comune di residenza per ritirare il kit diagnostico e ricevere tutte le informazioni.

L'organizzazione del servizio di screening nella città di Verona ha richiesto alcune peculiarità proprie che è bene sottolineare; grazie infatti alla collaborazione di Federfarma Verona e dell'Agec, tutte le farmacie territoriali, pubbliche e private, collaborano alla distribuzione dei kit diagnostici, garantendo così un servizio oltre che qualificato, anche accessibile e comodo per l'utenza.

I campioni di feci vengono poi riconsegnati presso le sedi comunali o distrettuali, ove presenti.

Per quanto riguarda il recupero dei campioni, nella città di Verona, la collaborazione dei distretti sanitari di base ha permesso di rendere disponibili 7 punti territoriali (compresa Marzana) in cui poter depositare a propria scelta il campione, favorendo così la partecipazione e l'adesione della popolazione invitata.

Nel caso in cui il campione dia esito negativo, la persona riceve per posta entro 15 giorni la relativa comunicazione; qualora invece risultasse positivo, l'Ufficio di Coordinamento di Marzana, dopo avere informato telefonicamente il curante (salvo eventuale diniego espresso dall'interessato), contatta la persona positiva proponendole un appuntamento alla colonscopia (esame di 2° livello).

Dal dicembre dell'anno 2007 le persone risultate positive al sangue occulto e residenti nella città di Verona possono eseguire l'approfondimento colonscopico, oltre che all'Ospedale di San Bonifacio, anche presso una delle tre Endoscopie Digestive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (2 di Borgo Trento, 1 di Borgo Roma).

Questa preziosa forma di collaborazione tra le due Aziende ha permesso di migliorare l'adesione alla colonscopia offrendo un servizio più accessibile all'utenza.

TABELLA 5.4/5

Rettosigmoidoscopia. Inviti e Adesioni, anni 2005 – 2010

	INVITI	ADESIONI RSS	TASSO DI ADESIONE CORRETTO	N° COLONSCOPIE
2005	3.432	1.583	38%	263
2006	6.007	2.119	43%	370
2007	7049	2434	38.4%	371
2008	6043	2192	38.2%	387
2009	6069	2273	39.2%	385
2010	5317	2057	40.7%	344

TABELLA 5.4/6

Ricerca del sangue occulto nelle feci: Inviti e Adesioni, anni 2006-2010 (programma iniziato nell'agosto del 2006)

	INVITI	ADESIONI	TASSO DI ADESIONE CORRETTO*	POSITIVI ALLA RICERCA	% POSITIVITÀ	TASSO DI ADESIONE ALLA COLONSCOPIA*
2006	5.339	2.698	52%	179	6,63%	/
2007	17.699	8.776	51,96%	572	6,51%	85,6%
2008	14.251	7.037	52,47%	416	5,91%	91,1%
2009	15.419	7.992	53,58%	408	5,52%	86,7%
2010	15.989	7.251	48,47%	438	6,04%	81%

*Il tasso di adesione corretto è stato calcolato su tutte le classi invitate al SOF, quindi sia classi invitate solo al SOF che classi invitate prima alla RSS e non aderenti alla RSS.

TABELLA 5.4/7

Lesioni identificate negli anni 2006-2010 con SOF e RSS.

	2006	2007	2008	2009	2010
Cancri	23	54	42	24	25
Adenomi avanzati (>1cm, istologia villosa, displasia di alto grado)	171	295	227	171	140
Adenomi a basso rischio	222	352	274	244	219

TABELLA 5.4/8

Copertura e adesione nella coorte dei nati nel 1950 invitata alla RSS e al SOF (anno 2010)

COORTE	POPOLAZIONE BERSAGLIO	INVITATI RSS	ADERENTI RSS	NON ADERENTI RSS	ADERENTI SOF NON ADERENTI A RSS	TOTALE SCREENATI (RSS o SOF)	ADESIONE GREZZA % (RSS o SOF)	ADESIONE CORRETTA % (RSS o SOF)
1950	5.464	5.322	1.915	3.407	1.125	3.040	57,1	59,6

SCREENING E DISEGUAGLIANZE

Nell'anno 2011, nell'ambito della promozione della salute all'interno della struttura carceraria, sono stati presi contatti con la Casa Circondariale di Verona e si è proposto lo screening del colon retto tramite SOF ai detenuti, maschi e femmine in età 50-69 anni.

CAPITOLO 6

Incidenti

Parole chiave: Incidenti stradali, cinture di sicurezza, uso del casco in moto, guida con cellulare, commissione patenti, etilometro, incidenti domestici, intossicazioni da monossido di carbonio

6.1 PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali rappresentano per tutti i paesi europei un'effettiva emergenza oltre che sanitaria anche economica e sociale. Costituiscono, infatti, la prima causa di morte nelle fasce d'età comprese tra i 18 ed i 24 anni. Nell'Unione Europea circa un incidente su quattro è addebitabile all'abuso di alcool e sono non meno di 10.000 le persone che muoiono ogni anno in incidenti stradali alcol-correlati.

Prima causa di morte nei giovani

Anche se non è stato raggiunto l'ambizioso obiettivo fissato dall'Unione Europea (UE) con il Programma d'Azione 2001-2010 sulla sicurezza stradale, quello cioè di dimezzare entro il 2010 il numero di incidenti mortali, sono stati comunque realizzati sensibili progressi con una riduzione stimata di oltre il 40% del numero di incidenti mortali (contro una riduzione del 25% nel decennio precedente). Nel luglio 2010 l'UE si è nuovamente prefissata l'obiettivo di dimezzare, entro il 2020, il numero dei morti sulle strade europee sollecitando gli Stati membri ad adottare ulteriori misure per il raggiungimento di tale obiettivo.

In Italia il numero delle vittime, nonostante una riduzione del 43% della mortalità per incidenti stradali tra il 2001 e il 2009, rimane molto elevato (più di 4.000).

Ogni giorno in Italia si verificano in media 590 incidenti stradali, che provocano la morte di 12 persone e il ferimento di altre 842. Nel complesso, nell'anno 2009 gli incidenti stradali rilevati sono stati 215.405. Essi hanno causato il decesso di 4.237 persone, mentre altre 307.258 hanno subito lesioni di diversa gravità. Rispetto al 2008, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-1,6%) e dei feriti (-1,1%) e un calo più consistente del numero dei morti (-10,3%).

In Italia ogni giorno muoiono 12 persone per incidente stradale

TABELLA 6.1/1

Incidenti stradali, morti e feriti – Anni 2000-2009 valori assoluti (ISTAT Incidenti stradali Anno 2009)

	INCIDENTI	MORTI	FERITI	INDICE DI MORTALITÀ (A)	INDICE DI GRAVITÀ (B)
2005	240.011	5.818	334.858	2,4	1,7
2006	238.124	5.669	332.955	2,4	1,7
2007	230.871	5.131	325.850	2,2	1,6
2008	218.963	4.731	310.739	2,2	1,5
2009	215.405	4.237	307.258	2,0	1,4

(A) L'indice di mortalità si calcola come rapporto tra il numero dei morti ed il numero degli incidenti, moltiplicato 100;

(B) L'indice di gravità si calcola come il rapporto tra il numero dei morti e il numero totale dei morti e feriti, moltiplicato 100.

Nel Veneto nel 2009 si sono verificati 15.643 incidenti stradali che hanno causato 21.683 feriti e 339 vittime di cui 64 nella provincia di Verona.

TABELLA 6.1/2

Incidentalità nelle province del Veneto - 2009 (dati ACI - ISTAT)

PROVINCE	INCIDENTI	MORTI	FERITI
Verona	3.282	64	4.420
Vicenza	2.464	54	3.371
Belluno	581	13	836
Treviso	2.628	68	3.718
Venezia	2.726	54	3.904
Padova	3.256	71	4.448
Rovigo	706	15	986
Veneto	15.643	339	21.683

Gli incidenti sono spesso dovuti a comportamenti scorretti, legati alla sfera "psicologica" dell'automobilista. Le prime tre cause di incidente sono rappresentate da: mancato rispetto della segnaletica stradale, guida distratta e velocità troppo elevata.

L'abuso di alcol e droghe, pur non rappresentando una percentuale elevata del totale dei casi (3%), va segnalato per la gravità degli eventi che genera.

Delle 75 vittime censite nel 2008 nella provincia veronese, ben 14 avevano un'età compresa fra i 14 e i 29 anni. Alla stessa fascia d'età appartengono anche i 1.519 feriti dei 4.449 rimasti coinvolti in incidenti stradali. Del resto il 30% degli incidenti stradali registrati nel nostro paese avviene nei primi 3 anni dal conseguimento della patente (ACI-Istat Dati sull'incidentalità stradale a Verona e provincia relativi al 2008).

Nel Comune di Verona nel 2010 si sono verificati 2.182 incidenti con il coinvolgimento di 5.393 persone, 20 delle quali sono decedute. Si segnala che nonostante gli interventi volti a promuovere la sicurezza stradale nella nostra città nel 2010 è aumentato sia il numero di incidenti sia quello dei deceduti. Questo fatto preoccupante rende necessaria la verifica delle condizioni di sicurezza che devono essere garantite alle persone che scelgono di spostarsi a piedi e in bicicletta oltre che degli eventuali comportamenti scorretti dei conducenti di autoveicoli.

Su 20 morti 7 erano motociclisti: è un dato di fatto che la moto sia il veicolo più pericoloso e i motociclisti, di conseguenza, rappresentano una delle categorie più a rischio di incidente. In generale nell'85% di questi incidenti sono coinvolte moto e auto.

TABELLA 6.1/3

Comune di Verona. Tipologia delle vittime degli incidenti stradali (dati Polizia Municipale di Verona)

CATEGORIA/ANNO	2006	2007	2008	2009	2010
Moto-scooter	14	6	5	8	7
Automobilisti	7	5	2	3	10
Ciclisti	2	1	5	2	1
Pedoni	0	5	3	0	2
Totale	23	17	15	13	20

Dai dati sull'incidentalità forniti dalla Polizia Municipale di Verona emerge inoltre che vi sono alcune strade che risultano particolarmente a rischio di incidenti: nella graduatoria le prime tre sono la Bretella T4, Corso Milano e Via Unità d'Italia, confermando i dati dell'anno precedente.

TABELLA 6.1/4

Comune di Verona strade più a rischio di incidenti (dati P.M. di Verona)

2009		2010	
Bretella T4	70	Bretella T4	77
Corso Milano	60	Corso Milano	48
Via Unità D'Italia	52	Via Unità D'Italia	47
Via Mameli	41	Via Mameli	39
Via Roveggia	37	Corso Porta Nuova	36
Viale Galliano	36	Viale Del Piave	36
Viale Colombo	35	Via Torbido	34
Viale Dal Cero	35	Viale Del Lavoro	31
Viale Piave	35	Viale Galliano	31
Via Torbido	33	Via Faccio	31

Nel 1998 è stato attivato nelle ULSS del Veneto il “Programma di Prevenzione dei Traumi da Traffico”. La strategia regionale si è sviluppata in iniziative di formazione dei tecnici delle autoscuole, corsi di miglioramento della guida negli autotrasporti, corsi per tecnici delle ULSS incaricati di vagliare i Piani Regolatori Generali locali, diffusione periodica dei dati epidemiologici, analisi epidemiologica sui fattori di rischio con particolare riferimento all'uso dei dispositivi di sicurezza ed iniziative di formazione nella scuola.

In particolare nell'ULSS 20 sono stati attivati interventi di informazione/educazione rivolti ai giovani in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, il 118 e la Polizia Stradale nelle classi quinte delle scuole superiori di Verona e provincia. L'obiettivo principale è quello di far conoscere ai giovani le dimensioni del fenomeno e promuovere la cultura della sicurezza.

Nell'ambito del Progetto Ulisse, condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, si è constatato che è ormai consolidata l'abitudine di indossare il casco in motocicletta. A conferma dei dati raccolti negli anni precedenti, le rilevazioni mensili eseguite a Verona nel corso del 2010 dai Tecnici della Prevenzione del Servizio Igiene e Sanità Pubblica hanno evidenziato che su un totale di 2.118 veicoli osservati il 100% dei motociclisti indossava il casco.

100% in moto con il casco
85,1-86,9% in auto con la
cintura di sicurezza sul
sedile anteriore

Per quanto riguarda la percentuale di utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili anteriori, la stessa si attesta tra l'85,1% nelle zone urbane periferiche e l'86,9% nelle zone extra-urbane su un totale di 20.976 veicoli osservati.

Nonostante sia noto che la stanchezza/distrazione rappresenti una delle principali cause di incidenti stradali molte persone continuano a telefonare mentre guidano; nel 2010 la percentuale di conducenti che utilizzano il telefono cellulare alla guida risulta in aumento, con valori che vanno dal 4,1% nelle zone urbane al 9,3% nelle zone extra-urbane (rispettivamente 3,5% e 8,2% nel 2009).

6.2 COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI (CML)

Nel 2010 si è osservato un aumento del numero delle domande di visita che è risultato essere pari a 13.103 (12.603 nel 2009). In particolare l'aumento è stato particolarmente significativo nell'ultimo trimestre dell'anno a seguito dell'entrata in vigore del DM 09.09.10 che prevede l'obbligo, per tutti gli ultraottantenni, di essere sottoposti a visita dalla CML in occasione del rinnovo della patente. In questo trimestre sono pervenute 3.681 domande, di cui 1.047 di ultraottantenni, a fronte delle 3.115 dello scorso di cui solo 95 di ultraottantenni.

Tutti gli ultraottantenni in commissione per la visita di idoneità alla guida

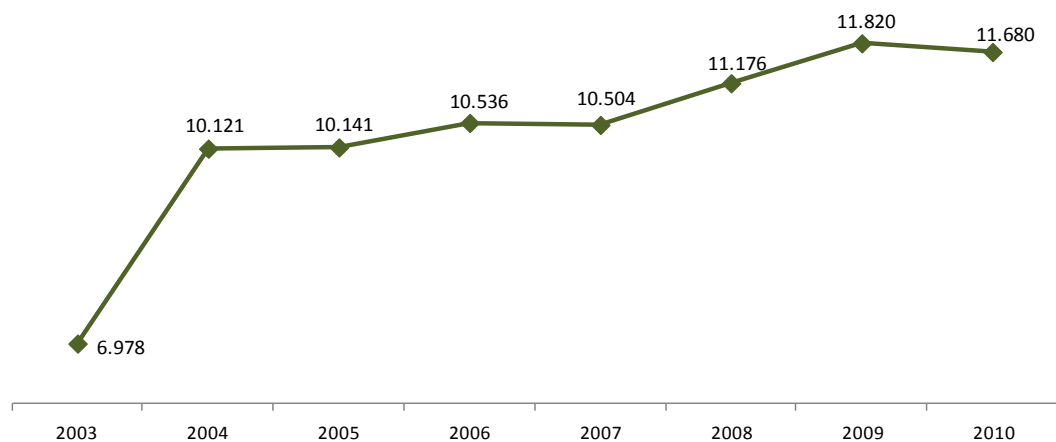
Il repentino aumento di domande ha determinato significative difficoltà di gestione di tutta l'attività della segreteria. Si è registrato un aumento smisurato di accessi al front office e telefonici, trattandosi di una tipologia di utenza che necessita di continue e dettagliate informazioni oltre a rassicurazioni sull'idoneità della documentazione presentata. Quanto sopra si è tradotto in un allungamento dei tempi di attesa che da 45 giorni sono passati a circa tre mesi.

Circa il 5% degli utenti prenotati non si presenta a visita

12.246 utenti sono stati invitati a visita, di questi 566 non si sono presentati, pertanto le visite effettuate sono state 11.680.

GRAFICO 6.2/1

Numero visite effettuate dal 2003 al 2010 dalla Commissione patenti di Verona



Permane l'apprezzamento dell'utenza per le modalità di prenotazione a mezzo posta e la possibilità di reperire sul sito del Dipartimento di Prevenzione tutte le informazioni relative alla Commissione Patenti e i modelli per inoltrare la domanda di visita medica.

Prenotazioni per posta
Una sede a Legnago per agevolare gli utenti dell'area Ulss 21

esiguo.

Continua l'esperienza della sede "satellite" di Legnago avviata per agevolare gli utenti dell'area della ULSS 21 che richiedevano una maggiore vicinanza territoriale della CML ed una riduzione dei tempi di attesa; il numero delle visite effettuate è rimasto comunque sempre

Nulla è cambiato in merito alla possibilità di istituire anche una sede “satellite” presso l’ULSS 22. Si è provveduto anche a richiedere l’intervento della Regione Veneto che, pur ritenendo auspicabile l’assegnazione alle Regioni della gestione della materia, ha confermato la competenza dello Stato e la conseguente impossibilità di apportare variazioni legislative regionali rispondenti alle esigenze delle realtà territoriali.

La CML sottopone a visita utenti affetti da patologie specificatamente individuate dalla normativa in materia, utenti sottoposti a provvedimenti di revisione per art. 186 (guida sotto l’influenza di sostanze alcoliche), art. 187 (guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti) o art. 128 (segnalazioni per patologie da parte delle Forze dell’Ordine o Medici) del Codice della Strada.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/patenti_cml.html

CML: EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE

Permane alta la percentuale (48%) dei soggetti visitati per problemi alcool correlati (5.650).

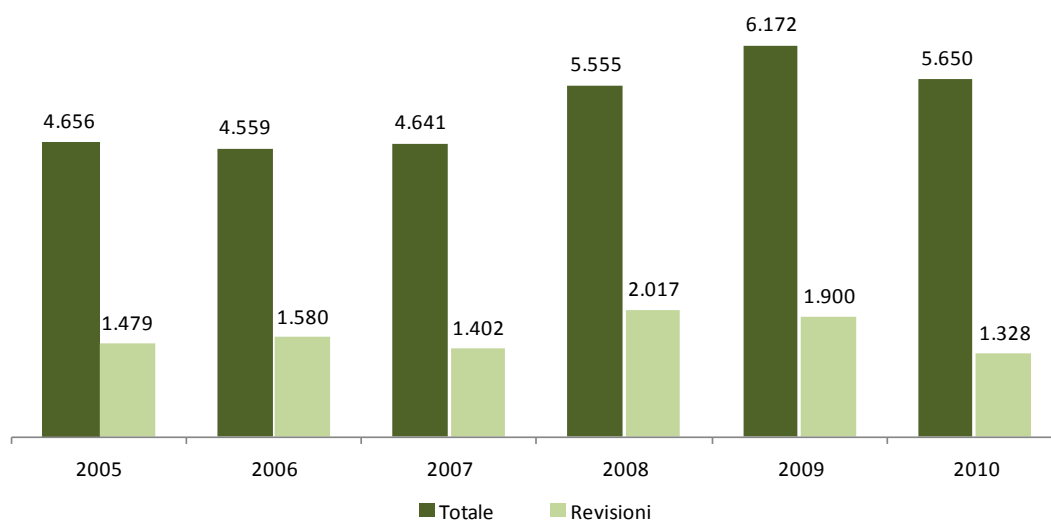
La diminuzione (4%) riscontrata rispetto allo scorso anno è da ascrivere al calo dei provvedimenti di revisione ed all’aumento del numero dei soggetti che non si sono sottoposti a visita (219 a fronte dei 66 dello scorso anno).

