

*"Le istituzioni sono come le fortezze,
valgono quanto vale la loro guarnigione."
Karl Popper*

Cronaca dell'Anno 2003

1. Azienda Ulss n. 20	p. 1
2. Dipartimento di Prevenzione	p. 8
3. Servizio Igiene e Sanità Pubblica	p. 11
3.1 Ufficio Profilassi Malattie Infettive	p. 11
3.2 Ufficio Igiene Edilizia e delle Strutture Collettive	p. 22
3.3 Ufficio di Medicina Legale	p. 45
4. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	p. 51
4.1 Unità Igiene della Nutrizione	p. 52
4.2 Unità Igiene Alimenti e Bevande	p. 57
5. Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza degli Ambienti di lavoro	p. 63
6. Servizio igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei loro derivati	p. 75
Servizio igiene e sanità animale, igiene della produzione degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	p. 75
7. Servizio Veterinario Multizonale	p. 80
8. Quanto costa il Dipartimento	p. 87

Dott. Massimo Valsecchi

1. AZIENDA ULSS 20

L'Azienda ULSS n.20 comprende 36 Comuni, nove dei quali provenienti dall'ex ULSS n.25 (Boscochiesanuova, Buttapietra, Castel d'Azzano, Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Roverè, San Martino Buon Albergo, Verona), venti dall'ex ULSS n.24 (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), sei dall'ex ULSS n.28 (Albaredo, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella) e, dal primo gennaio 2002, anche San Giovanni Lupatoto.

36 Comuni

La ULSS confina a nord con il Trentino 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 Kmq. 1.065,61.

L'altitudine varia dai 1.118 metri sul livello del mare del Comune di Erbezzo ai 38 di Buttapietra.

Da 38 a
1.118 metri

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

Di questi, oltre a Verona, che conta 256.000 abitanti, solo San Bonifacio, Castel D'Azzano, Grezzana, San Martino Buon Albergo e San Giovanni Lupatoto superano la soglia dei 10.000 residenti.

L'Azienda ULSS 20, con i suoi 446.158 assistiti, è la più popolosa della Regione Veneto.

Si colloca nel Nord-Est dell'Italia, una delle aree più sviluppate d'Europa, il cui reddito pro capite supera di un quinto la media europea.

E' un'area di piena occupazione. Nell'ultimo biennio i disoccupati e le persone in cerca di prima occupazione hanno rappresentato circa il 3,5 delle forze lavoro.

Negli anni più recenti ha sopperito alle esigenze produttive il forte incremento dei flussi di lavoratori di provenienza extracomunitaria. Nel 2000 gli stranieri soggiornanti nel Nord Est erano pari al 3,2 per cento della popolazione, contro il 2,4 della media nazionale e il 5 dell'Unione europea.

Un'area di
piena
occupazione

Tab.n.1.1: Persone occupate nella Provincia di Verona. Confronto 2001-1993 (Fonte: ISTAT)

	1993	2001	Variazione Assoluta	Variazione in %
Maschi	201.000	218.000	17.000	8.5
Femmine	117.000	134.000	17.000	14.5
TOTALE	318.000	352.000	34.000	10.7

Tab.n.1.2: *Persone occupate per settore nella Provincia di Verona. Confronto 2001-1993*
(Fonte: Osservatorio Mercato del Lavoro Provincia di Verona)

Settori	N° occupati		Variazione % 2001-1993
Agricoltura	maschi	13.000	-32%
	femmine	5.000	-38%
Industria	maschi	70.000	+8%
	femmine	28.000	+4%
Costruzioni	maschi	29.000	+26%
	femmine	1.000	0.0%
Servizi	maschi	73.000	+26%
	femmine	79.000	+30%

Tab.1.3: *Tassi di disoccupazione in Provincia di Verona Confronto 2001-1993* (Fonte: Osservatorio Mercato del Lavoro Provincia di Verona)

	1993	2001
Maschi	3,3%	2,3%
Femmine	8,9%	4,9%
TOTALE	8,9%	4,9%

Aumenta nella popolazione la percentuale degli anziani (soggetti di età superiore ai 65 anni) che è pari al 19,3% del totale, mentre la fascia di età inferiore ai 15 anni rappresenta il 13,7% del totale.

Tab.n. 1.4: *Caratteristiche demografiche della popolazione residente nei comuni della ULSS n.20: nuovi nati, numero decessi dei residenti, totale iscritti all'anagrafe, iscritti con età inferiore a 15 anni, superiore a 65 e 75 anni e loro percentuale sul totale della popolazione, residenti con età superiore ai 100 anni.*

Nati e morti

Anni	Nati	Decessi	Residenti	inf. 15	%	> 65	%	> 75	%	> 100
2000	3.942	3.918	419.281	56.662	13,5	79.221	18,9	36.329	8,7	50
2001	3.954	3.946	422.558	57.270	13,6	80.146	19,0	37.478	8,9	54
2002	4.354	4.056	*446.007	61.274	13,7	85.526	19,2	40.329	9,0	66
2003***	**	**	446.158	61.143	13,7	86.469	19,3	40.760	9,1	65

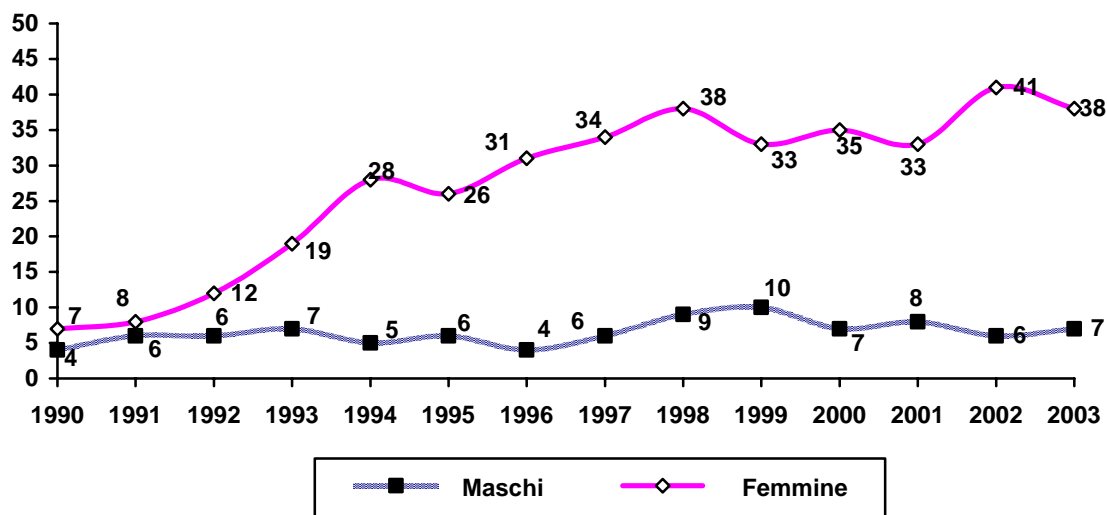
* dal 1.1.2002 è entrato nell'ULSS 20 il Comune di S.Giovanni Lupatoto (21.396 abitanti)

** dato non ancora disponibile

*** dati al 30.6.2003

Il grafico n.1.1 illustra l'incremento degli assistiti, della sola città di Verona, con età superiore ai cento anni. E' un indicatore sintetico che consente di apprezzare l'entità del fenomeno di allungamento della speranza di vita (che privilegia per altro, come si può ben vedere, quasi esclusivamente le femmine nei confronti dei maschi).

Graf.n.1.1: Numero di residenti nel Comune di Verona con età uguale o superiore a cento anni.