48% dei soggetti visitati per problemi alcool correlati

Tutti gli utenti che non hanno ottemperato al provvedimento di revisione sono stati segnalati alla Prefettura od alla Motorizzazione Civile.

GRAFICO 6.2/2

Numero utenti visitati in CML per revisioni per art. 186 del C.d.S. (guida sotto l’influenza di sostanze alcoliche) disposte dall’Ufficio Territoriale del Governo sul totale di visitati in CML dal 2005 al 2010 per patologie alcool correlate



La percentuale dei soggetti sottoposti a visita per revisione per guida in stato di ebbrezza alcolica riconosciuti non idonei dal 1999 al 2010 è andata progressivamente diminuendo passando dal 26,8% al 3,7%.

Circa il 90% di tali soggetti ad una seconda visita è stato riconosciuto idoneo, per avvenuto miglioramento dei rilievi clinici e di laboratorio a seguito di sospensione o rilevante diminuzione dell'assunzione di bevande alcoliche e nei controlli successivi ha dimostrato di mantenere nel tempo adeguati stili di vita.

Si può ipotizzare che il calo registrato, pur necessitando tale dato di ulteriori conferme, possa ascrivere al buon risultato prodotto dagli interventi preventivi effettuati a diversi livelli.

La Commissione Medica Locale patenti non si limita all'espressione di un giudizio di idoneità alla guida ma effettua un'opera di educazione sanitaria.

Ogni utente visitato riceve informazioni dettagliate circa i danni che l'assunzione protratta ed eccessiva di alcool produce sull'organismo umano ed i pericoli connessi con la guida in stato di ebbrezza.

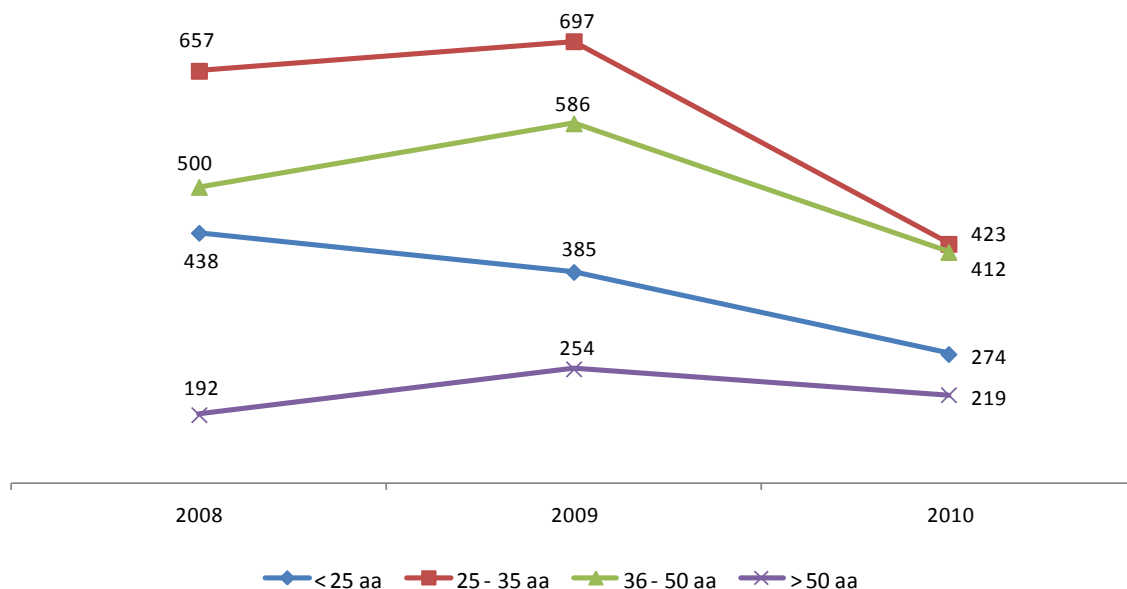
Coloro che risultano affetti da sindrome da dipendenza alcolica o che presentano segni o sintomi da abuso cronico di alcool sono avviati ai Servizi Territoriali di Alcologia per un percorso terapeutico – riabilitativo. Inoltre tutti i recidivi per l'art. 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza alcolica) devono frequentare un corso educativo di 2/3 giornate, predisposto appositamente dai Servizi Territoriali di Alcologia, incentrato sull'argomento alcool e guida.

La collaborazione con i Servizi Territoriali di Alcologia si è dimostrata proficua e la maggioranza degli utenti, malgrado l'iniziale disappunto, ha giudicato l'esperienza utile.

A fronte della diminuzione del numero dei soggetti sottoposti a revisione per alcool si è riscontrato un aumento della percentuale dei recidivi che nel 2010 è stata del 17%; di questi il 9% è risultato non idoneo alla guida.

GRAFICO 6.2/3

Numero di soggetti visitati in CML per revisione art. 186 – fasce di età. Paragone anni 2008 – 2010



L'analisi dei dati relativi alle revisioni per alcool ha evidenziato che la guida in stato di "ebbrezza alcolica" non è una condizione caratteristica solo dei giovani.

La percentuale di soggetti sanzionati per l'art. 186 con età inferiore ai 25 anni è pari al 21%; il 32% ha un'età compresa tra i 25 ed i 35 anni; il 31% un'età compresa tra i 36 e 50 anni; il 16% è ultracinquantenne.

Un altro dato interessante riguarda il valore di etilometro riscontrato.

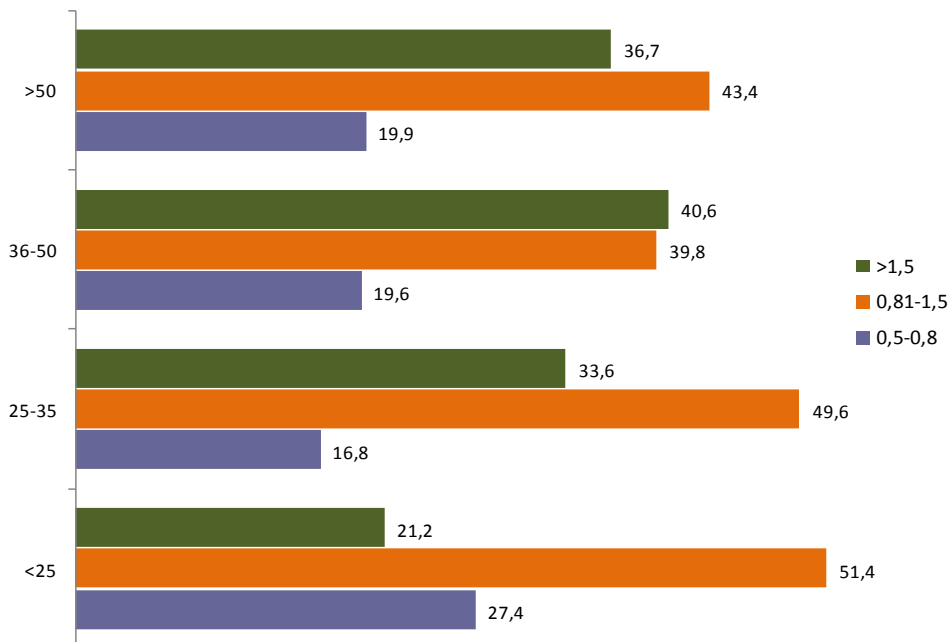
Il 21,2 % dei giovani di età inferiore ai 25 anni sanzionati per l'art. 186 è risultato avere un tasso di etilometro >1,5. Valori superiori ad 1,5 sono stati riscontrati più frequentemente nelle fasce di età 36 – 50 e > 50 anni.

I recidivi per l'art. 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza alcolica), sono il 17%, di cui il 9% è risultato non idoneo alla guida.

La guida in stato di "ebbrezza alcolica" non è una condizione caratteristica solo dei giovani sotto i 25 anni

GRAFICO 6.2/4

% di soggetti visitati in CML per revisione art. 186 – fasce di età e tasso alcolico (anno 2010)



Permane sempre alta la percentuale di soggetti visitati per problemi correlati all'uso di sostanze stupefacenti e riconosciuti non idonei: 12,2% (Graf. 6.2/5) Se si prendono in esame i soggetti sottoposti a revisione perché fermati alla guida in condizioni di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti, la percentuale di non idonei è del 16%.

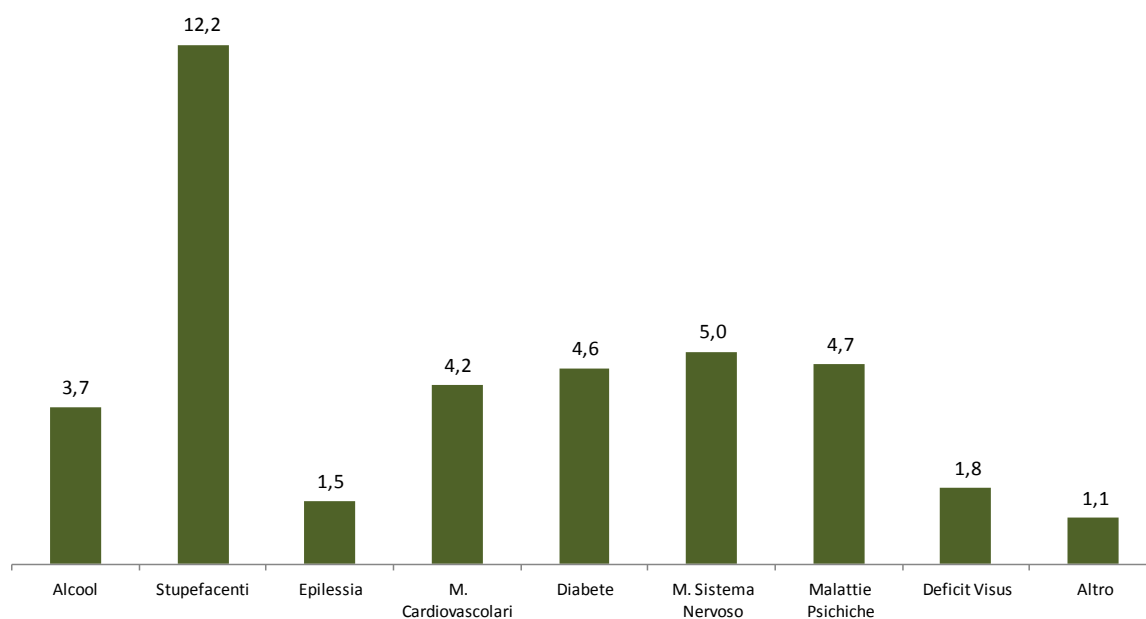
Il dato assume connotazioni estremamente serie se si considera che i controlli sull'uso di sostanze stupefacenti effettuati su strada dalle Forze dell'Ordine, per problemi tecnici, sono estremamente esigui, di gran lunga inferiori rispetto a quelli effettuati per l'alcool.

Alta la percentuale di soggetti visitati per problemi correlati all'uso di sostanze stupefacenti e riconosciuti non idonei

La fascia di età maggiormente interessata dal fenomeno è quella inferiore ai 25 anni, età alla quale è stata anche riscontrata la maggiore percentuale di non idoneità (18,6%). Il 30% degli utenti nei confronti dei quali è stato emesso un provvedimento di regione per art. 187 non si è presentato a visita.

GRAFICO 6.2/5

% di soggetti visitati in CML riconosciuti non idonei nell'anno 2010 - confronto % su campione omologo.



Elevata anche la percentuale di soggetti affetti da malattie cardiovascolari, psichiche e da diabete mellito riconosciuti non idonei.

6.3 INCIDENTI DOMESTICI

INTOSSICAZIONI DOMESTICHE DA MONOSSIDO DI CARBONIO (CO)

Il monossido di carbonio è un gas privo di odore, colore e sapore e quindi non viene percepito. I primi sintomi dell'intossicazione sono: mal di testa, nausea e vomito, debolezza, difficoltà di respiro, aumento della frequenza cardiaca, difficoltà di coordinare i movimenti, confusione mentale. È importante riconoscerli e non confonderli con altre patologie (ad es. un'intossicazione alimentare o l'inizio dell'influenza virale) in quanto si tratta di un vero e proprio avvelenamento che può essere curato se riconosciuto precocemente.

In genere le intossicazioni domestiche sono la conseguenza di irregolarità gravi dell'installazione degli impianti termici o a carenze di manutenzione.

Particolarmente pericolosa è la presenza di impianti termici in locali non idonei (camere da letto, bagni) e l'uso di bracieri in locali chiusi

Altra situazione a rischio è la coesistenza in uno stesso locale di caldaie a tiraggio naturale e caminetti a legna: la loro contemporanea accensione può far sì che il tiraggio del caminetto crei una depressione nel locale e quindi il ritorno dei fumi della caldaia nel locale stesso

Attenzione anche all'uso di seconde case in montagna: le canne fumarie, inattive per lunghi periodi, possono risultare ostruite per mancanza di interventi di pulizia o per la presenza di foglie secche, nidi di animali, ecc.

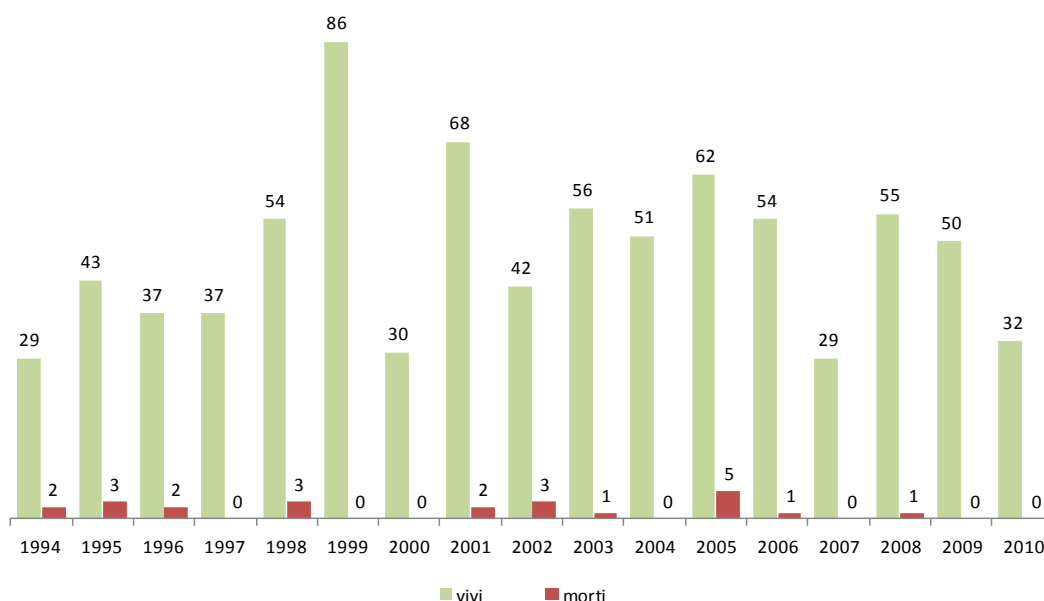
Gli impianti termici installati nelle nostre abitazioni (caldaie per il riscaldamento, scaldacqua, fornelli a gas, stufe a metano e a legna, ...) possono dunque rappresentare un pericolo per la salute se installati in

modo scorretto e/o non sottoposti a controlli periodici da parte di tecnici esperti. Se i gas prodotti dalla combustione non vengono allontanati dall'ambiente e/o non vi è un costante rinnovo dell'aria nel locale si può verificare la formazione e l'accumulo di gas dannosi per la salute delle persone, in particolare il monossido di carbonio (CO), gas altamente velenoso che può provocare anche la morte.

Dai dati raccolti nell'ambito dell'Osservatorio Provinciale sulle intossicazioni domestiche da CO, cui partecipano i Servizi Igiene e Sanità Pubblica delle tre ULSS della Provincia, emerge che ogni anno in Provincia di Verona un numero non trascurabile di persone si avvelenano con il CO. Nel 2010 nella Provincia di Verona si sono avuti 13 incidenti che hanno causato l'intossicazione di 32 persone, tutte sopravvissute.

GRAFICO 6.3/1

Numero di persone intossicate da CO nella Provincia di Verona



Il 37,5% degli intossicati è di nazionalità straniera. Inoltre, dei 13 incidenti verificatisi 5 hanno coinvolto degli stranieri; in 3 casi gli incidenti sono stati causati dall'uso di impianti termici a legna, mentre un caso è stato provocato dall'utilizzo di un braciere per il riscaldamento dei locali. Questo fenomeno, verificatosi anche negli anni precedenti, si collega al problema della disponibilità di case di qualità accettabile per queste persone e risulta particolarmente critico se si considera che gli stranieri costituiscono a Verona il 13,8% della popolazione. Anche la mancanza di conoscenza delle problematiche legate all'uso degli impianti rappresenta un fattore di rischio per gli stranieri. Per questo motivo della documentazione multilingue sul tema viene consegnata anche in occasione di accessi nelle abitazioni di stranieri per altri fini (es. rilascio di certificazioni di antigienicità o di idoneità dell'alloggio, ...). Tuttavia, alla luce di alcuni casi verificatisi nella nostra provincia ai danni di cittadini italiani, si rileva come la popolazione in genere non abbia ben chiari i rischi dell'utilizzo di strumenti a combustione nei locali chiusi.


Il 37,5% degli intossicati è di nazionalità straniera 4 dei 5 incidenti che hanno coinvolto gli stranieri sono stati causati dall'uso di impianti termici a legna o bracieri in locali chiusi

Si veda il caso di due cittadini italiani intossicati da CO per aver utilizzato l'uno una motosega a scoppio all'interno di un garage, l'altro una motocarriola in una cantina o l'episodio accaduto all'interno di una baita alpina nella quale, a causa dell'utilizzo improprio di stufe "a fungo" per esterni all'interno del locale, sono rimaste intossicate una quindicina di persone.

Nell'ULSS 20 ogni volta che accade un incidente i tecnici del Dipartimento provvedono ad informare gli intossicati sul rischio sanitario rappresentato dal CO. Anche ARPAV interviene sul luogo dell'incidente per identificare la causa dell'intossicazione ed effettuare una valutazione tecnica degli impianti.

La prima azione preventiva è quella di disporre all'interno delle abitazioni di impianti termici sicuri. L'utilizzo di installatori e manutentori abilitati per l'installazione degli impianti e per le verifiche degli stessi devono diventare abitudini consolidate di tutti gli utilizzatori degli impianti potenzialmente dannosi. È anche utile che la popolazione abbia le informazioni adeguate per riconoscere i primi sintomi dell'avvelenamento.