Mortalità

Per collocare correttamente la mortalità veronese va ricordato che " *La popolazione del Veneto non ha mai goduto di condizioni di salute migliori di quelle attuali. La speranza di vita alla nascita ha raggiunto 81,6 anni per le donne e 74,3 anni per gli uomini. Lo stato di salute dei bambini e delle donne, misurato in termini di mortalità, non solo è migliore del passato ma anche migliore di quello sperimentato dagli stessi gruppi di popolazione nel resto d'Italia ed è simile a quello goduto dalle popolazioni dei Paesi più avanzati d'Europa. La mortalità infantile non è mai stata così bassa ed è stata ridotta di oltre otto volte dagli anni '50. Nello stesso periodo la mortalità materna si è ridotta di oltre 40 volte. Più recentemente un progresso molto importante, anche se meno eclatante dei precedenti, è rappresentato dalla riduzione della mortalità per malattie cerebrovascolari ed ischemia cardiaca che, far la seconda metà degli anni '70 ed il 1996, è stata più che dimezzata. Inoltre, per la prima volta dai primi decenni del novecento, la mortalità per tumori ha evidenziato una pur lieve inversione di tendenza che ha avuto inizio a metà degli anni '80*"⁽¹⁾

Speranza di vita:
donne 81.6
uomini 74.3

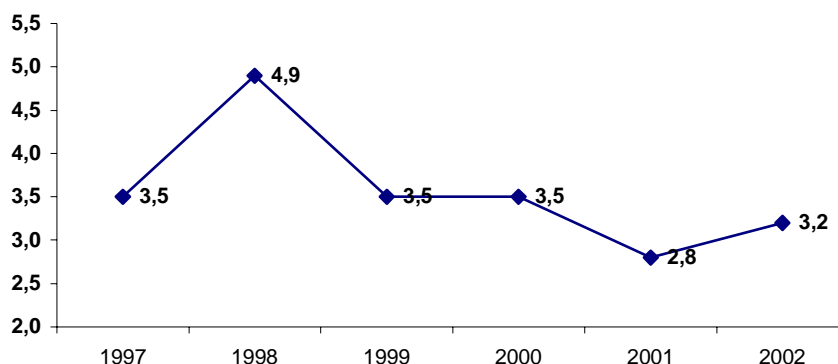
Mortalità infantile

La mortalità infantile dell'UISS di Verona con il suo tasso molto ridotto (3,2/1000) conferma che la situazione socio-economica complessiva della nostra popolazione si colloca fra le migliori del mondo occidentale (Graf.1.2).

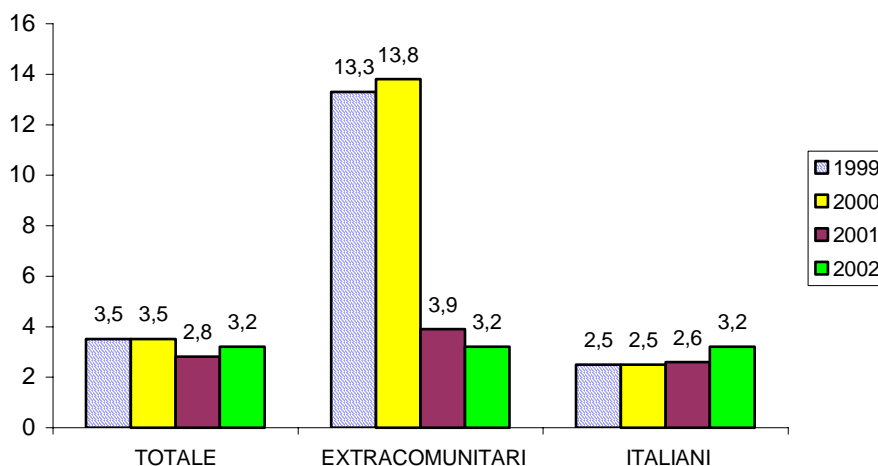
¹ R. Gnesotto e S. Forni "La mortalità e le sue cause nel Veneto", Bollettino epidemiologico regionale, numero 0, novembre 2000.

Graf. n.1.2: Tasso complessivo di mortalità infantile in nati da madri iscritte all'anagrafe assistiti dell'ULSS 20

Bassa mortalità infantile



Graf. n. 1.3: Tassi di mortalità infantile di bambini nati da madre italiana e extracomunitaria iscritte all'elenco degli assistibili dell'ULSS n.20



Mutamenti climatici e mortalità

Città più calde

Attualmente diventa sempre più evidente che il clima sta cambiando anche sul lungo periodo. Il rapporto 2001 dell'IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change), organismo delle Nazioni Unite, stima che la temperatura media dei suoli e delle superfici marine è cresciuta di 0.6 ± 2 °C dalla metà del 19° secolo e che si è verificata una accelerazione del processo a partire dal 1976. La decade più calda è stata quella del 1990. L'IPCC conclude che la maggior parte del riscaldamento osservato negli ultimi 50 anni è da attribuire verosimilmente alle attività umane, particolarmente all'immissione di gas serra da combustibili fossili.

E' riconosciuto che l'effetto delle condizioni climatiche estreme estive sulla mortalità costituisce un rilevante problema di sanità pubblica. Queste condizioni si realizzano in modo più evidente negli agglomerati urbani. Infatti le persone che vivono nelle città hanno un rischio maggiore di morire per condizioni di elevata temperatura (ed umidità), rispetto a coloro che vivono in ambiente suburbano o rurale. E' il fenomeno denominato effetto "isola

di calore urbano" (urban heat island effect) ed è tanto più accentuato quanto maggiori sono l'entità della popolazione e le dimensioni della città.

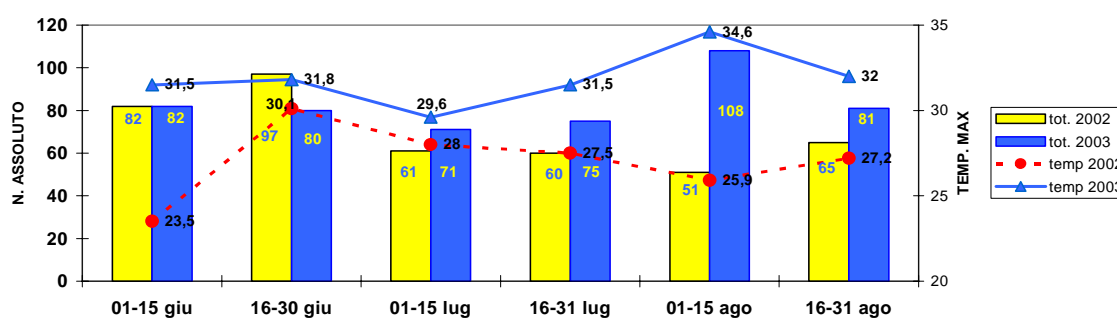
Le condizioni climatiche, caratterizzate da temperature ed umidità elevate verificatesi durante l'estate del 2003, si sono accompagnate ad un aumento della mortalità rispetto a quella dell'anno precedente. L'Istituto Superiore di Sanità ha stimato in modo empirico che, nel periodo di quarantacinque giorni compreso tra il 16 luglio al 31 di agosto, l'eccesso di mortalità rispetto allo stesso periodo del 2002, tra le persone di 65 anni e più, residenti nel nostro Paese, è stato di 7659 unità. E' interessante notare che le percentuali di incremento della mortalità del 2003 rispetto al 2002 aumentano progressivamente in ragione dell'aumento del numero degli abitanti delle città. Nelle città con un'ampiezza demografica compresa tra 100.000 e 500.000 abitanti l'incremento percentuale di mortalità tra le persone di oltre 65 anni è stato di 29%. Anche a Verona i dati relativi al Comune di Verona, riportati nella Tabella , evidenziano durante il periodo estivo 2003 un incremento della mortalità nella popolazione anziana(>65 anni)

Aumenta la temperatura, aumenta la mortalità

Tab.n.1.5: Morti a Verona residenti a Verona ≥ 65

	2002	2003	variazione
giugno	179	162	-10%
luglio	121	146	+21%
agosto	116	189	+63%
Totale	416	497	+19%

Graf. n. 1.4: Periodi estivi anni 2002 - 2003: >65 anni residenti a Verona deceduti a Verona e media delle temperature massime per periodo