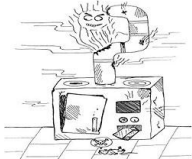
Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/faq_monossido.html


AZIENDA ULSS 20 VERONA
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
 V. S. C. S. 2000 - 37139 VERONA (VI) - TEL. 0445/439111 - FAX 0445/439112

AVVELENAMENTI DA GAS

Il gas che si sprigiona dalle stufe e dalle caldaie sono invisibili ma possono essere velenosi se rimangono all'interno degli ambienti di vita e vengono inalati dalle persone.


ATTENZIONE!
 Questi avvelenamenti possono essere mortali



I tubi di uscita del fumo non devono avere buchi o fessure
 Les tuyaux de conduite de fumée ne doivent avoir ni trous ni fissures


الأنابيب التي تخرج منها الأبخار لا يجب أن تكون مثقوبة أو مكسرة
 The smoke drain pipe must not have any hole or fissure

Disegno: Antonio Pica


AZIENDA ULSS 20 VERONA
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
 V. S. C. S. 2000 - 37139 VERONA (VI) - TEL. 0445/439111 - FAX 0445/439112

Attenzione alle fuoriuscite di gas dalle bombole
 Attention aux fuites de gaz des bouteilles
 دققوا على خروج الغاز من القارورة

Pay attention to the possible leak of gas from gas cylinders and pipes




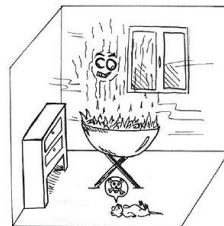
Fate controllare regolarmente il vostro impianto da un tecnico
 Faites contrôler régulièrement votre installation de gaz par un spécialiste

يجب فحص معد كميان شبيكته الغاز مندي
 تدعى عمل منتصه بالمنتصه

Don't forget to have your heating system periodically checked by an experienced technician

Disegno: Antonio Pica


AZIENDA ULSS 20 VERONA
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
 V. S. C. S. 2000 - 37139 VERONA (VI) - TEL. 0445/439111 - FAX 0445/439112



Nei locali chiusi non si possono accendere bracieri
 N'allumez jamais de barbecue ou de brasiers dans un endroit fermé

دخول بوجل أو غرف مغلقة لا يلزم ذمعال البجل

Don't light any brazier inside a closed room

Disegno: Antonio Pica


AZIENDA ULSS 20 VERONA
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
 V. S. C. S. 2000 - 37139 VERONA (VI) - TEL. 0445/439111 - FAX 0445/439112



Nei bagni e nelle camere è vietato l'uso di stufe e caldaie
 Poêles et chauffe-eaux sont interdits dans les salles de bains.

دخول البوجل أو غرف النوم في بيته استعمال تركيب البوجل

The use of stoves and water-heaters is prohibited in the bathrooms and in the bedrooms

Disegno: Antonio Pica

Volantini informativi multilingue sul rischio sanitario da CO

CAPITOLO 7

La sicurezza nei luoghi di lavoro

Parole chiave: Infortuni sul lavoro, infortuni mortali, malattie professionali, sorveglianza sanitaria, prevenzione infortuni, vigilanza aziende, edilizia, agricoltura, coordinamento enti prevenzione, medicina del lavoro, sistema informativo gestionale, formazione, stress lavoro correlato.

La recente riforma introdotta nel nostro ordinamento normativo, “Testo unico” sulla sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs. n. 81/08), accompagnata da successive disposizioni correttive (D.Lgs. 106 del 3 agosto 2009), ha avuto il pregio di porre al centro della discussione la questione “sicurezza” e di dare impulso al contrasto del fenomeno degli infortuni e del lavoro irregolare.

Un aspetto che merita di essere sottolineato in positivo è l’avvio del *sistema di governo* (Sistema Istituzionale) previsto dagli artt. 5, 6, 7 e 8 del D.Lgs. 81/08, con l’insediamento:

- in ambito centrale del Comitato per l’indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento delle attività di vigilanza, della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro e l’avvio del progetto che istituisce il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP)⁵, che ha visto recentemente (il 28 gennaio 2011) proprio Verona essere la sede per la presentazione dei primi risultati conseguiti;
- in ambito periferico dei Comitati regionali di coordinamento, attivi in quasi tutte le regioni italiane (tranne due), e dei Comitati provinciali di coordinamento.

A livello regionale il *Sistema informativo gestionale* dell’attività degli SPISAL “Prevnet”, avviato nel Veneto, rappresenta il primo mattone costitutivo del più ampio SINP e permette l’accesso, per la condivisione delle informazioni sulle aziende e le attività di vigilanza e di indagine, anche ad altri enti quali DPL, INAIL, INPS.

Altro strumento che entro breve si affiancherà a questa infrastruttura tecnologica è il *progetto web cantieri con georeferenziazione*, attualmente in sperimentazione nella provincia di Venezia, che in breve tempo sarà disponibile a tutti gli SPISAL del Veneto, faciliterà la condivisione delle informazioni relative alle notifiche dei cantieri e permetterà una vigilanza mirata, puntuale ed integrata tra gli enti.

Il coordinamento fra tutti i soggetti sociali ed istituzionali preposti alla salute e sicurezza sul lavoro è uno dei punti strategici individuati anche dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro.

Per la Commissione la collaborazione e il coordinamento tra gli enti preposti vanno rafforzati in quanto *accrescono l’efficacia* dei controlli, *razionalizzano* gli interventi e assicurano modalità operative uniformi; non solo, tale Commissione auspica un coordinamento professionale mediante l’adozione di procedure e verbali unificati di rilevazione da parte degli organi ispettivi.

Nella nostra Provincia il Comitato provinciale di coordinamento, istituito nel 2009 e presieduto dal Direttore Generale attraverso il Direttore SPISAL, ha nello specifico lo scopo di pianificare le attività di prevenzione e vigilanza negli ambienti di lavoro in forma coordinata tra gli enti.

⁵ La banca dati che dovrà riunire tutte le informazioni inerenti agli infortuni sul lavoro, alle malattie professionali e alle attività di prevenzione e vigilanza svolte dai vari enti competenti.

7.1 INFORTUNI SUL LAVORO

IN ITALIA

IN ITALIA CONTINUA IL CALO DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO

Nel 2009 gli infortuni denunciati all'INAIL, rispetto all'anno precedente, sono calati del 9,7% passando dagli 874.940 casi (2008) ai 790.000 del 2009. Si stima che al netto degli effetti della crisi - che è ancora in atto - la riduzione reale sia del 7% per gli infortuni in generale e del 3,4% per quelli mortali. Dal 2003 la flessione è di quasi il 18%. Gli infortuni mortali nel 2009 secondo i dati INAIL sono calati del 7,5%, quelli in itinere del 2,7%; in valore assoluto si è passati dai 1.120 del 2008 ai 1.050 del 2009. Gli infortuni stradali ed in itinere rappresentano il 55,8% delle cause di decesso. La riduzione ha interessato l'Industria (-7,9%), i Servizi (-6%; -16,7% nel settore Trasporti), mentre l'Agricoltura resta stabile. Nelle Costruzioni la riduzione delle morti sul lavoro è stata molto contenuta (-1,4%).

Nel 2009 in Italia la flessione degli infortuni è stata pari al 9,7%

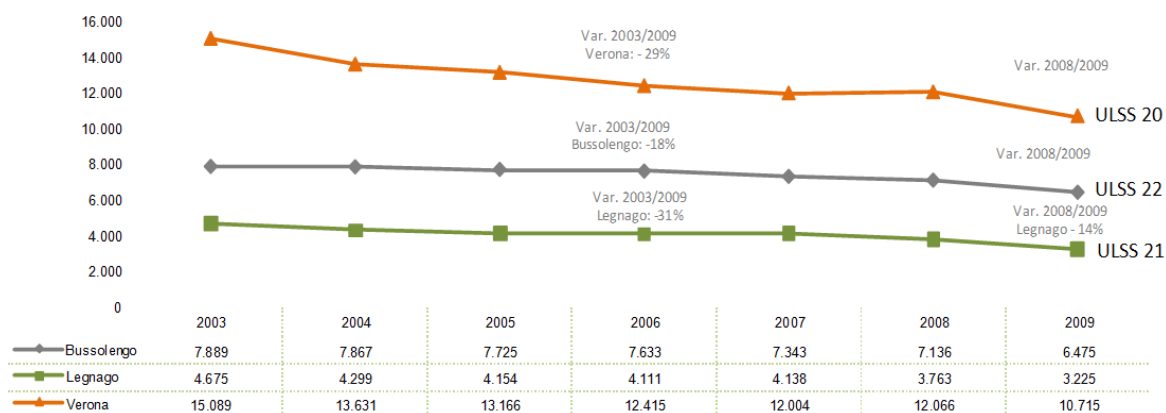
IN PROVINCIA DI VERONA

INFORTUNI TOTALI COMPRESI I GRAVI, INVALIDANTI E MORTALI

In provincia di Verona nel 2009 sono stati denunciati 20.415 infortuni, l'11% in meno rispetto al 2008, segno anche degli effetti della crisi economica che stiamo attraversando. Dal 2003 il calo complessivo è stato superiore al 26%, anche se occorre rilevare che gli infortuni gravi non calano negli anni, anzi sono in aumento. La nostra provincia, anche per il 2009, a livello regionale, resta quella con il maggior numero di infortuni e di casi mortali.

GRAFICO 7.1/1

Infertuni denunciati all'INAIL nella provincia di Verona dal 2003 al 2009 distinti per ULSS (Fonte INAIL)



L'ULSS 20 registra un calo degli infortuni del 29% nel periodo 2003-2009 e dell' 11% se si considera l'anno 2008.

Nella provincia gli *infertuni riconosciuti* dall'INAIL, ammontano a circa 11.500⁽⁶⁾ l'anno, più di 30 infortuni ogni giorno. Il 60% di essi si concentra in quattro comparti produttivi: servizi (21%), costruzioni (15%), metalmeccanica (14%) e agricoltura (10%). Gli *infertuni gravi* (esiti permanenti, mortali e/o con prognosi superiore ai 40 giorni), sono pari a 2.288. Un terzo di essi colpisce i lavoratori autonomi titolari, familiari o soci, con percentuali diverse nei settori: 85% in agricoltura, 49% nel legno, 45% in edilizia. Ogni anno gli infortuni dovuti a circolazione stradale sono 600 (5,3%), 160 dei quali gravi concentrati per il 45% nel comparto Servizi.

Nella nostra ULSS nell'ultimo anno gli infortuni sono calati dell'11%

⁶ A fronte di circa 22.000 infortuni denunciati all'anno. Sono esclusi gli infortuni negativi, in franchigia, quelli in itinere e quelli occorsi a studenti, colf, sportivi professionisti.

I casi invalidanti, con esiti permanenti > 5%, sono circa 500 l'anno. Gli *infortuni mortali* registrati nella nostra provincia ogni anno sono numerosi. Nel 2010 l'INAIL ha riconosciuto 16 infortuni mortali sul lavoro, di cui quattro avvenuti in itinere⁷. I settori maggiormente colpiti sono stati l'edilizia con cinque casi e l'agricoltura con quattro casi riconosciuti. Sia in Agricoltura che in Edilizia le più comuni modalità di accadimento sono sempre le medesime: ribaltamento del trattore in agricoltura e cadute dall'alto in edilizia.

GRAFICO 7.1/2

Infotuni mortali riconosciuti dall'INAIL nella provincia di Verona dal 2001 al 2010 (Fonte INAIL)

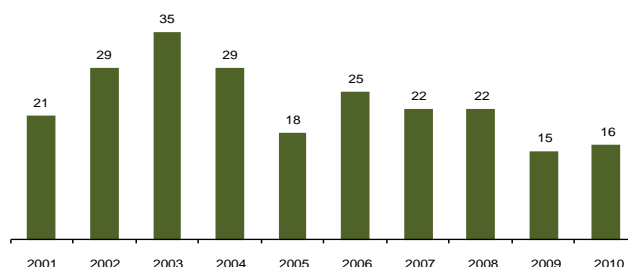


TABELLA 7.1/1

Infotuni mortali distinti per comparto, modalità di accadimento, Comune evento, provenienza. Provincia di Verona, anno 2010.

N.	COMPARTO	MODALITÀ DI ACCADIMENTO	COMUNE EVENTO	LAVORATORI STRANIERI
1	AGRICOLTURA	Rimasto schiacciato dal trattore	Mezzane	Rumeno
2		Schiacciato da trattore	Torri del Benaco	
3		Colpito da malore nei campi	S.Martino B.A.	Rumeno
4		Caduto dal fienile	Nogarole Rocca	
5		Schiacciato da trattore (<i>Infotunio non riconosciuto dall'INAIL</i>)*	Villa Bartolomea	
6		Schiacciato da trattore (<i>Infotunio non riconosciuto dall'INAIL</i>)*	Montecchia di C.	
7	EDILIZIA	Scontratosi con autotreno (<i>incidente stradale in occasione di lavoro</i>)	Bovolone	
8		Precipitato dal tetto installando pannelli solari	Caldiero	
9		Caduto dal ponteggio	Oppeano	Brasiliano
10		Caduto dal tetto	Bonavicina	Marocchino
11		Durante le operazioni di riparazione delle parti elettriche di un macchinario rimaneva incastrato con schiacciamento della testa causato da un carrello del macchinario	Bovolone	
12	IND. ALIMENTARE	Trovato riverso sul pavimento dell'officina	Roverè Veronese	
13	IND. CHIMICA	Coinvolto in scoppio tubatura gas nel reparto produzione	Nogarole Rocca	
14	AUTOTRASPORTO	Incidente stradale	Legnago	
15	INFORTUNI IN ITINERE	Alla guida della moto urtava ciclista	Roverchiara	
16		Alla guida della moto veniva investito da auto	Zevio	Sudafrica
17		Usciva di strada	Verona	
18		Incidente stradale	Cerea	

* Nel conteggio sono stati aggiunti anche i due casi mortali avvenuti in agricoltura ma non riconosciuti dall'INAIL in quanto non assicurati per carenze di requisiti previsti per l'assicurazione obbligatoria. Nella ULSS 20 le indagini per infotunio concluse sono state 112; il 17,8% di queste si è concluso riconoscendo responsabilità penali per mancanza di protezione della macchina/impianto o per mancanza di formazione o procedure di sicurezza. Le inchieste sulle malattie professionali che si sono invece concluse riconoscendo responsabilità penali sono state 1 su 96.

7 Infortuni "in itinere": si tratta di quell'evento accidentale che può colpire il lavoratore mentre si reca o torna dal lavoro (rischio generico collegato all'attività lavorativa). Infortuni "stradali": infortuni che avvengono durante la circolazione stradale a lavoratori per i quali la strada rappresenta il normale luogo di lavoro ("rischio specifico", con un nesso eziologico di causa/effetto con l'attività lavorativa esercitata, es. camionisti, autisti, tassisti, agenti di commercio ecc.).

TABELLA 7.1/2

Indagini per infortuni e malattie professionali svolte dallo SPISAL - ULSS 20

PRODOTTO	SPECIFICA	ULSS 20 VERONA
		Numero
Indagini infortuni	Concluse	112
	con responsabilità	20
Indagini malattie professionali	Concluse	96
	con responsabilità	1

Nel 2010 lo SPISAL ha effettuato 6 inchieste di infortuni mortali sul lavoro (su 14 svolte a livello provinciale). Tre hanno riguardato infortuni mortali avvenuti in agricoltura e tre in edilizia con modalità ricorrenti: ribaltamento del trattore e caduta dall'alto.

Un caso particolare in agricoltura si è registrato a luglio con la morte di un lavoratore stagionale, straniero, di 37 anni causata da colpo di calore mentre era impegnato, in campo aperto, nell'attività di "pacciamatura", che consiste nel preparare e poi ricoprire il terreno con teli di nylon per la coltivazione di colture frutticole. Il lavoratore, ricoverato in terapia intensiva, è deceduto il giorno successivo.

A questi vanno aggiunti tre casi (su sei inchieste svolte a livello provinciale) di malattie professionali con esito mortale: due per mesotelioma pleurico, uno per tumore alla vescica.

TABELLA 7.1/3

Infortuni mortali indagati dallo SPISAL dell'ULSS 20 per comparto, età, modalità di accadimento e luogo, anno 2010

N.	COMPARTO	ETÀ	MODALITÀ DI ACCADIMENTO
1	Agricoltura 	37	Colpo di calore
2		59	Ribaltamento del trattore
3		21	Ribaltamento del trattore
4	Edilizia 	72	Caduta dall'alto
5		38	Caduta dall'alto
6		87	Investito da camion in manovra

Web:
http://prevenzione.ulss20.verona.it/spisal_infortuni.html
http://prevenzione.ulss20.verona.it/spisal_agricoltura.html

7.2 MALATTIE PROFESSIONALI

IN ITALIA

Nel 2009 in Italia sono state denunciate all'INAIL 34.646 malattie professionali contro le 29.939 del 2008, con un incremento del 15,7 % rispetto all'anno precedente.

Contrariamente a quanto accade per il fenomeno infortunistico, il cui andamento è in costante calo negli ultimi anni, per le malattie professionali le denunce sono in costante aumento; in particolare un incremento esponenziale si rileva per le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico dovute a sovraccarico biomeccanico: 17.620 denunce nel 2009, il 36% in più rispetto all'anno precedente. Diminuiscono contestualmente le patologie "storiche" come l'ipoacusia (sordità) da rumore (-17% dal 2005 al 2009), le malattie respiratorie (-12,5%) e le cutanee (-37,5%).

Dal 2008 al 2009 le malattie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico sono aumentate del 36%, in agricoltura sono raddoppiate

Le malattie professionali denunciate all'INAIL nel 2009 in Agricoltura hanno segnato un aumento eccezionale: i casi, 3.914, raddoppiano rispetto al dato 2008 (1.834 denunce). Anche tra gli agricoltori prevalgono le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico: 2.777 denunce nel 2009, pari al 71% dell'intero fenomeno. Afezioni dei dischi intervertebrali, tendiniti, sindrome del tunnel carpale, ecc. Si tratta principalmente dell'emersione del fenomeno di sottodenuncia ed anche dell'introduzione di nuove tabelle INAIL.

IN PROVINCIA DI VERONA

Anche nella provincia di Verona il 2009 ha registrato un aumento delle denunce, pari all'8,4% (Fonte: *Rapporto Annuale Regionale 2009*). In Agricoltura le denunce sono quasi triplicate, da 41 (2008) sono salite a 112 nel 2009.

Le segnalazioni (n. 277) sono pervenute nella maggioranza dei casi da: Medici competenti, Istituto di Medicina del Lavoro, Medici INAIL, Medici di Patronati. Nessun caso è stato invece trasmesso dai medici di base e ospedalieri, contravvenendo agli obblighi medico legali di denuncia e di referto. Lo SPISAL non di rado nell'affrontare, su delega della Procura, indagini su patologie professionali ad esito mortale, trova difficoltà a ricostruire, dopo molti anni, la storia lavorativa, le esposizioni pregresse e di conseguenza la definizione delle eventuali responsabilità penali.