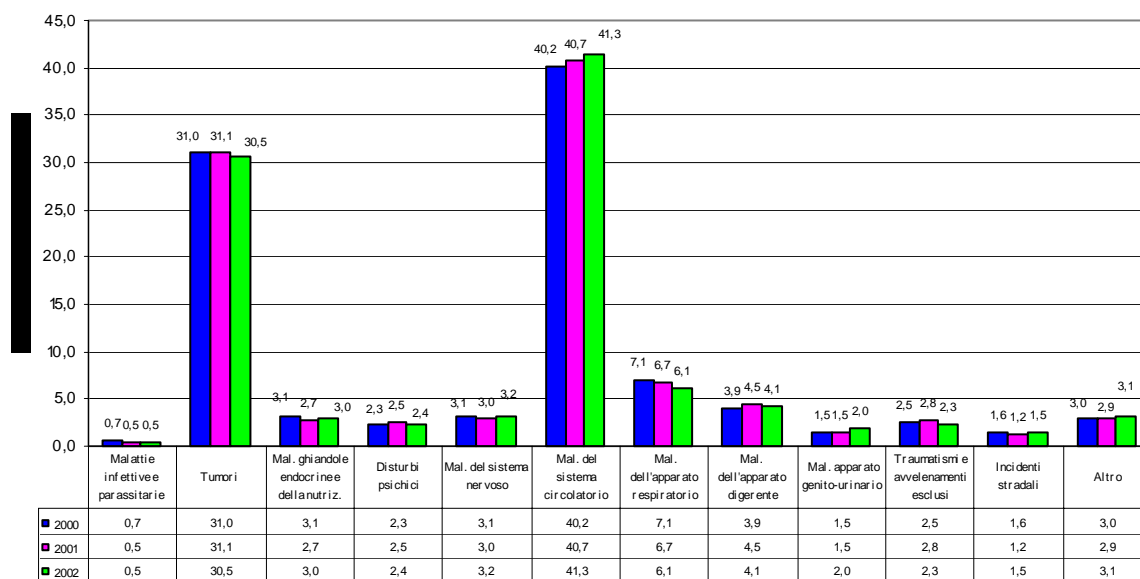
La letteratura scientifica internazionale identifica il caso tipico deceduto per eccesso di calore come un soggetto molto anziano, con patologie preesistenti, di condizione socioeconomica bassa, che vive da solo in una casa piccola ai piani alti priva di condizionamento.

Mortalità generale

Tab.1.6: Mortalità generale per grandi gruppi di cause nella popolazione dell'ULSS 20

CAUSE	2000		2001		2002	
	N° DECESSI	FREQ. REL. %	N° DECESSI	FREQ. REL. %	N° DECESSI	FREQ. REL. %
I - Malattie infettive e parassitarie	28	0,7	18	0,5	20	0,5
II - Tumori	1202	31,0	1199	31,1	1250	30,5
III - Mal. ghiandole endocrine e della nutriz.	119	3,1	104	2,7	122	3,0
V - Disturbi psichici	91	2,3	96	2,5	99	2,4
VI - Mal. del sistema nervoso	119	3,1	114	3,0	130	3,2
VII - Mal. del sistema circolatorio	1559	40,2	1573	40,7	1691	41,3
VIII- Mal. dell'apparato respiratorio	274	7,1	257	6,7	248,0	6,1
IX - Mal. dell'apparato digerente	152	3,9	175	4,5	169	4,1
X - Mal. apparato genito-urinario	59	1,5	56	1,5	80	2,0
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	97	2,5	110	2,8	93	2,3
XVII - Incidenti stradali	61	1,6	46	1,2	63	1,5
Altro	115	3,0	113	2,9	127	3,1
Totale generale	3876	100	3861	100	4092	100

Graf. n.1.5: Mortalità totale per gruppi di cause



Mortalità evitabile

*Tab.n.1.7: Mortalità per tumore alla mammella nell'ULSS 20
Numero assoluto di decessi e tasso grezzo (n° di decessi/100.000 donne)*

Anni	Decessi	Tasso grezzo
1998	105	49,2
1999	103	47,7
2000	93	43
2001	91	41,9
2002	78	33,3

*Tab.n.1.8: Mortalità per incidenti stradali nell'ULSS 20.
Numero assoluto di decessi e tasso grezzo (n° decessi / 100.000)*

Anni	Maschi	Femmine	Totale	Tasso grezzo
1998	40	13	53	12,8
1999	38	16	54	13,0
2000	49	12	61	14,5
2001	31	15	46	10,9
2002	48	15	63	13,9

Tab.n.1.9: Mortalità per HIV nell'Ulss 20. Numero assoluto di decessi.