Le denunce di malattie professionali pervenute agli SPISAL o riscontrate dagli stessi Servizi nell'ambito della propria attività ambulatoriale nell'ultimo anno registrano un aumento pari all'11,5%. Si distinguono in particolare quelle dell'apparato muscolo-scheletrico.

L'ipoacusia (sordità) da rumore, che ha sempre rappresentato sino al 2007 la prima malattia professionale per numero di denunce, nel 2008 è stata sopravanzata dalle patologie dell'apparato muscolo scheletrico da sovraccarico bio-meccanico degli arti superiori (tendiniti, sindromi del tunnel carpale, ecc., dovute ad attività che comportano movimenti ripetuti) e della colonna vertebrale (discopatie, artrosi, ecc., da movimentazione manuale di carichi).

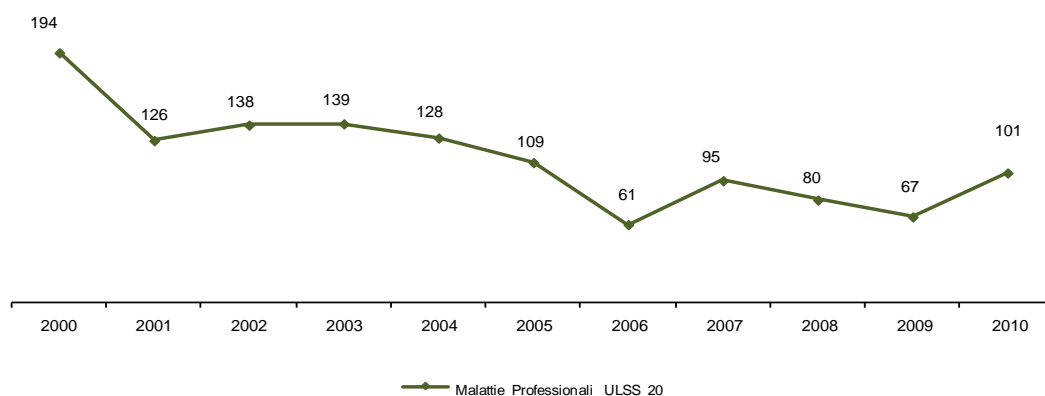
In questi ultimi decenni si è assistito ad un miglioramento delle condizioni di igiene negli ambienti di lavoro che ha portato ad una diminuzione delle patologie "storiche" in particolare le ipoacusie da rumore, mentre permane in molti settori produttivi (facchinaggio, edilizia, sanità, commercio, ecc.) il rischio da movimentazione manuale dei carichi e da movimenti ripetitivi, che rappresentano infatti la causa della prevalenza di patologie muscolo scheletriche di cui si stima sia affetta il 30% della popolazione lavorativa in Italia⁸. Recentemente è stata rivolta una particolare attenzione alle malattie di natura psichica derivanti da "mobbing" o da un'organizzazione del lavoro non corretta.

⁸ Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/em0013_en.htm

Nell'ULSS 20 la segnalazione delle malattie professionali negli anni considerati (2000-2010) mostra un trend decrescente.

GRAFICO 7.2/1

ULSS 20 - Malattie professionali segnalate allo SPISAL, nel periodo 2000 – 2010.

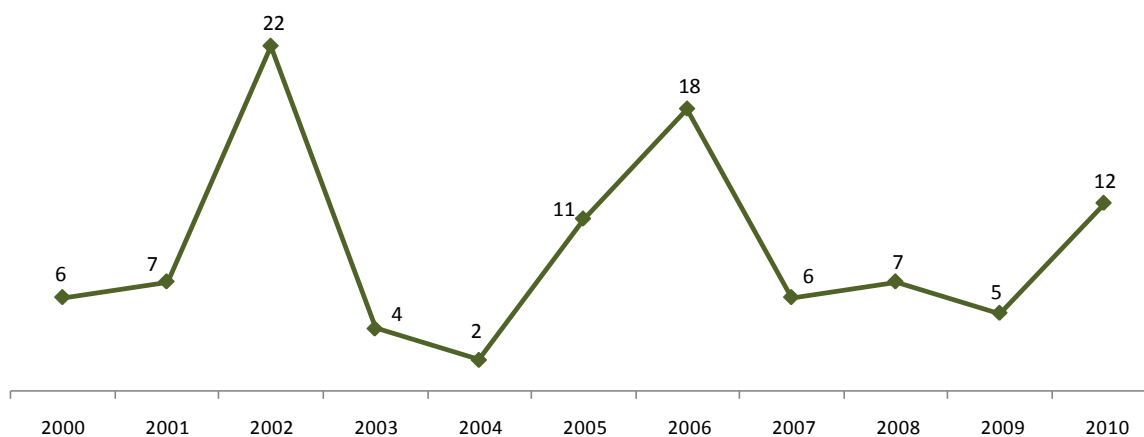


Nel 2010 si registrano tre casi di mesotelioma pleurico su dodici segnalati nella provincia di Verona⁹.

Nel grafico 7.2/2 invece si evidenziano le denunce, effettuate agli SPISAL della provincia di Verona, di mesoteliomi pleurici¹⁰ in lavoratori per pregresse esposizioni ad amianto.

GRAFICO 7.2/2

Provincia di Verona – Casi di Mesotelioma segnalati agli SPISAL della provincia di Verona dal 2000 al 2010



⁹ Nel conteggio sono compresi anche i due casi registrati di mesotelioma pleurico con esito mortale.

¹⁰ In particolare i mesoteliomi pleurici per esposizione ad amianto, rappresentano un fenomeno in crescita. Il picco della curva di frequenza dei mesoteliomi (dato il lungo periodo di latenza pari a 30-40 anni in media) è previsto tra il 2010 e il 2020.

7.3 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE NELL'ANNO 2010

Gli SPISAL hanno il compito istituzionale di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e del miglioramento del benessere dei lavoratori attraverso attività di vigilanza, di assistenza e di promozione della salute rivolte al mondo del lavoro.

Per un utilizzo efficace ed appropriato delle risorse umane, strumentali e finanziarie il *“Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro”*, sottoscritto da Stato e Regioni (e formalizzato nel DPCM 17.12.2007), impegna le regioni ad operare una razionalizzazione degli interventi ispettivi - prevedendo sopralluoghi congiunti tra Servizi di Prevenzione delle ASL ed altre amministrazioni aventi competenze in materia di tutela della salute e della sicurezza, nonché sulla regolarità del lavoro - che consenta una copertura di almeno 5% delle unità locali in un anno o il mantenimento del livello se già raggiunto.

SPISAL ULSS 20		
Obiettivi programmati 2010	Risultati conseguiti nel 2010	%
1.176 aziende, pari al 5% delle unità locali	1.311 aziende controllate	+ 11,4

7.3.1 INTERVENTI DI VIGILANZA NELLE AZIENDE

Nel 2010 nella ULSS 20 sono state controllate 1.311 aziende secondo priorità di rischio di infortunio grave e mortale e di malattia professionale con un aumento, rispetto al 2009, pari al 4,9%. A fronte di un aumento delle aziende controllate i verbali con prescrizioni ed in seguito ottemperati dalle aziende hanno visto una riduzione del 9,5%, segno di un positivo miglioramento delle misure di sicurezza nelle aziende.

La percentuale di aziende che hanno ricevuto verbali di prescrizioni¹¹ è stata del 30% mentre il restante 70% al momento del sopralluogo non presentava evidenti condizioni di rischio per la salute e la sicurezza.

Gli obiettivi programmati sono stati superati del 11,4%

Le violazioni si riferivano prevalentemente a: mancato controllo interno sulle misure di prevenzione a rischi legati alla viabilità interna, alle cadute dall'alto, a macchine ed attrezzature prive di dispositivi di sicurezza.

La pianificazione della vigilanza è stata preceduta da una condivisione con le parti sociali degli archivi delle aziende selezionate in base a priorità di rischio infortunistico ed ha inoltre previsto una comunicazione preventiva alle aziende dell'intervento programmato e la diffusione, sul sito internet dello SPISAL, di strumenti per l'autocontrollo aziendale (*check list*).

Il metodo di controllo ha privilegiato la verifica degli aspetti organizzativi della *gestione aziendale della sicurezza* e degli aspetti tecnici e sanitari del medico competente.

Il risultato dei controlli del Sistema Gestione Sicurezza (S.G.S.) effettuati nella ULSS 20 su 66 aziende ha rilevato che circa il 30% ha sviluppato un sistema di gestione adeguato per la propria organizzazione; il restante 70% mostra delle criticità riguardo alla gestione degli infortuni, alla manutenzione ed agli appalti, mentre risultano adeguati la gestione della sorveglianza sanitaria e delle emergenze.

¹¹ In caso di situazioni di rischio, alle aziende vengono rilasciati verbali sulle misure di prevenzione da adottare. Successivamente si verifica l'adempimento. Sono elevate contravvenzioni e in alcuni casi si procede a sequestri e sospensioni delle attività.

TABELLA 7.3.1/1

Interventi di vigilanza nelle aziende di tutti i comparti, anno 2010

PRODOTTO	SPECIFICA	ULSS 20
		NUMERO
Interventi di vigilanza	Aziende di tutti i comparti oggetto di intervento	1.311
	Di cui con verifica del sistema di gestione della sicurezza (S.G.S)	66
	Di cui con vigilanza dei Medici competenti	14
	Di cui cantieri	507
	Di cui con bonifica amianto controllati con sopralluogo	84
	Di cui aziende agricole	188
Sopralluoghi		1.420
Verbali redatti	Totale verbali di prescrizioni	342
Pareri (espresi) in merito alla progettazione di nuovi insediamenti produttivi*		10

* I nuovi insediamenti produttivi sono, di norma, valutati dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica

7.3.2 INTERVENTI DI VIGILANZA IN EDILIZIA

Il settore delle Costruzioni è quello a maggior rischio di infortuni mortali ed invalidanti. Tali eventi riguardano in primo luogo le cadute dall'alto dovute a carenze di protezioni come parapetti e ponteggi adeguati seguite da eventi legati alle scale portatili. Nelle Costruzioni alla presenza di gravi problemi di sicurezza si sommano altri fattori sociali come l'impiego di manodopera immigrata e forme di appalti e subappalti a cascata con l'impiego di lavoratori autonomi non garantiti dalle norme di sicurezza.

Come da indicazioni del Piano Nazionale Edilizia, la vigilanza coordinata tra Enti è stata finalizzata al:

- controllo dei rischi di caduta dall'alto, di seppellimento e delle presenze in cantiere per la regolarità del lavoro e per il contrasto delle forme in nero e del lavoro grigio,
- controllo della sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischi per la salute.

Nel 2010, nell'ULSS 20 le notifiche pervenute sono state 2.584 (+ 25% rispetto al 2009). I cantieri controllati dallo SPISAL sono stati 507, che diventano 1.179 se consideriamo la vigilanza tecnica coordinata effettuata con tutti gli enti, corrispondente al 22,7% dei cantieri notificati in tutta la provincia (5.175). Inoltre il Comitato Paritetico Territoriale (CPT) ha fornito assistenza e supporto tecnico alle imprese effettuando 1.457 visite in 960 cantieri registrando situazioni adeguate nell'86% dei casi rispetto all'applicazione della norma antinfortunistica. Solo nel 12,2% delle visite sono state riscontrate situazioni "gravi" o "pessime condizioni"¹².

Sono stati redatti 255 verbali di contravvenzione ad imprese e lavoratori autonomi, coordinatori per la sicurezza, committenti, per violazione delle norme fondamentali. I verbali hanno riguardato le imprese, comprese le affidatarie per la mancata verifica delle misure di prevenzione realizzate dalle imprese esecutrici. Per i coordinatori i provvedimenti hanno riguardato l'inadeguatezza e la

¹² Le visite classificate come "non disponibile" comprendono le conferenze di cantiere svolte, gli interventi formativi chiesti in impresa o cantiere, gli incontri svolti con la direzione aziendale e i successivi sopralluoghi previsti all'interno della sperimentazione dell'attività di consulenza che si sta portando avanti.

Per "cattive" si devono intendere quelle situazioni che con il nuovo protocollo Cpt - Spisal prevedono la richiesta di sospensione dei lavori e se non attuata la comunicazione al direttore del Cpt che valuterà già in prima visita di dare informazione all'organo di vigilanza.

Nelle 153 visite "non buone" possiamo identificare i cantieri con pericoli gravi ma risolvibili con interventi di breve durata e scarsa difficoltà tecnica o organizzativa ma che in caso di sopralluogo Spisal sarebbero stato oggetto di sanzione.

genericità dei piani di sicurezza e coordinamento e soprattutto il mancato coordinamento delle imprese per la messa in opera delle misure di prevenzione.

Dai controlli è emerso che una quota significativa di cantieri non è ancora adeguatamente protetta contro il rischio di caduta dall'alto che rappresenta la dinamica ricorrente degli infortuni mortali e gravi.

TABELLA 7.3.2/1

Ulss 20 - interventi di vigilanza in edilizia, anno 2010

	VIGILANZA	NUMERO
Tipo intervento	Piani di lavoro amianto	516
	Notifiche apertura cantieri pervenute	2.584
	Cantieri controllati	507
	Imprese controllate	829
Verbali redatti	riguardanti imprese e lavoratori autonomi	221
	riguardanti committenti e/o responsabili dei lavori	14
	riguardanti coordinatori per la sicurezza	34
	Totale verbali con prescrizioni	255

7.3.3 OPERAZIONE AGRICOLTURA SICURA

In linea con il piano nazionale agricoltura e quello regionale, nella nostra provincia gli interventi di vigilanza hanno riguardato i seguenti aspetti essenziali di sicurezza e salute:

- rischio da impiego di macchine, attrezzature, con verifica delle protezioni del trattore anche nei centri di conferimento e raccolta e nelle cantine vitivinicole ed a vista nelle campagne
- lavori con esposizione a rischio chimico
- regolarità del lavoro.

Ogni anno nella provincia di Verona si verifica un numero elevato di infortuni mortali e invalidanti. Anche in questo settore, come per l'edilizia, i problemi di sicurezza del lavoro sono aggravati dall'impiego di manodopera irregolare e in nero e dall'impiego di collaboratori familiari. È solo con l'entrata in vigore del D.Lgs. 81/08 che tali lavoratori rientrano nelle tutele di sicurezza. Considerato che sul territorio provinciale operano circa 19.000 aziende di piccole dimensioni, per assicurare una adeguata prevenzione sul territorio delle attività di vigilanza, la strategia vincente è quella di assicurare una sinergia tra gli enti istituzionali preposti alla prevenzione e le associazioni datoriali e sindacali compreso il nuovo Ente Bilaterale di Verona (ENBIAV).

Una spinta propulsiva verso questo settore si è avuta, nell'anno 2008, ad opera della Prefettura di Verona dove è stato siglato un atto di impegno¹³ volto a garantire la salute e la sicurezza del lavoro nel settore dell'agricoltura e l'istituzione di un sistema di controlli coordinati degli enti pubblici preposti alle attività di vigilanza. Nel 2010 lo SPISAL ha effettuato 188 controlli (su 306 effettuati a livello provinciale) di contrasto degli infortuni gravi e mortali e del lavoro nero in coordinamento con la Direzione Provinciale del Lavoro, INAIL e INPS. Sono inoltre stati realizzati interventi di promozione della cultura della sicurezza.

Web: http://prevenzione.ulss20.verona.it/agricoltura_sicura09.html

¹³ Enti firmatari dell'Atto d'impegno: Inail, Inps, Direzione del Lavoro Provinciale, Ulss 20, 21,22, FAI-CISL, FLAI-CGIL, UILA-UIL, CONFAGRICOLTURA, FEDERAZIONE PROVINC. COLDIRETTI, CONFEDERAZIONE ITALIANA AGRICOLTORI ed ENBIAV.

7.4 MEDICINA DEL LAVORO E ATTIVITÀ SANITARIE

È noto che l'amianto, materiale largamente utilizzato sino ai primi anni '90 (L. 257/92 "Norme relative alla cessazione dell'amianto"), può essere causa di insorgenza nell'uomo di specifiche patologie a carico dell'apparato respiratorio a distanza anche di molti anni dall'inizio dell'esposizione.

Si stima che nella Regione Veneto risiedano oltre 30.000 persone che in passato hanno svolto lavorazioni con esposizione all'amianto. Nella nostra Provincia, tra i comparti maggiormente coinvolti, si ricordano l'edilizia, la costruzione e manutenzione di rotabili ferroviari, la termoidraulica, la lavorazione a caldo dei metalli, la produzione di manufatti contenenti amianto. A sostegno di questa categoria di lavoratori e per il monitoraggio nel tempo del loro stato di salute, la Regione Veneto garantisce in forma gratuita la loro assistenza e sorveglianza sanitaria attraverso gli Ambulatori di Medicina del Lavoro degli SPISAL.

Amianto:
30.000 ex esposti

L'accesso agli Ambulatori di Medicina del Lavoro degli SPISAL è garantito a tutti i Lavoratori che ne facciano richiesta e dichiarino una pregressa attività con esposizione all'amianto, siano essi lavoratori dipendenti o autonomi, pensionati o occupati in altre attività o in condizione di sospensione o disoccupazione. Sono esclusi coloro che sono in continuità di esposizione all'amianto o sono tuttora dipendenti di Azienda per la quale sono stati precedentemente esposti all'amianto, in quanto la sorveglianza sanitaria in questi casi compete ed è a carico del Datore di lavoro che la effettua attraverso il "medico competente" aziendale.

Dal 2009 presso l'Unità Operativa Medicina del Lavoro (U.O.M.L.) dello SPISAL di Verona 259 persone sono state sottoposte ad accertamenti sanitari (valutazione dell'esposizione professionale all'amianto, visita medica generale, prove di funzionalità respiratoria, indagine radiologica del torace); grazie ad essi sono stati rilevati 30 casi di possibile malattia professionale correlata all'amianto (29 casi di placche pleuriche, 1 caso di neoplasia del polmone). Sono inoltre in corso di monitoraggio 43 casi per riscontro radiologico di nodulazioni polmonari da seguire a distanza di tempo.

Nel 2010 lo SPISAL ha erogato 938 prestazioni di carattere medico sanitario tra le quali 97 visite per sorveglianza sanitaria su ex esposti ad amianto. Gli interventi a tutela delle lavoratrici madri sono stati 471. Le visite specialistiche erogate in medicina del lavoro sono state 209¹⁴, di cui 16 hanno riguardato ricorsi sui giudizi di idoneità lavorativa.

TABELLA 7.4/1

Accertamenti sanitari, anno 2010

PRODOTTO	SPECIFICA	ULSS 20 VERONA
		Numero
Accertamenti sanitari ⁽¹⁵⁾	Totali	938
	di cui ad ex esposti ad amianto	97
	di cui a lavoratrici madri	471
Ricorsi avverso i giudizi dei medici competenti		16

¹⁴ Totale derivante da: 96 indagini per malattie professionali, 97 ex esposti all'amianto e 16 ricorsi avversi i giudizi dei medici competenti.

¹⁵ Le visite mediche di idoneità al lavoro di minori nelle ULSS 20 vengono eseguite dai medici dei Distretti Sanitari. Altre attività sono per esempio il monitoraggio delle condizioni sanitarie dei cittadini italiani che hanno soggiornato/operato nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo a rischio di contaminazione da uranio impoverito. Nel conteggio non rientrano gli accertamenti sanitari relativi alle inchieste per malattie professionali ed alle valutazioni sui ricorsi avversi i giudizi dei medici competenti.

7.5 COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE FORMAZIONE, PROMOZIONE DELLA SALUTE

Lo SPISAL promuove l'informazione al cittadino e alle imprese, attraverso:

- gli sportelli di assistenza (telefonico, via internet, su appuntamento) alle imprese, ai lavoratori e alle loro associazioni;
- il portale <http://prevenzione.ulss20.verona.it/spisal.html>, ricco di documentazione, modulistica, video, aggiornamenti normativi, ecc.. Interesse che si rileva dalla numerosità degli accessi nel 2010:
 - Visualizzazione pagine SPISAL: 53.000 al mese.
 - Visualizzazione sezione dedicata allo *stress lavoro-correlato*: 119.000 volte nel 2010. Questo argomento ha ricevuto una rilevante attenzione da parte di professionisti e imprese pubbliche e private.
- servizi video televisivi, in collaborazione con l'INAIL, su argomenti che trattano i principali rischi di infortuni gravi e mortali e malattie professionali e forniscono informazioni su come prevenirli e contrastarli ed inoltre "spot" informativi (comunicati ai cittadini o alle aziende su argomenti specifici) da diffondere anche tramite televisori al plasma posizionati presso tutte le sedi ospedaliere e di distretto (Progetto "Inail e Spisal in-forma").
- sensibilizzazione e formazione mediante partecipazione ed organizzazione di numerosi eventi.

STRESS LAVORO-CORRELATO

Un argomento che nel 2010 ha riscontrato molto interesse da parte delle aziende è stato il tema della valutazione dello stress lavoro-correlato nelle aziende pubbliche e private. Sul portale dello SPISAL: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/spisal.html> le visualizzazioni della sezione dedicata allo stress, nell'anno considerato, sono state oltre 119.000, mentre 5.200 sono state le registrazioni per l'invio del metodo di valutazione del rischio stress lavoro correlato.

Nell'aprile 2010 è stata pubblicata ufficialmente la procedura "Metodo di valutazione del rischio stress lavoro correlato" realizzata dagli SPISAL della Provincia di Verona e dal Centro Clinico dell'Università di medicina del Lavoro di Verona in accordo con il Network Nazionale per la Prevenzione Disagio Psicosociale nei Luoghi di Lavoro dell'ISPESL. Le richieste pervenute al servizio SPISAL, di informazioni e di trasmissione della procedura "Metodo di valutazione del rischio stress lavoro correlato" sono state in totale 3.499, di cui il 30% (1.486 richieste) arrivate da aziende con sede nella Regione Veneto, il restante 70% (2.013 richieste) sono pervenute da aziende con sede in Lombardia, Piemonte, Lazio, Emilia Romagna ecc. Le figure professionali maggiormente interessate all'argomento sono state: i Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (36,8%), i Consulenti esterni (24%), i Datori di Lavoro (13,7%). Meno interessati, invece, sono stati i Medici competenti.

Allo scopo di semplificare l'approccio al problema della valutazione dello stress lavoro-correlato per le aziende di piccole dimensioni, su sollecitazione delle associazioni artigiane e sindacali a livello provinciale, è stata messa a punto, in collaborazione con l'Università di Verona, una procedura semplificata "Linee operative per le piccole imprese con meno di 30 lavoratori".

La procedura ha ricevuto un'ampia diffusione tramite il sito internet: http://prevenzione.ulss20.verona.it/stress_lavoro.html#proposta-inferiori-30

Per concludere nel 2010 gli interventi di formazione erogati dallo SPISAL hanno interessato 592 soggetti per un totale di 276 ore complessive. Le figure maggiormente interessate dagli interventi di formazione sono stati i datori di lavoro, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) ed i responsabili dei servizi di prevenzione e protezione (RSPP).

TABELLA 7.5/1

Interventi di formazione erogata, anno 2010

FIGURE FORMATE	ULSS 20 VERONA	
	Numero persone	Numero ore
RSPP (datori di lavoro)	120	27
RSPP (mod. A,B,C)	20	8
RLS	200	71
Ponteggi	15	40
Corsi Amianto*	88	90
Coordinatori per la sicurezza	15	8
Altro	134	32
Totali	592	276

* Verona è uno dei tre centri autorizzati, dalla Regione Veneto, per la formazione dei datori di lavoro e dei dipendenti.

Web: <http://prevenzione.ulss20.verona.it/spisal.html>

CAPITOLO 8

Il Mondo Animale

Parole chiave: popolazione animale, macellazioni, vigilanza, ispezioni, stabilimenti produzione alimentare, influenza aviaria, vettori di malattie, lingua blu, Leishmaniosi, febbre del Nilo, apicoltura, randagismo, gatti, cani, colombi, ratti, insetti, artropodi, zanzara tigre, trattamenti disinfestanti

8.1 DIMENSIONE PRODUTTIVA

IL CAMPO D'INTERVENTO

Dall'anagrafe informatizzata del Servizio Veterinario, nel territorio dell'ULSS 20 risultano esistere 2.805 allevamenti di animali di tutte le specie da produzione con una popolazione animale così ripartita:

TABELLA 8.1/1

Popolazione animale

SPECIE ANIMALE	NUMERO CAPI
Bovini da riproduzione	32.941
Bovini da carne	60.930
Ovi-caprini	5.232
Equini	2.934
Suini	53.435
Polli (*)	6.745.000
Galline ovaiole (*)	790.000
Faraone (*)	200.000
Tacchini (*)	2.700.000
Anatre (*)	38.000
Conigli	65.000
Fagiani (*)	30.000
Quaglie (*)	430.000
Apiari	168
Ittiocolture	8

(*) Numero animali presenti per ciclo di allevamento.

Tutti gli animali sottoposti a macellazione vengono visitati prima (visita *ante mortem*) e dopo (visita *post mortem*) le operazioni di macellazione per verificare l'eventuale presenza di patologie trasmissibili all'uomo o agli animali. Nel caso di macellazioni speciali d'urgenza vengono regolarmente eseguiti esami batteriologici sulle carni e sugli organi ed analisi per la ricerca di sostanze inibenti.

Tutti i bovini macellati, abbattuti o morti ad una età maggiore di 48 mesi, sono sottoposti ad un test rapido per la ricerca dell'encefalite spongiforme bovina (BSE). Nel 2010 tutti gli animali controllati sono risultati negativi al test per la ricerca della BSE.

TABELLA 8.1/2

Statistica macellazioni

MACELLAZIONE CARNI ROSSE		DIFFERENZA	MACELLAZIONI CARNI BIANCHE		DIFFERENZA
Capi 2009	Capi 2010	2009-2010	Capi 2009	Capi 2010	2009-2010
47.170	46.559	- 611	48.686.634	51.528.732	+ 2.842.098

I dati riportati in tabella evidenziano che:

- il numero di capi avicoli macellati presso la nostra ULSS è in linea con il dato nazionale che ha visto un aumento (5,8%) della produzione e del consumo di carni bianche (avicole). Il numero annuale di accessi nei 4 macelli per la produzione di carni bianche è stato di 572;
- la macellazione di animali per la produzione di carni rosse ha registrato un lieve calo (-1,3%) che conferma il tendenziale trend negativo delle carni bovine che perdono ogni anno circa un punto percentuale. Il numero annuale di accessi negli 8 macelli per la produzione di carni rosse è stato di 620.

8.2 VIGILANZA E ISPEZIONI

STABILIMENTI PER LA PRODUZIONE ALIMENTARE

SISTEMA INFORMATICO PER LE REGISTRAZIONI

Il sistema di registrazione tramite presentazione di una Denuncia Inizio Attività (DIA) ha sostituito la vecchia autorizzazione sanitaria prevista dall'art. 2 della Legge 283/1962.

Il sistema informatico SIVE correlato con GesVet viene utilizzato per creare un'anagrafe regionale che, col tempo, dovrebbe dialogare con il sistema SIAN NET e permettere una gestione informatica delle pratiche inerenti le registrazioni. L'attività di aggiornamento del programma è ancora in corso dal momento che si è preferito riportare in anagrafica solo gli esercizi attivi e non trasferire in SIVE l'intero archivio. In fase di registrazione la pratica viene indirizzata al Servizio Veterinario o al SIAN a seconda della prevalenza di competenza, valutando quali sono gli alimenti che vengono posti in vendita o in lavorazione. La possibilità dell'Operatore del Settore Alimentare di utilizzare una vasta gamma di prodotti alimentari sia vegetali che animali fa sì che sempre più spesso certi sopralluoghi debbano essere eseguiti da personale del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione congiuntamente a personale del Servizio Veterinario.

ALIMENTI E CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO

Prosegue l'attività di controllo prevista dal D.G.R. 292/2007 (linee guida per la valutazione del rischio delle imprese alimentari ai fini del controllo ufficiale). Tale decreto rivede le modalità di esecuzione del controllo ufficiale dei prodotti alimentari, con l'obiettivo di adeguarle alle disposizioni della nuova legislazione europea.

Controlli ufficiali eseguiti periodicamente e con una frequenza proporzionata al rischio associato alle aziende ed agli alimenti prodotti

Occorre ricordare che i recenti Regolamenti comunitari, noti come "pacchetto igiene", hanno previsto l'**analisi del rischio** come fondamento di tutta la nuova legislazione alimentare. In particolare, l'art. 3 del regolamento 882 prevede che i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente e con una frequenza proporzionata al rischio associato alle aziende del settore e ai relativi alimenti prodotti.

Si provvede pertanto all'inizio dell'anno solare a "categorizzare" gli stabilimenti e a programmare la relativa attività. Il profilo di rischio viene definito in base a criteri riguardanti le caratteristiche dello stabilimento, l'entità produttiva, i prodotti, l'igiene delle produzioni, il sistema di autocontrollo ed infine i dati storici intesi come irregolarità e non conformità pregresse riscontrate.

Nel corso dell'anno sono state valutate tutte le aziende in possesso di riconoscimento comunitario e sono state eseguite ispezioni e verifiche utilizzando le schede operative già inserite nel D.G.R. 292/2007. Su queste attività nel corso dell'anno 2010 il servizio veterinario ha effettuato interventi di vigilanza e ispezione suddivisi come specificato nella tabella che segue.

TABELLA 8.2/1

Interventi di vigilanza

VIGILANZA	N. INTERVENTI
depositi riconosciuti C.E.	390
impianti di produzione e lavorazione carni	551
caseifici aziendali	280
impianti CE prodotti pesca	88
centri imballaggio uova	26
impianti prodotti d'uovo	47
Totale	1.382

TABELLA 8.2/2

Interventi d'ispezione

ISPEZIONE	N. INTERVENTI
macelli avicoli	572
macellazione presso agriturismi	10
macelli riconosciuti	620
laboratori di sezionamento riconosciuti	139
carcasse da macellazione speciale	10
suini a domicilio	550
Totale	1.901

TABELLA 8.2/3

Campionamenti

CAMPIONAMENTI	N. INTERVENTI
Piano Nazionale residui in allevamento e macello	1.031
Piano Nazionale residui su alimenti	141
Campionamenti	2.019
Totale	3.191

Oltre all'attività di ispezione di tutti gli animali macellati negli impianti autorizzati anche le industrie alimentari e gli allevamenti vengono periodicamente sottoposti a controlli di vario tipo a seconda delle esigenze, come previsto dal "Libro Bianco" e dal regolamento CEE 178/2002 che prevede un controllo di

filiera distribuito “dal campo alla tavola”, finalizzato alla sicurezza alimentare e alla tracciabilità degli alimenti.

Nelle industrie alimentari vengono verificati l’aspetto igienico sanitario delle materie prime (comprese quelle provenienti da altri Stati sia comunitari che extracomunitari), delle lavorazioni, delle strutture, degli impianti e dei prodotti finiti.

Negli allevamenti i controlli mirano all’identificazione degli animali, alla verifica dello stato sanitario, del benessere, dell’utilizzo dei farmaci, dei mangimi e degli eventuali inquinanti ambientali.

A completamento dell’attività di vigilanza vengono effettuati i campionamenti, mirati o casuali, contemplati nel Piano Nazionale Residui e quelli demandati alle ULSS da parte degli uffici periferici del Ministero della Salute quali UVAC (Ufficio Veterinario Adempimenti CEE) e PIF (Posto di Ispezione Frontaliero).

8.3 MALATTIE INFETTIVE ED INFESTAZIONI

Tutelare il patrimonio zootecnico dalle malattie infettive, con particolare attenzione per quelle di interesse antropozoonosico, rappresenta da sempre uno dei più importanti compiti del Servizio Veterinario.

INFLUENZA AVIARIA

È proseguita costantemente l’attività di controllo per questa malattia infettiva sulla base dei piani già messi in atto negli anni 1999-2003, periodo in cui si era verificato un notevole interessamento degli allevamenti e l’eliminazione di circa un milione e mezzo di capi avicoli.

A seguito di questa emergenza era stato perfezionato da parte del Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria un sistema di geo-referenziazione del territorio che ha comportato l’attribuzione a tutti gli allevamenti di coordinate geografiche per una precisa identificazione di ogni attività produttiva (http://prevenzione.ulss20.verona.it/veterinaria_ac.html).

Anche nel 2010 questo sistema di codifica e di monitoraggio ha consentito la sospensione della vaccinazione, con l’abbattimento dei relativi costi, ed inoltre ha permesso la programmazione degli accasamenti, controllata dal Servizio Veterinario, riducendo la possibilità di diffusione della malattia grazie alla sincronia delle varie attività dell’allevamento (carico, pulizie, ecc). Inoltre, in caso di focolaio, si riducono enormemente i tempi di intervento e l’estinzione dello stesso.

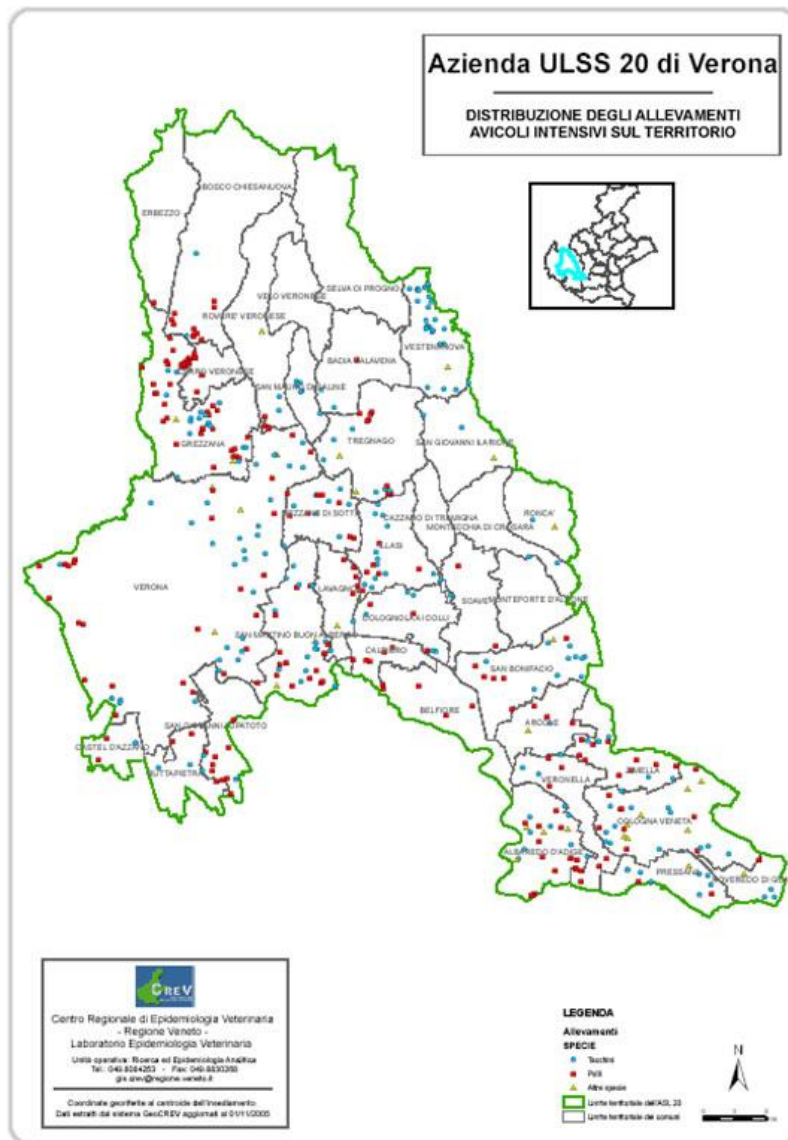
Tutti gli allevamenti avicoli sono stati monitorati

Nel territorio di competenza tutti gli allevamenti avicoli sono stati sottoposti ad attività di monitoraggio e controllo mediante il prelievamento di campioni. In contemporanea è attivo anche un piano di sorveglianza degli allevamenti rurali che permette di verificare la presenza di virus influenzale nel territorio.

Nel 2010 sono stati eseguiti oltre 4.435 esami.

FIGURA 8.3/1

Distribuzione allevamenti avicoli intensivi



MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

Con i mutamenti climatici che si sono registrati negli ultimi anni malattie un tempo presenti solo in zone subtropicali sono state diagnosticate anche nei nostri territori, questo perché la trasmissione si verifica mediante insetti vettori, come alcune malattie di seguito descritte.

MALATTIA DELLA LINGUA BLU (BLUETONGUE)

È una malattia virale dannosa per le pecore ma che riconosce il bovino come serbatoio del virus che è trasmesso da vari tipi di zanzare (*culicoides*). La malattia è presente nelle aree subtropicali e da alcuni anni anche nelle regioni meridionali italiane. Grazie alle azioni di controllo e vigilanza non ha mai interessato i nostri allevamenti. Nel corso del 2006 in alcuni paesi del Nord Europa (Paesi Bassi, Francia ecc.) si sono rilevati alcuni focolai di una variante (BTV8) che si è dimostrata più aggressiva per il bovino. Nel corso del 2007 si è assistito ad una grande diffusione nel Nord Europa e conseguentemente, a seguito delle massicce importazioni di animali da ristallo, necessari per i nostri allevamenti, è stata rilevata la presenza di soggetti positivi al sierotipo BTV8.