Anno	Maschi	Femmine	Totale
2000	1	0	1
2001	4	2	6
2002	2	2	4

Tab.n.1.10: Decessi per overdose negli anni 2000-2001-2002

Anno	Maschi	Femmine	Totale
2000	3	0	3
2001	4	1	5
2002	0	0	0

2. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Contrastare
i fattori di
rischio

Compito del Dipartimento di Prevenzione è individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute con particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione. Per assolvere a questo compito il Dipartimento si avvale di strumenti epidemiologici, di iniziative di informazione ed educazione sanitaria e di interventi di vigilanza volti a verificare il rispetto della normativa sanitaria.

Promuove direttamente interventi di prevenzione e coordina o collabora ad interventi promossi da altre strutture sanitarie e non sanitarie.

Collabora e fornisce consulenza, in particolare, ai Comuni che compongono l'ULSS.

Il Dipartimento si articola in sei Servizi che operano nelle aree di sanità umana ed animale.

Uomini e
non

- 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
- Servizio igiene e sanità animale, igiene della produzione degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- Servizio Veterinario Multizonale (SVM)

Attività rilevanti nell'anno:

Prevenzione efficace

Prevenzione
efficace

E' proseguito l'impegno ad individuare e disattivare attività di prevenzione in atto che non siano efficaci.

In questo ambito di interventi le iniziative più importanti sono state:

- la conclusione del progetto nazionale SALEM

Si tratta del primo tentativo compiuto dal gruppo nazionale *Evidence Based Medicine*, di valutare, con modalità innovative, l'efficacia di un programma di sanità pubblica e cioè la sorveglianza di apprendisti e minori avviati al lavoro in settori lavorativi non a rischio sulla base dell'art. 9, comma 3 ed 8 del D.Lvo 345\99.

Sulla base di questa normativa vengono effettuate ogni anno, in Italia, circa 180.000 visite con costi stimati in 10,5 milioni di euro per il solo costo degli accertamenti sanitari

L'intero Dossier (che è consultabile nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità www.epicentro.iss.it) ha concluso consigliando l'abbandono del programma.

- E' stato organizzato a Verona, il 14 e 15 aprile 2003, il terzo convegno nazionale sull'Evidence Based Prevention.

Convegno
EBP a
Verona

Il convegno ha permesso di verificare il diffuso interesse delle Regioni verso questo filone di iniziative ed è stato effettuato un primo censimento dei tentativi delle stesse di disattivare autonomamente, ed in ordine sparso, parte delle norme considerate obsolete.

La grande partecipazione a questo convegno e l'interesse che ha evocato hanno evidenziato il profondo stato di insofferenza degli operatori di sanità pubblica (per non parlare degli utenti) verso le attività inutili che tuttora affliggono le nostre attività.

Nel campo della prevenzione, la ricerca di elementi condivisi di razionalità suscita interesse ed energie fresche anche in campi di intervento tradizionalmente refrattari a confrontarsi con i numeri e con il reale.

- A conferma di questa situazione, il 10 luglio, si è tenuta a Roma una sessione del Coordinamento Interregionale della Prevenzione che ha deciso di lanciare un proprio progetto, coordinato dal nostro Dipartimento, di " *Verifica, implementazione e valutazione di modelli di prevenzione basata sull'evidenza scientifica*" con il supporto del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità.