I servizi nel 2008 hanno effettuato il controllo degli animali nelle stalle e alla macellazione; questo ha portato al riscontro dell'infezione in un allevamento di bovini nel comune di Buttapietra collegata ad un focolaio primario localizzato in una stalla di vacche da latte nel comune di Isola della Scala.

Nel 2009 è proseguita la vaccinazione di bovini e ovini, operazione che ha consentito l'eliminazione della malattia e la sospensione dei provvedimenti restrittivi messi in atto. Nel 2010 il piano di monitoraggio in alcuni allevamenti sentinella ha permesso di escludere la presenza del virus in bovini autoctoni.

LEISHMANIOSI

La leishmaniosi canina è oggetto di monitoraggio dal 1995. Causata da *Leishmania infantum* è una parassitosi importante in campo veterinario ed un problema di sanità pubblica.

L'attività di ricerca svolta negli anni 2004-2005 in collaborazione con le Amministrazioni dei Comuni dell'Est Veronese ha evidenziato la presenza in forma autoctona del parassita nella zona Est collinare. Ciò ha comportato l'adozione di azioni di educazione sanitaria rivolte alla popolazione, in particolare ai proprietari dei cani, e l'esteso coinvolgimento dei veterinari liberi professionisti che seguono gli animali d'affezione.

Nel 2010 il monitoraggio sierologico della malattia ha evidenziato i seguenti risultati:

TABELLA 8.3/1

Distribuzione allevamenti avicoli intensivi

COMUNE DI PRELIEVO	N. CAMPIONI	N. CAMPIONI POSITIVI
Cazzano di Tramigna	1	1
Grezzana	3	3
Illasi	4	2
Lavagno	2	0
Mezzane di Sotto	3	1
San Bonifacio	1	0
San Martino Buon Albergo	3	2
Tregnago	2	0
Verona	629	34
Totale	648	43

Continua inoltre il monitoraggio del comportamento biologico e della diffusione nel territorio dell'insetto vettore del parassita, il Flebotomo. E' confermata la sua presenza nella Valle di Cazzano di Tramigna e in Val d'Alpone con una progressiva estensione alle aree ai piedi delle colline.

WEST NILE DISEASE

La West Nile Disease (WND) o "febbre del Nilo" è una zoonosi virale trasmessa principalmente tramite la puntura di *Culicoidi* (zanzare). Nell'uomo sono state accertate vie di trasmissione minori come trasfusioni di sangue infetto, trapianti d'organo e la via transplacentare.

La malattia si manifesta nei volatili, equini, altri mammiferi, rettili e nell'uomo e riconosce come serbatoio del virus gli uccelli selvatici. Ha una sintomatologia variabile a seconda del ceppo virale e dell'ospite, con possibili sindromi febbrili e neurologiche.

La prima segnalazione nell'uomo è stata nel 1937 in Uganda, mentre in Europa è avvenuta in Francia nel 1962.

Negli ultimi 10 anni sono stati segnalati in Europa numerosi focolai di infezione localizzati soprattutto nel bacino del Mediterraneo. Una percentuale di casi, stimata intorno al 10-20%, si manifesta con la West Nile Fever, che si presenta con sintomi aspecifici come febbre, cefalea, dolori muscolari, reattività linfonodale, rash cutanei. In una minima percentuale di individui, in particolare negli anziani, il virus può provocare gravi forme neurologiche (encefalite, meningite) che possono avere talvolta decorso fatale. In Italia negli animali il primo focolaio è toscano (Padule di Fucecchio), nel 1998, con 14 casi clinici in cavalli.

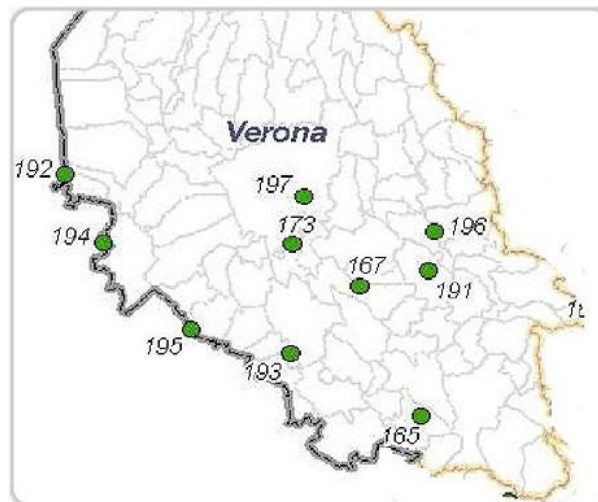
Nel corso del mese di agosto 2008 sono stati confermati numerosi casi di WND inizialmente in Emilia Romagna e successivamente in Veneto e Lombardia. Nel corso del 2009 la malattia si è ripresentata in Emilia Romagna e Lombardia. Oltre alle positività nei cavalli, negli uccelli selvatici stanziali e nelle zanzare, sono stati segnalati anche alcuni casi umani: di questi, tre hanno avuto esito fatale. Nel corso del 2008 il piano di controllo straordinario predisposto dalla Regione Veneto ha evidenziato numerose positività sierologiche in cavalli autoctoni presenti nelle province di Rovigo, Venezia e Padova.

Febbre del Nilo negli animali

A seguito del monitoraggio suddetto anche nella nostra Ulss è stata evidenziata una positività sierologica, nell'autunno 2009, in cavallo autoctono nel comune di Buttapietra. Nel 2010, nell'ambito del piano di sorveglianza per questa malattia, le trappole predisposte per la cattura delle zanzare (Fig. 8.3/2) hanno rilevato la presenza del virus mentre il controllo di equini sentinella, nel nostro territorio, ha dato risultati negativi.

FIGURA 8.3/2

WND: mappa della trappole per la cattura delle zanzare.



ZECCHE

Nei territori collinari e montani sono sempre più frequenti le segnalazioni da parte di cittadini della presenza di questi parassiti. Nel corso del 2010 sono state rilevate ancora infestazioni in animali al pascolo, sia domestici che selvatici. Il pericolo è rappresentato dalla trasmissione di alcune malattie anche gravi all'uomo (Malattia di Lyme, Encefaliti Trasmissibili, Babesia, ecc.).

Si è concluso il progetto di ricerca in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, l'Università di Padova e il Corpo Forestale dello Stato che prevedeva la raccolta e l'identificazione delle zecche in alcuni siti della Val d'Ilasi e delle valli limitrofe con il controllo sierologico degli animali che pascolano nei siti di raccolta. Il progetto ha evidenziato la presenza di alcune delle infezioni summenzionate.

8.4 ALTRE MALATTIE INFETTIVE

Il patrimonio bovino, attualmente, risulta ufficialmente non affetto da Leucosi Bovina e Brucellosi e la Regione Veneto per queste malattie è stata dichiarata dall'Unione Europea ufficialmente indenne.

Nel corso del 2010, a seguito dei controlli effettuati, numerosi allevamenti hanno evidenziato le caratteristiche per l'attribuzione della qualifica di allevamento ufficialmente Indenne da I.B.R. (Rinotracheite Bovina Infettiva), con notevole vantaggio per il patrimonio bovino soprattutto delle zone pedemontane. Su disposizione regionale sono inoltre controllati per numerose infezioni i feti bovini abortiti monitorando ulteriormente lo stato sanitario del patrimonio zootecnico. Iniziate nel 1998 in collaborazione con la sezione di Verona dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie proseguono le ricerche negli allevamenti e nell'ambiente della zona montana per la valutazione della prevalenza della paratubercolosi e per specifici piani di risanamento.

Leucosi Bovina e Brucellosi: Regione Veneto ufficialmente indenne

APICOLTURA

Il settore apicoltura sta vivendo un momento di particolare difficoltà; parecchi apiari registrano la scomparsa di alcune famiglie per patologie non ancora ben chiare (cosiddetta sindrome da spopolamento). La Peste Americana e la Varroa sono patologie importanti e la seconda in particolare provoca ingenti danni.

BENESSERE ANIMALE

La sensibilità verso il mondo animale porta sempre più l'attenzione alle modalità di allevamento e trasporto volte ad assicurare un maggior benessere degli animali, in ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs. 146/2001. Sono stati sottoposti ad ispezione e vigilanza tutti gli allevamenti di vitelli, suini e galline ovaiole presenti sul territorio. Inoltre, negli stabilimenti di macellazione vengono verificate giornalmente le condizioni di benessere degli animali durante il trasporto e la macellazione. Totale allevamenti controllati : 85. In applicazione del Regolamento CEE 01/2005, che regola il trasporto degli animali vivi, il servizio ha proseguito l'attività di formazione per i conducenti/guardiani con il rilascio degli appositi attestati.

EDUCAZIONE SANITARIA

Il Servizio ha organizzato convegni indirizzati agli allevatori per parlare di problematiche relative alla monticazione degli animali e alla profilassi delle malattie infettive e per fornire compiute informazioni sulla sperimentazione regionale di vendita diretta, le Piccole Produzioni Locali (PPL) - DGRV 2016/2007 e successive modifiche.

Particolare riguardo è stato posto nell'informazione e nell'educazione sanitaria degli allevatori per l'applicazione di tutte le misure di biosicurezza e benessere animale, problematiche su cui la Comunità Europea sta indirizzando con forza. Prosegue l'attività di formazione dei Medici Veterinari in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, con il SIVEMP (Sindacato medici veterinari), con l'Università di Medicina Veterinaria Padova e con l'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia.

In collaborazione con il SIAN è continuata l'attività di formazione del personale addetto alla preparazione e vendita dei prodotti alimentari prevista dalla normativa regionale in sostituzione del libretto di idoneità sanitaria.

Nel 2010, dopo la sottoscrizione di un protocollo di intesa con il Comune di Verona e l'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Verona, sono iniziati i percorsi formativi per proprietari di cani impegnativi, come previsto dall'Ordinanza del Ministero della Salute 09 marzo 2009.

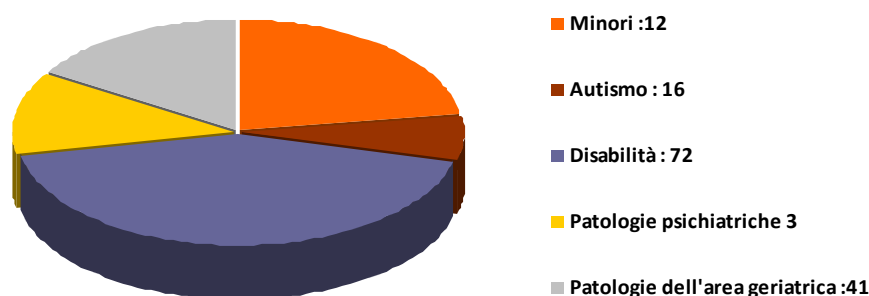
8.5 CENTRO PET THERAPY

Dal 2005, presso la sede ospedaliera di Marzana, è attivo il servizio di Pet Therapy che eroga, in conformità con le Linee Guida della Regione Veneto in materia di Interventi Assistiti con l'ausilio di animali, prestazioni ad utenti interni ed esterni. L'utilizzo della *relazione* uomo-animale in campo medico e psicologico, per apportare ai pazienti benefici di ordine terapeutico e assistenziale, è una realtà in continua diffusione.

Il Dipartimento di Salute Mentale, i centri diurni per disabili, le Residenze per anziani, la Neuropsichiatria Infantile, il Centro Diagnosi Ricerca e Cura per l'Autismo, le Residenze Sanitarie Assistite e le Scuole sono i servizi che, ormai da qualche anno, prevedono l'inserimento degli Interventi Assistiti dagli Animali all'interno dei programmi educativi e terapeutici. Anche al C.E.R.R.I.S. è attivo da parecchi anni un servizio di Ippoterapia riservato agli utenti interni che, con progetti trimestrali, coinvolge un cinquantina di ospiti.

GRAFICO 8.5/1

Attività con l'ausilio dei cani presso l'Ospedale di Marzana



Progetti 59 - interventi 701 - utenti 144

8.6 RANDAGISMO

RANDAGISMO FELINO

Nei centri urbani e nelle aree verdi collegate è frequente la presenza di gatti liberi, di solito aggregati in colonie con spiccata organizzazione gerarchica. Un articolato impianto legislativo nazionale e regionale vieta il maltrattamento e tutela l'esistenza dei gatti liberi sul territorio, prevedendo sanzioni amministrative e penali per i trasgressori (Legge 281/91 – L.R. 60/1993 e Legge 189/2004 che modifica il Codice Penale).

Gatti liberi

Al Servizio Veterinario Multizonale (SVM) è affidato il compito di tutelare la salute degli animali, controllarli demograficamente con le sterilizzazioni, conciliare l'igiene dell'ambiente e proteggere la popolazione dalle malattie potenzialmente trasmesse dai gatti.

Sono sempre più frequenti gli esposti di persone che non sopportano la presenza di gatti liberi in ambito urbano per ataviche superstizioni o talvolta per supposti motivi di tipo igienico; il SVM, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali e con le Associazioni Protezionistiche, esercita una mediazione tra le posizioni contrapposte.

CENSIMENTO

Il censimento viene aggiornato in collaborazione con i gattofili referenti e contestualmente alle catture o agli interventi di completamento delle colonie. Il problema randagismo felino, già presente e controllato da un ventennio nel Comune di Verona, si è presentato rilevante anche nei Comuni della Provincia. Il numero delle colonie a Verona si è mantenuto costante; erano 147 nel 2000 e 155 nel 2009. Il modesto incremento è dovuto all'inserimento di piccole colonie presenti nei cortili condominiali non censite nel 2000; sono proprio queste microcolonie che hanno più rilevanza negli esposti e nella gestione dell'igiene delle strutture ad uso collettivo.

155 colonie

Il censimento interessa, oltre al Comune di Verona, anche i Comuni di San Bonifacio, San Martino Buon Albergo, San Giovanni Lupatoto, Badia Calavena, Mezzane, Grezzana, Soave, Buttapietra, Roverè, Lavagno, Arcole, Caldiero, Colognola ai Colli, San Giovanni Ilarione e Castel D'Azzano.

CONTROLLO SANITARIO E DEMOGRAFICO

La Legge Regionale 60/93 affida ai Servizi Veterinari delle ULSS il compito di limitare le nascite dei gatti che vivono in libertà ed il controllo sanitario delle colonie.

Nell'anno 2010 sono state controllate 80 colonie di gatti in 16 Comuni dell'ULSS 20, per un totale di 438 gatti, dei quali 252 erano femmine e 186 maschi. I gatti sono stati prelevati dalle colonie dagli operatori del SVM in collaborazione con i volontari, trasferiti negli ambulatori del canile sanitario e sottoposti a visita medica preliminare integrata da prelievo di tamponi nasali e di pelo inviati al laboratorio di parassitologia dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie di Legnaro (PD) per la ricerca e tipizzazione di micosi.

Se le condizioni fisiologiche sono buone i gatti vengono sterilizzati chirurgicamente in anestesia generale, con orchietomia dei maschi e ovariectomia delle femmine e contestualmente identificati tramite tatuaggio nel padiglione auricolare interno; il flusso delle sterilizzazioni si concentra nei periodi fertili.

GRAFICO 8.6/1

Gatti controllati e sterilizzati



Dopo l'intervento tutti gli operati sono posti sotto copertura antibiotica e controllati per 2-3 giorni; se il decorso è favorevole vengono liberati nella colonia di provenienza.

RANDAGISMO CANINO

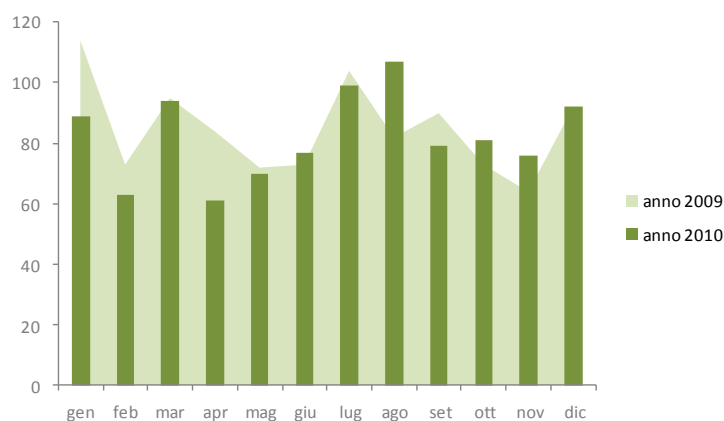
Il SVM controlla il randagismo canino tramite la cattura dei cani liberi vaganti sul territorio di tutta la Provincia di Verona, in attuazione di una Convenzione tra l'ULSS 20 e le ULSS 21 e 22, con la collaborazione degli operatori dell'Associazione Protezionistica San Francesco. Anche nel 2010 si è mantenuta elevata la richiesta di cattura cani randagi/vaganti nella Provincia di Verona; in totale sono stati catturati 988 animali dei quali 552 nel territorio dell'ULSS 20, 162 nel territorio dell'ULSS 21 e 274 nel territorio dell'ULSS 22.

Per 500 animali catturati, pari al 50,6%, è stato possibile il pronto ritorno a casa grazie al sistema informatizzato di anagrafe canina che, se fosse applicato totalmente, risolverebbe in larga misura il problema della gestione dei canili rifugio. Tali strutture sarebbero necessarie solo per pochi casi (stato di detenzione del proprietario, sequestri e confische, casi particolari di ospedalizzazione delle persone) stimabili in circa il 10% rispetto alle presenze attuali nei canili, con grande risparmio di risorse finanziarie oggi sostenute dalle ULSS e dai Comuni.

Il senso civico dei veronesi ha mantenuto elevato il numero dei cani dati in adozione dal canile sanitario a titolo gratuito, già sterilizzati, microchippati, iscritti nell'anagrafe canina regionale ed immunizzati contro le principali malattie infettive della specie.

GRAFICO 8.6/2

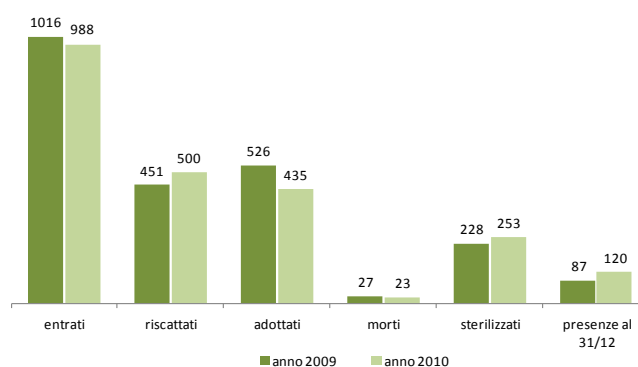
Flusso catture cani randagi



Ogni giorno vengono catturati in media 3 cani, con notevole impegno per le varie sedi di cattura dislocate su tutti i 98 Comuni della Provincia di Verona.

GRAFICO 8.6/3

Attività del canile sanitario



L'analisi degli eventi rispetto all'anno precedente manifesta variazioni significative, come l'incremento dei riscatti, delle sterilizzazioni e la diminuzione dei decessi, in particolare solo 10 eutanasi di soggetti affetti da patologie gravissime. Purtroppo sono entrati cani molto anziani, di difficile collocazione in adozione, che hanno portato a 120 il numero di presenze in canile a fine anno.



nuove attrezzature

In parallelo sono aumentati gli interventi terapeutici e di prevenzione: 253 sterilizzazioni, 615 applicazioni di microchip, 1.297 trattamenti antiparassitari, 1.440 vaccinazioni, 3.705 visite cliniche, 55 certificati internazionali, 679 passaporti e 93 verbali di contravvenzione. La mortalità è stata contenuta con un tasso del 2,32%, dato inferiore a quello degli anni precedenti ed indicatore di buona gestione orientata al benessere dei cani degenti garantito da una dieta bilanciata, dalla superficie ampia dei box, dalla disponibilità di un'area verde alberata dedicata alla sgambatura, dalla pulizia giornaliera dei box e dal lavaggio dei piazzali e degli stabulari.

Il risultato nelle adozioni è stato raggiunto con il supporto di personale volontario e con la vetrina di cani adottabili visibile sul sito <http://prevenzione.ulss20.verona.it/cercocasa.html>

Nell'anno 2010 è stata completata la ristrutturazione dei locali amministrativi e degli ambulatori del canile sanitario; a seguito di questi interventi è stata rilasciata l'autorizzazione dal Sindaco di Verona ai sensi della Legge Regionale n. 22 del 16/08/02.

8.7 COLOMBI IN CITTÀ

Il Comune di Verona, a seguito della proposta del Servizio Veterinario Multizonale motivata dal peggioramento sanitario e dai danni provocati dall'eccessiva proliferazione di colombe in alcune zone del centro urbano, ha intrapreso dall'anno 2008 la somministrazione ai volatili di mangime antifecondativo.

Il controllo numerico della popolazione di colombe inurbate è stato effettuato con la somministrazione di un preparato registrato commercialmente come OVISTOP, composto da cariossidi di mais contenente 800ppm di nicarbazina, inibitore della fertilità, con effetto reversibile dopo 15 giorni di interruzione del foraggiamento.

Riduzione delle colonie di colombe

Il risultato atteso, rilevato in molte altre città italiane, è una riduzione a medio termine del 30-70% degli effettivi, con allontanamento e disgregazione delle colonie dei soggetti giovani, alla ricerca di nuove aree dove le prospettive di riproduzione sono migliori (Newton I. - 1998 Population Limitation in Birds. Academic Press Ltd). Il programma del Comune di Verona è proseguito anche nell'anno 2010 con 17 siti di foraggiamento; il Prof. Paolo Albonetti, zoologo dell'Università degli Studi di Genova, ha verificato i risultati rilevando diminuzioni medie del 26,83% ed il concentramento delle colonie verso i punti di alimentazione.

8.8 RATTI, INSETTI ED ARTROPODI

Il personale tecnico assegnato al SVM ha assicurato anche nell'anno 2010 le disinfezioni, disinfestazioni e derattizzazioni in tutte le sedi ospedaliere, distrettuali e amministrative gestite dall'Azienda ULSS 20 e nella Casa Circondariale di Montorio, in orario ordinario ed in pronta disponibilità per eventuali urgenze, con 306 interventi.

Oltre agli interventi nelle strutture aziendali la squadra degli operatori ha effettuato la disinfezione delle 123 malghe della Lessinia nel territorio dell'ULSS 20 e 22 prima dell'alpeggio e le disinfezioni ufficiali nelle manifestazioni fieristiche di Fieragricola e Fieracavalli.

PATOLOGIE TRASMESSE DA VETTORI – DUE CASI IMPORTATI DI DENGUE

Tra fine agosto ed inizio settembre sono stati accertati nel Comune di Verona due casi umani di febbri acute estive sostenute da agente eziologico Dengue del genere *flavivirus* in soggetti che hanno contratto la malattia in zone endemiche del Sud-Est Asiatico e diagnosticate al loro rientro in Italia.

In attuazione delle indicazioni Ministeriali ed in particolare del Protocollo di Emergenza per la lotta al vettore della Chikungunya-Dengue e West Nile, predisposto dalla Regione Veneto nel luglio 2010, sono state intraprese le seguenti azioni:

- posizionamento a cura del personale SVM di trappole BG-Sentinel con attrattivo per la cattura di zanzare vive nell'area adiacente all'abitazione del soggetto infetto;
- prelievo dei campioni dopo 18 ore e recapito urgente all'Istituto Zooprofilattico di Padova, incaricato del condizionamento del pool di insetti catturati, e successivo inoltro all'Istituto Superiore di Sanità dove viene eseguita l'identificazione e la ricerca virale tramite estrazione dell'RNA ed eseguita la PCR in Real-time per virus Dengue.

FIGURA 8.8/1

Trappola per la cattura di zanzare vive



RISULTATI

Con i trattamenti intensivi effettuati nell'area a rischio, dopo 40 giorni le ovitrappole sono risultate negative, mentre erano positive prima dei trattamenti.

I campioni analizzati dall'Istituto Superiore di Sanità (referto MIPI 27/09/2010 n° 0001898 e n° 0001899) sono risultati appartenere tutti al genere *Aedes albopictus* e tutti negativi alla ricerca tramite PCR al virus della Dengue.

L'applicazione di un protocollo così impegnativo di risorse ha consentito di interrompere la catena di trasmissione di una malattia severa e non permettere che da malattia esotica di importazione divenga una malattia autoctona, con possibilità di circolazione nella nostra area tramite vettori.

MONITORAGGIO DI AEDES ALBOPICTUS

I materiali e metodi utilizzati sono quelli indicati dall'Istituto Superiore di Sanità (Romi & Altri-Laboratorio di Parassitologia). In contenitori cilindrici di colore nero, riempiti con 500 ml di acqua, viene posizionata un'asticella di legno parzialmente immersa nell'acqua per richiamare la deposizione delle uova sulla porzione asciutta, immediatamente sopra il livello dell'acqua.

Dopo 6-10 giorni l'asticella viene ritirata ed esaminata presso il SVM tramite microscopio a 20 ingrandimenti per il conteggio delle uova depositate.

FIGURA 8.8/2

Uova di zanzara tigre e contenitore per il richiamo alla deposizione



Dal 13 maggio al 13 ottobre 2010 sono stati effettuati 15 campionamenti per un totale di 930 campioni.

I dati raccolti dal SVM forniscono importanti indicazioni:

- anche con piovosità scarsa o pari a zero la zanzara tigre si riproduce utilizzando piccole raccolte di acqua (tombini, pozzetti, sottovasi, etc.) anzi piovvaschi di forte intensità sono un fattore di protezione, per il dilavamento delle larve;
- la riproduzione è direttamente proporzionale alla temperatura media; tra luglio e agosto si nota una significativa flessione della riproduzione. Nella prima flessione di ovodeposizione la temperatura media è scesa da 27,8 a 23°C, nella seconda da 26 a 22°C;
- il ciclo biologico riproduttivo della zanzara tigre inizia lentamente tra marzo e aprile con TM di 16°C e si arresta definitivamente quando la temperatura media scende sotto i 15°C, al di sotto dei quali si possono ancora vedere esemplari di insetti adulti nelle ore più temperate; cessa però la molestia delle punture, non avendo più l'insetto bisogno di sangue per maturare le uova.

Il monitoraggio eseguito nel 2010 ha rilevato nel territorio dell'ULSS 20 tre aree con livello diverso di infestazione da *Aedes albopictus* (figura 8.8/3); nelle aree a colorazione rossa l'infestazione è maggiore rispetto ad un'area intermedia a colorazione gialla.

Nel Comune di Belfiore in questi ultimi anni non è mai risultata positiva la postazione di ovitrapola installata in centro paese.

CAPITOLO 9

Il Dipartimento di Prevenzione

Parole chiave: personale, organigramma, uffici, staff, progetti, sito web, costi

9.1 SERVIZI/UFFICI

Il Dipartimento si articola in sei Servizi che operano nelle aree di sanità umana ed animale, e in due Uffici dipendenti direttamente dalla Direzione del Dipartimento:

Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP);

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);

Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL);

Servizio di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei loro derivati (S.VET);

Servizio igiene e sanità animale, igiene della produzione degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (S.VET);

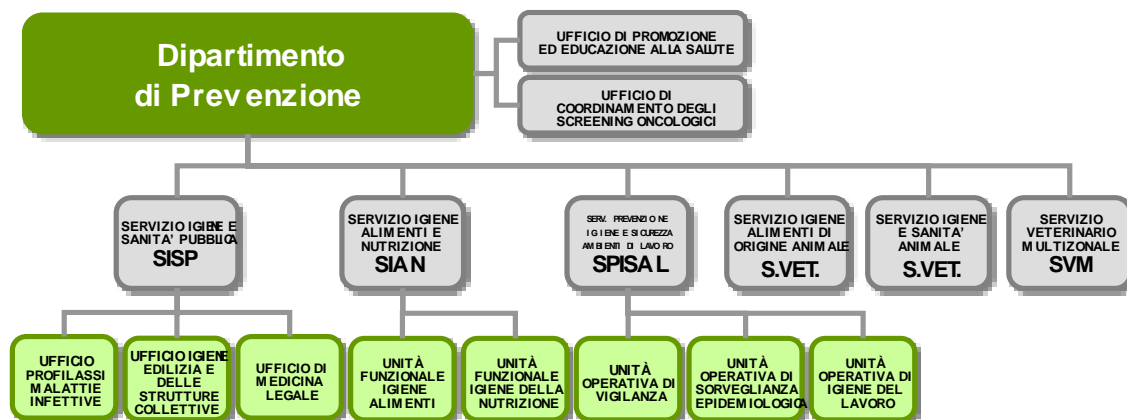
Servizio Veterinario Multizonale (SVM);

Ufficio di Coordinamento degli screening oncologici;

Ufficio Promozione ed educazione alla salute (SPES).

FIGURA 9.1/1

Organigramma del Dipartimento di Prevenzione



PERSONALE DEL DIPARTIMENTO:

Albieri Marina, Allegri Davide, Ambrosi Marco, Barotti Patrizia, Benedetti Graziano, Bergamasco Rita, Bertani Beatrice, Bolcato Ivana, Braga Carla, Burro Paola, Caloini Rosanna, Calovi Carla, Calvetti Maria Grazia, Comin Andrea, D'Agosto Daniele, De Bortoli Graziella, De Togni Flavio, De Vittor Gianluigi, Feltrin Ferdinanda, Feltrin Cristina, Fiorini Donatella, Gallo Ilaria, Giacomini Lucia, Lecca Valentina, Marani Giuseppe, Molon Marina, Munari Gaia, Pettenella Massimo, Poli Renato, Ruggeri Claudio, Segneghi Massimo, Tacconi Monica, Veronese Pio, Valsecchi Massimo, Zanella Silvana, Zanetti Anna Maria

9.1.1 SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP)

Compito di questo Servizio è individuare e contrastare i fattori di rischio nell'ambito delle malattie infettive, dell'igiene urbana, dell'organizzazione urbanistica degli abitati e degli stili di vita pericolosi alla salute. Il Servizio si occupa, inoltre, dei problemi medico-legali relativi ai singoli cittadini ed alle strutture sanitarie.

PERSONALE:

Beltrame Silvana, Bonomi Anna Lidia, Borasco Stefano, Canipari Annalisa, Corbellari Roberto, De Noni Lucia, Faccioli Daniele, Fasoli Mario, Fedele Federica, Ferrari Elisabetta, Innocenti Giuliano, Lauria Andrea, Liera Chiara, Manservigi Silvana, Martinelli Michela, Morgante Susanna, Napoletano Giuseppina, Pernigo Antonella, Piccolo Daniela, Poli Fabrizio, Soardo Lorena, Stoppato Ugo, Tognon Lucrezia, Trevisan Laura, Urbani Gigliola, Zanetti Luigi, Zivelonghi Giambattista

9.1.2 SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)

Compito di questo Servizio provvedere al controllo sulla qualità e sicurezza degli alimenti, e contrastare i fattori di rischio nutrizionale attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione nel suo complesso, nonché attraverso la formazione rivolta a tutto il personale preposto alla produzione e distribuzione di alimenti e bevande.

PERSONALE:

Cannas Luciano, Chioffi Linda, De Paoli Norma, Eridani Antonio, Fantini Valeria, Ferreri Anna Maria, Guarda Pietro, Gudenzi Francesca, Marrazzo Filomena, Martinelli Donato, Milan Pietro, Montoli Monica, Pozzani Laura, Zambaldo Luigi

9.1.3 SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL)

Allo SPISAL sono attribuite le funzioni di controllo, vigilanza negli ambienti di lavoro, di promozione della cultura della salute e della sicurezza con l'obiettivo di contribuire alla prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro.

PERSONALE:

Arcamone Patrizia, Bertani Remo, Bonfanti Massimo, Brunetti Loredana, Campagnari Marco, De Togni Giovanni, Ferro Bruno, Fiorini Cristina, Gobbi Mario, Gomitolo Paolo, Lelli Maria, Marcolongo Francesco, Marrazzo Patrizia, Mazzoccoli Pietro, Menegazzi Maurizio, Navolta Laura, Peruzzi Manuela, Reginato Giorgio, Rubele Paola, Trotti Marco, Zedde Antonio.

9.1.4 SERVIZIO DI IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DEI LORO DERIVATI

L'attività del Servizio si espleta nella prevenzione, controlli ed indagini epidemiologiche delle malattie infettive degli animali da reddito e da affezione, in particolar modo rivolte alle malattie emergenti trasmissibili all'uomo (zoonosi); controllo delle filiere produttive (mangimi, farmaci, contaminanti); benessere animale ed igiene degli allevamenti da reddito.

PERSONALE:

Avanzini Eugenio, Barbisio Paola, Brenzoni Claudio, Cavazza Sergio, Dal Forno Arrigo, Derna Camillo, Lavagnoli Sonia, Micheloni Anselmo, Milia Francesco, Murari Riccardo, Nonis Stefano, Passarini Gastone, Poggiani Roberto, Rinaldi Aurelio, Ronconi Franco, Secondo Valentina, Seghetto Silvio Silvano, Speri Marina.

9.1.5 SERVIZIO IGIENE E SANITÀ ANIMALE, IGIENE DELLA PRODUZIONE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

L'attività viene espletata mediante l'ispezione, vigilanza e controllo degli alimenti di origine animale e dei suoi derivati nelle fasi di macellazione, conservazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto e vendita, in particolar modo rivolte al costante e continuo miglioramento delle condizioni di sicurezza alimentare.

PERSONALE:

Antonoli Gabriele, Benini Nicola, Biondaro Flavio, Bonazzi Michela, Cestaro Fabrizio, Comencini Flavio, Facchetti Mario, Guerra Giovanni, Mari Luca, Mazzi Maurizio, Olivi Fiorella, Passarini Gastone, Poli Renato, Ruggeri Claudio, Saccardo Gianluca, Toffali Paolo, Vantini Enzo, Zordan Myriam.

9.1.6 SERVIZIO VETERINARIO MULTIZONALE (SVM)

Vengono eseguiti i controlli sui lavori appaltati alle Ditte di sanificazione sulle aree pubbliche. Si effettuano interventi di raccolta e smaltimento delle carcasse di cani e gatti, disinfezione, disinfestazione, derattizzazione di interesse privato, applicando il Tariffario Unico Regionale in vigore. Vengono monitorati i focolai di zanzare e lo stato sanitario dell'avifauna di città. Si eseguono interventi di igiene urbana veterinaria ed il rilascio dei tesserini per l'alimentazione dei gatti liberi. Il personale è attrezzato e formato per garantire il pronto intervento di sanificazione in caso di emergenze.

PERSONALE:

Ambrosi Marco, Antoniolo Alda, Bonomi Giuseppe, Faggioni Ivo, Ferrarini Francesco, Furnari Carmelo, Imperatore Ronaldo, Pagan de Paganis Andrea, Panato Claudio, Pighi Giorgio, Rossi Daniela, Sbardellati Flavio, Tosi Alessandra.

9.1.7 UFFICI DI STAFF

9.1.7.1 UFFICIO DI COORDINAMENTO DEGLI SCREENING ONCOLOGICI (ISTITUITO CON DELIBERA AZIENDALE N.618 DEL 6.7.2005).

Compito di questo Ufficio è costituire un riferimento unico per gli aspetti organizzativi, sia per gli utenti che le strutture dell'Ulss, sviluppare azioni coordinate di promozione ed informazione alla popolazione, rappresentare un riferimento unico per i programmi di collaborazione con i soggetti esterni e le associazioni.

La sede operativa è nell'ospedale di Marzana.

PERSONALE:

Bellorio Daniele, Chioffi Maria Cristina, Cillari Cinzia.

9.1.7.2 UOS SERVIZIO PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE (SPES).

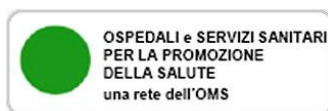
Compito del Servizio è promuovere stili di vita sani affinché il cittadino sia sempre più protagonista e capace di intervenire in modo informato sulla salute propria e collettiva.

Gli interventi che richiedono l'assunzione di Stili di Vita Sani non sono prerogativa assoluta dei soli servizi sanitari ma dell'intera comunità e devono essere del tutto sinergici con gli interventi più propriamente preventivi affidati alle diverse articolazioni del Dipartimento di Prevenzione e ad altre strutture aziendali. Con l'Atto Aziendale del 2008 il Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute (S.P.E.S.) è stato inserito all'interno delle Unità Organizzative di Staff della Direzione del Dipartimento di Prevenzione, rafforzando ulteriormente il ruolo di:

Gestione diretta di progetti di Promozione della Salute di respiro Locale, Regionale e Nazionale
Consulenza e supporto alle progettualità del Dipartimento di Prevenzione, dell'Azienda ULSS 20 e delle istituzioni cittadine
Informazione e lavoro di rete intersettoriale a livello aziendale e regionale
Gestione diretta di progetti di Promozione della Salute Aziendali

1 - PROGETTO HPH (HEALTH PROMOTING HOSPITAL & HEALTH SERVICES) COORDINAMENTO AZIENDALE. ADESIONE ALLA RETE VENETA HPH&HS

L'Azienda ULSS 20 ha aderito alla Rete Internazionale degli Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute che ha il compito di far incorporare i valori, le strategie e gli standard o indicatori della promozione della salute nelle strutture organizzative e nella cultura dell'ospedale e dei servizi sanitari. Il fine è migliorare il guadagno di salute migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria, le relazioni fra ospedali/servizi sanitari, la comunità e l'ambiente e le condizioni per la soddisfazione dei pazienti, dei familiari e del personale.