- In data 19.12.2003 è stata emanata la L.R. n.41 che prevede la sostituzione dei libretti sanitari per alimentaristi, previsti dalla L.283 del 30.04.1962, con iniziative di formazione ed informazione sanitaria, analogamente alle azioni già adottate in altre regioni italiane. A distanza di oltre 40 anni dall'introduzione del libretto esistono infatti sufficienti evidenze scientifiche che dimostrano l'inefficacia di detta pratica nel prevenire la diffusione tramite gli alimenti di malattie infettive.

Oltre a questa sono state disattivate altre 5 procedure inutili.

Sei
procedure
inutili in
meno

Piani regionali triennali

nell'arco del 2003 si è conclusa la prima fase di sviluppo del Piano regionale triennale dei Servizi di Igiene Pubblica. Questa operazione articolata mira a riorganizzare tutte le attività di prevenzione valutandole con i criteri dell'efficacia. Il piano è articolato su 21 schede tematiche. Al Servizio di igiene pubblica del nostro dipartimento è stato affidato il coordinamento di tre di queste schede:

- Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive
- Profilassi delle malattie infettive internazionale
- Promozione dell'attività motoria

Allo SPISAL del nostro dipartimento è stato affidato il coordinamento dell'intero piano triennale regionale per la tutela della salute nei luoghi di lavoro.

- *Accessibilità*: sono stati portati a termine diversi progetti volti a migliorare l'accesso e la fruibilità degli utenti ai servizi del Dipartimento.

In particolare è stata migliorato l'accesso agli ambulatori per gli utenti invalidi e riorganizzato in tal senso il parcheggio interno.

Per gli utenti dei servizi veterinari è stato organizzato un decentramento di alcune procedure amministrative presso le sedi distrettuali evitando così che debbano recarsi a Verona.

Migliorata
accessibilità
a uffici e
ambulatori

- *Aggiornamento* : al di là delle singole iniziative di aggiornamento individuali sono stati organizzati corsi per addestrare il personale del Dipartimento nelle tecniche di rianimazione (Basic Life Support) .

Il personale, alla fine dei corsi è stato sottoposto ad una verifica e certificato

Corsi BLS

- *Informatizzazione* : è stato attivato un piano complessivo di informatizzazione del Dipartimento che consenta di dare omogeneità fra i vari programmi informatici in uso nei vari servizi e fra questi e il sistema informatico dell'azienda.

Questo programma, che ha usufruito di un finanziamento della Fondazione Cariverona, ci consentirà una maggior integrazione dei vari servizi ed un maggior controllo sulle entrate.

- *Piano di comunicazione* : l'importanza di un corretto e costante utilizzo dei media nel lavoro di contrasto dei fattori di rischio ci ha portato a formulare un programma organico di comunicazione del Dipartimento così articolato:

- *Piano Ordinario di comunicazioni* da utilizzare quale strumento programmato di contrasto dei fattori di rischio, di informazione sulle attività del DdP, e di facilitazione all'uso dei servizi del dipartimento da parte degli utenti;
- *Piano Straordinario di comunicazioni da utilizzare in caso di emergenze.*

Particolarmente flessibile a questo proposito si è dimostrato l'utilizzo del sito web che abbiamo utilizzato per fornire agli utenti sia informazioni correnti quali gli orari dei vari uffici, l'identificazione dei cani smarriti ricoverati nel canile, l'inserimento dei moduli per formulare domande alle varie commissioni sia per informazioni di emergenza come nel caso dell'epidemia della SARS.

- Facendo seguito anche ai falsi allarmi di bioterrorismo da antrace è stata migliorata e formalizzata la procedura di intervento in emergenza. Tale procedura, condivisa con il 118, prevede la continua reperibilità di due tecnici di igiene.

PERSONALE DEL DIPARTIMENTO:

Albieri Marina, Allegri Davide, Baschiroto Stefania, Bedendo Alfredo, Benedetti Anna, Benedetti Graziano, Bergamasco Rita, Bolcato Ivana, Braga Carla, Burro Paola, Caloini Rosanna, Calovi Carla, Calvetti Maria Grazia, Campagnari Marco, Carpenè Francesco, De Bortoli Graziella, De Togni Flavio, Fava Maria Grazia, Feltrin Ferdinanda, Gallo Ilaria, Garbin Natalino, Giacomini Lucia, Lecca Valentina, Marani Giuseppe, Menegotti Luisa, Poli Renato, Rigo Danilo, Ruggeri Claudio, Segneghi Massimo, Tacconi Monica, Tosi Alessandra, Veronese Pio Vinicio, Valsecchi Massimo, Vesentini Daniele, Zanella Silvana.