L' U.O. S.P.E.S. ha il compito di coordinare un gruppo di lavoro in cui sono rappresentati tutte le principali articolazioni aziendali che sono impegnate nelle diverse attività di promozione della Salute. Sono stati attivati i primi contatti di rete intraaziendale nell'ambito del percorso Regionale "Programma dolore 2010" evento "La misurazione del dolore nel paziente non comunicante".

In sinergia con il Progetto HPH&HS è stata affidata all' U.O. S.P.E.S., nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione Triennale, la realizzazione locale delle azioni previste dal "Progetto per la realizzazione di Guadagnare Salute in Veneto".

2 - PROGETTO OSPEDALE AMICO DEI BAMBINI – OMS/UNICEF (BABY FRIENDLY HOSPITAL INIZIATIVE - BFHI) E COMUNITÀ AMICA DEI BAMBINI PER L'ALLATTAMENTO MATERNO (BABY FRIENDLY COMMUNITY INIZIATIVE - BFCI)

Il S.P.E.S. fin dal 2000 si è occupato della promozione dell'allattamento materno, uno dei determinanti di salute più rilevanti nel breve e nel lungo periodo. Tra gli strumenti raccomandati per un buon avvio e un proseguimento dell'allattamento esclusivo al seno ha un posto di rilievo il progetto internazionale dell'OMS/UNICEF Ospedali Amici dei Bambini (Baby-Friendly Hospital Iniziative - BFHI) che promuove l'adozione di 10 passi di provata efficacia per promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento materno nei punti nascita. Nel 2001 l'Ospedale di Soave, sostenuto dal S.P.E.S., ha ottenuto l'ambito riconoscimento, riconfermato nel 2007 dalla ri-valutazione periodica dopo il trasferimento della attività presso l'ospedale di San Bonifacio.

Nel corso del 2010 l'attività ha previsto la stesura della "Politica Aziendale per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno". L'atto, redatto dal Dipartimento Materno-Infantile con il supporto dell'U.O. S.P.E.S., oggetto di successiva verifica da parte del Team di Valutazione dell'UNICEF, rappresenta l'impegno aziendale verso gestanti, madri, bambini e le loro famiglie.

3 - PROGETTO "FARMACIA AMICA DELL'ALLATTAMENTO MATERNO"

Il S.P.E.S. ha il compito di coordinare e promuovere, nell'ambito dell'attività a favore dell'Allattamento Materno, una rete tra ostetriche, pediatri e farmacisti, operatori dei punti nascita, dei distretti e dei consultori familiari, che coinvolge anche gruppi di mamme per il sostegno di un buon avvio, dell'esclusività e della durata dell'allattamento materno.

Le 13 Farmacie Comunali di Verona (AGEC) hanno aderito ad una iniziativa del Melograno di Verona, denominata "Farmacia Amica dell'Allattamento" e patrocinata dall'UNICEF e da IBFAN – Italia. I farmacisti hanno partecipato ad un corso di formazione sull'allattamento e attualmente possono fornire un primo ascolto delle mamme ed eventualmente inviare ai servizi più adeguati. Le farmacie, inoltre, si sono impegnate a non offrire attivamente i sostituti del latte materno seguendo il Codice OMS UNICEF ed hanno predisposto anche uno spazio dedicato e protetto per l'allattamento all'interno delle farmacie.

4 - PERCORSI NASCITA AZIENDALI

Tra gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 vi erano il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrica nel periodo perinatale, le campagne di informazione rivolte alle gestanti ed alle puerpere attraverso i corsi di preparazione al parto ed i servizi consultoriali, ecc.

L'U.O. S.P.E.S. partecipa al gruppo di lavoro istituito dalla Direzione Sanitaria con l'obiettivo di integrare ed omogeneizzare le varie attività che si riferiscono all'Area Materno Infantile al fine di definire un "Percorso Nascita" condiviso tra le figure professionali coinvolte nei diversi livelli di responsabilità, costituito da Distretti, Consultori Familiari, Dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale di San Bonifacio – U.O.C. di Pediatria e di Ginecologia e Ostetricia, Servizio Professioni.

Per il 2011 l'obiettivo è una definizione del nuovo "Percorso nascita dell'Azienda ULSS 20" e l'avvio del nuovo modello a partire dai "Gruppi di Accompagnamento alla nascita".

Da parte dell'U.O. è iniziata pertanto una duplice attività:

- supportare e all'occorrenza coordinare la progettualità di rete dei diversi servizi, anche nell'ottica del progetto HPH&HS.
- garantire in tutti i segmenti di attività, sia individuali che di gruppo, del percorso nascita, dal periodo preconcezionale al primo anno di vita, l'introduzione con le modalità e nei momenti appropriati, gli interventi e la comunicazione di messaggi di salute "evidence based" per la prevenzione e promozione previsti dal programma GenitoriPiù e dal progetto OMS/UNICEF Ospedale e Comunità Amiche dei Bambini per l'Allattamento Materno Baby Friendly Hospital e Community.

5 - PROGETTO "NATI PER LEGGERE"

L'U.O. S.P.E.S. è stata individuata come referente della nostra Azienda nell'ambito del Protocollo d'Intesa tra Provincia di Verona, Comune di Verona, ULSS 20, ULSS 21, ULSS 22 e Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata relativo al Progetto "Nati per Leggere".

L'obiettivo del progetto è la promozione della lettura ad alta voce ai bambini fin dalla più tenera infanzia, per favorire e sostenere una crescita armoniosa ed equilibrata sia sul piano cognitivo che su quello affettivo-relazionale e si colloca in piena coerenza con il progetto la campagna "GenitoriPiù" del Ministero della Salute condotta in collaborazione con la Regione del Veneto e l'ULSS 20.

Attraverso la costituzione di un gruppo di Coordinamento Provinciale, si è avviata l'organizzazione di iniziative comuni volte a sensibilizzare e coinvolgere altri soggetti pubblici e privati, in particolare pediatri di famiglia, operatori sanitari, bibliotecari, educatori degli asili nido, insegnanti della scuola dell'infanzia, singoli genitori e associazioni di genitori. Sono state effettuate le prime attività formative ed è previsto in futuro il "dono del Libro" al momento della dimissione dal punto nascita.

GESTIONE DIRETTA DI PROGETTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE REGIONALI/NAZIONALI

CAMPAGNA GENITORIPIÙ

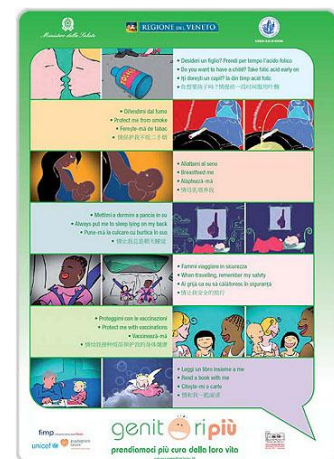
È proseguito a livello regionale il progetto GenitoriPiù, campagna lanciata in Veneto nel 2006, diventata poi nazionale fino al 2008, condotta con il Ministero della Salute e patrocinata da Guadagnare Salute e coordinata dal S.P.E.S. con la collaborazione di FIMP e UNICEF. GenitoriPiù è una campagna di comunicazione sociale per orientare i genitori verso scelte di salute consapevoli e praticabili, sensibilizzare la popolazione e formare gli operatori e valorizza programmi in atto su 7 determinanti di salute risultati prioritari in ambito perinatale e infantile:

- prendere per tempo l'acido folico
- non fumare in gravidanza e davanti al bambino
- allattarlo al seno
- metterlo a dormire a pancia in su
- promuovere la sicurezza in auto e in casa
- fare tutte le vaccinazioni consigliate
- leggergli un libro

Connessa alla scelta del Veneto del superamento dell'obbligo vaccinale, questa Campagna vuole valorizzare le competenze genitoriali, promuovendo simultaneamente pratiche efficaci, favorendo l'empowerment e l'attivazione di processi partecipativi, con speciale attenzione al Counselling. Il progetto storicamente si è mosso sui 4 assi della Rete, della Formazione, della Promozione e della Valutazione.

Nel corso del 2010 ha previsto oltre alle attività svolte con la rete dei referenti aziendali (Sisp e pediatri di libera scelta- PLS) per la promozione delle 7 azioni, un approfondimento dell'attività formativa ed una prima elaborazione dei dati raccolti tramite la valutazione. È stato realizzato infatti un percorso di formazione a distanza blended (misto) sul Counselling vaccinale rivolto ai PLS e agli operatori vaccinali dell'Ulss 3 di Bassano del Grappa, area dove si concentrano un maggior numero di dissensi alle vaccinazioni.

Maggiori informazioni sulle attività svolte dal 2006 ad oggi si trovano sul (www.genitoripiù.it)



Programma di prevenzione precoce- monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita

Il percorso di GenitoriPiù è stato a fine anno approvato come “Programma di prevenzione precoce- monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita”, nell’ambito del Piano Regionale della Prevenzione Triennale per realizzare una sinergia tra le diverse attività regionali in tema di salute materno-infantile (vedi tabella)

RETE DEI PROGETTI REGIONALI PROMOSSI SUI 7 DETERMINANTI		
Determinante	Progetto	Riferimento
Acido Folico	a) Pensiamoci Prima b) STUDIO ACIDO FOLICO.	a) CCM - ICBD - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona b) AIFA - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Contrasto al fumo prima e dopo la nascita	Mamme libere dal fumo	ULSS 9 Treviso (capofila)
Allattamento materno	a) Baby Friendly Hospital Initiative/ Baby Friendly Community Initiative OMS/UNICEF b) Promozione dell’allattamento al seno nei reparti ospedalieri	ULSS 20 Verona (capofila) CCM – ASP Lazio (capofila) – ULSS 20 Verona
Contrasto della SIDS	GenitoriPiù	ULSS 20 Verona Collegio Regionale delle Ostetriche
Sicurezza in auto	Prevenzione degli Incidenti Stradali	Programma regionale di prevenzione dei traumi da traffico – ULSS 7 Pieve di Soligo
Sicurezza in casa	Baby Bum! Progetto di Prevenzione degli incidenti domestici nella fascia di età 0-4 anni.	CCM Nazionale - ULSS 18 Rovigo
Vaccinazioni	Calendario Vaccinale Regionale	Comitato Regionale VACCINI
Letture ad alta voce	Nati per Leggere (Nati per la Musica)/ Leggere per Crescere	Associazione Biblioteche, ACP, FIMP, Comuni

Tra le principali novità previste dal programma: l’inserimento della lotta all’uso di alcol in gravidanza e durante l’allattamento, una rinforzata attenzione in tema di disuguaglianze in salute, l’estensione a nuove Aziende del percorso formativo sul Counselling Vaccinale approfondito.

Progetto per la promozione ed il sostegno dell’allattamento materno

Sempre nell’ambito Piano Regionale della Prevenzione l’ U.O. S.P.E.S. è stata incaricata del “progetto per la promozione ed il sostegno dell’allattamento materno” che prevede l’estensione dell’esperienza del Dipartimento Materno Infantile dell’Ulss 20 per gli Ospedali Amici dei Bambini per l’Allattamento Materno (Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI - <http://www.unicef.it/allattamento>)

Indagine sui determinanti del rifiuto dell’offerta vaccinale nella Regione Veneto. La sospensione dell’obbligo delle vaccinazioni costituisce il punto di arrivo di un sistema sanitario evoluto che si attende da parte dei cittadini scelte di salute consapevoli e si obbliga pertanto ad un percorso di qualità nell’organizzazione, nel monitoraggio, nella formazione del personale, nella comunicazione con i cittadini.

Questa ricerca si propone di ascoltare attraverso diversi strumenti, anche innovativi, la voce dei genitori e degli operatori sulle vaccinazioni dell’infanzia.

Il progetto coinvolge, oltre alla Capofila Az. ULSS 20 di Verona, 5 Aziende: Az. ULSS 2 di Feltre (BL), Az. ULSS 3 di Bassano (VI), Az. ULSS 4 Alto Vicentino (VI), Az. ULSS 6 di Vicenza, Az. ULSS 8 di Asolo (TV) e si avvale della collaborazione dell’Associazione Nazionale “Il Melograno - Centri Informazione Maternità e Nascita” (giugno 2009 – maggio 2011).

L'obiettivo della ricerca "Conoscere le caratteristiche della popolazione rispetto alle vaccinazioni ed analizzare i diversi fattori che concorrono al rifiuto totale o parziale dell'offerta vaccinale" ha previsto un percorso biennale articolato in 4 fasi e l'individuazione di due target:

A) i genitori che, per diversi motivi, decidono di non vaccinare i propri figli;

B) gli operatori che, per il proprio ruolo professionale, entrano direttamente a contatto con questa tipologia di popolazione.

Nel 2010 sono state completate le fasi previste di ricerca i cui risultati hanno portato alla scelta definitiva di indagare l'intera popolazione, sia chi vaccina che chi vaccina parzialmente o non vaccina, con un unico strumento di rilevazione. Si è pertanto approntato un questionario i cui temi sono stati selezionati dai dati dei focus group, della letteratura esaminata e delle interviste. La somministrazione sia nei Servizi Vaccinali che on-line è iniziata nel gennaio 2011.

Maggiori notizie in progress sulle pagine predisposte sul sito del Dipartimento <http://prevenzione.ulss20.verona.it/promozionesalute.html>

PERSONALE:

Brunelli Mara, Campara Paola, Speri Leonardo

COMUNICAZIONE MEDIATICA

Strumento di comunicazione mediatica è il portale web del Dipartimento di Prevenzione, aggiornato periodicamente con le notizie relative all'attività dei Servizi e informazioni utili all'utenza.

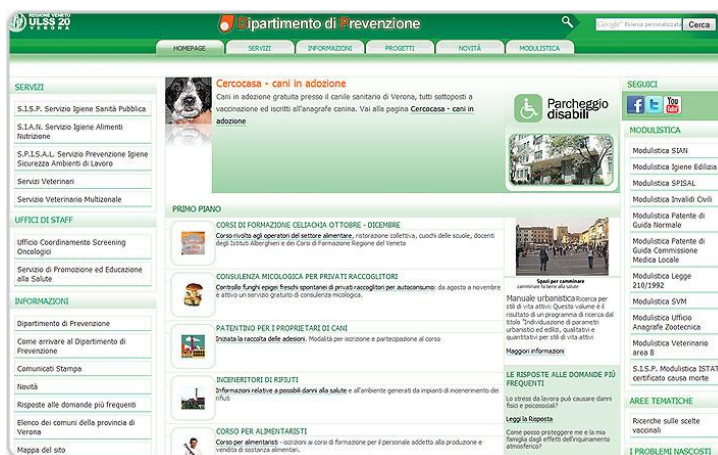
IL SITO WEB DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il portale web del Dipartimento di Prevenzione, si trova all'indirizzo <http://prevenzione.ulss20.verona.it>. Dal sito è possibile scaricare la modulistica e le informazioni inerenti l'attività dipartimentale. Nel 2010 si sono avuti 432.258 visitatori con un totale di 1.186.559 pagine visualizzate. Le sezioni più viste sono state le pagine dei cani in adozione, lo Spisal per quanto riguarda il testo unico per la sicurezza sul lavoro e lo stress lavoro correlato, la sezione riguardante la Commissione Medica Locale Patenti di Guida e la modulistica. I visitatori sono prevalentemente del nord Italia. Le prime città di provenienza sono nell'ordine: Verona, Milano, Roma, Padova, Torino, Napoli, Firenze.

Visite prevalentemente dal nord Italia

FIGURA 9.1/2

Home page sito del Dipartimento di Prevenzione



9.2 COSTI

SERVIZI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	SPESE 2009	SPESE 2010	PERSONALE DIPENDENTE 2009	PERSONALE DIPENDENTE 2010	DIFFERENZA 2009 - 2010
Ufficio Amministrativo Unico	1.553.117,00	1.025.047,00	34,13	25,29	8,84
Servizio Igiene e Sanità Pubblica	5.236.871,00	5.216.591,00	27,14	21,97	5,17
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	725.251,00	791.092,00	11,70	12,90	1,20
U.O.C. Medicina Legale e Necroscopica	644.029,00	1.038.744,00		10,92	10,92
Servizio Veterinario - Ufficio Coordinamento	2.289,00	2.088,00			
Servizio Sanità Animale ed Igiene degli Allevamenti	1.991.605,00	2.178.260,00	17,00	16,33	0,67
Servizio Controllo Igiene Alimenti di Origine Animale	1.851.722,00	1.804.988,00	18,00	15,97	2,03
Servizio Veterinario Multizonale	1.020.002,00	1.005.133,00	13,85	12,78	1,07
Ufficio Promozione della Salute	223.892,00	218.073,00	2,82	2,70	0,12
Ufficio Coordinamento screening	172.799,00	197.431,00	2,90	3,52	0,62
Totale costi diretti Dipartimento di Prevenzione	14.793.742,00	15.016.485,00	148,27	145,12	3,15
Totale costo della produzione ULSS 20	878.907.423,20	855.767.592,47			
Incidenza % Dipartimento di Prevenzione sui costi totali	1,68	1,75			

GRAFICO 9.2/1

Incidenza dei costi del Dipartimento di Prevenzione sul totale dell'Ulss 20 - anno 2010

Continua la diminuzione delle risorse destinate alla prevenzione

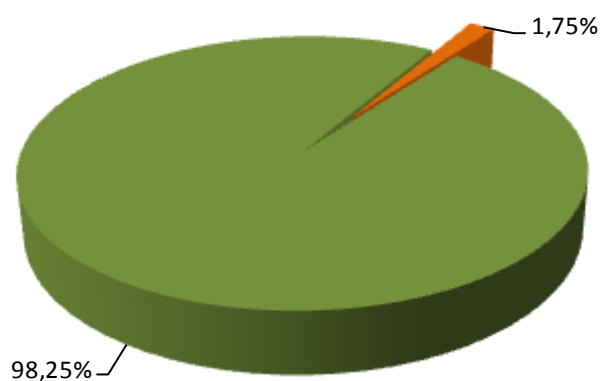


GRAFICO 9.2/2

Dipartimento di Prevenzione: media presenze del personale dipendente



L'incremento di personale evidenziato dal grafico, nel periodo 2006/07, è in realtà frutto dell'accorpamento nel Dipartimento di un nuovo Ufficio (Educazione alla salute). La dotazione di personale è di fatto in costante diminuzione dato che i posti che si rendono vacanti per pensionamento o per decesso non vengono coperti. Ne consegue un progressivo aumento dell'età del personale. Riporto come esempio la distribuzione in età dei medici dipendenti del Dipartimento di Prevenzione dalla quale si evince come sia presente un solo medico di età inferiore ai 52 anni!

Un Dipartimento troppo vecchio

GRAFICO 9.2/3

Età dei Medici dipendenti del Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 al 31.12.2009