3.1 Ufficio Profilassi Malattie Infettive

Vaccinazioni

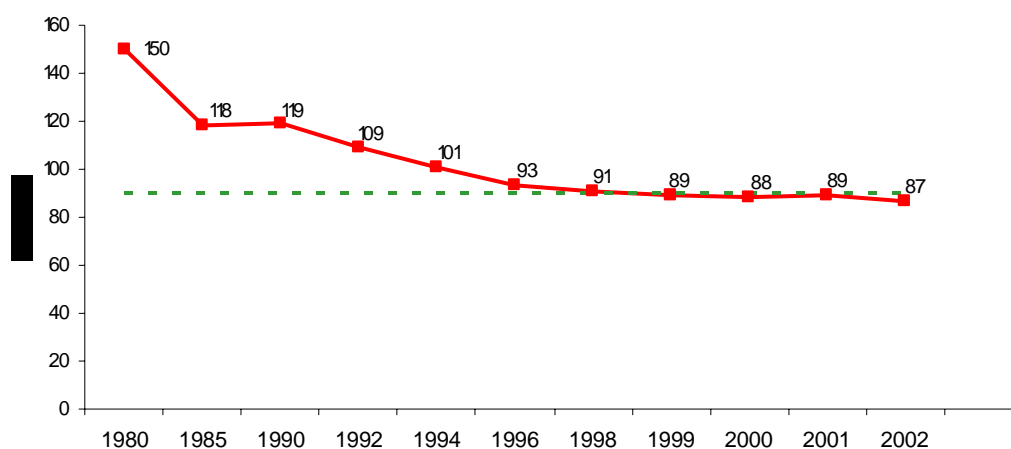
Fra le attività di prevenzione le vaccinazioni contro alcune malattie infettive costituiscono uno dei provvedimenti di sicura efficacia.

Da alcuni anni le vaccinazioni facoltative e raccomandate ormai sono accolte dai genitori dei nuovi nati con una adesione pressoché sovrapponibile a quella per le vaccinazioni obbligatorie: infatti le coperture per le vaccinazioni raccomandate e per le vaccinazioni obbligatorie sono quasi analoghe. Ad esempio la copertura della vaccinazione contro la pertosse dal 1998 supera il 98%. Questi risultati sono stati sicuramente favoriti dall'utilizzo dei vaccini acellulari, più sicuri e meglio tollerati, ma anche dalla disponibilità dei vaccini combinati, prima il pentavalente e ora l'esavalente, cioè un vaccino che consente di immunizzare da solo contro poliomielite, tetano, difterite, epatite b, pertosse ed *Haemophilus influenzae*. Questi risultati, infine, confermano il buon livello di funzionamento dei nostri servizi vaccinali e la stretta collaborazione instaurata, in questo campo, con i pediatri di libera scelta.

Viene ancora confermata la nostra convinzione che per gestire un'efficace politica vaccinale è fondamentale un corretto rapporto tra servizi vaccinali e pediatri di famiglia per una adeguata informazione dei genitori, soprattutto in questo momento in cui avviene l'introduzione di nuovi vaccini come indicato nel nuovo Calendario Regionale approvato nel mese di maggio dello scorso anno. In questa ottica sono stati promossi gli incontri di aggiornamento comune tra pediatri e personale dei servizi vaccinali, illustrati più avanti.

Il grafico successivo (graf. 3.1.1) evidenzia il progressivo, ma lento, avvicinamento dell'età della prima vaccinazione al parametro considerato ottimale di 60-90 giorni (media di 75).

Graf. n. 3.1.1: distribuzione dell'età (in giorni) alla prima seduta vaccinale



Questo parametro è importante dato che riflette il buon livello di accordo raggiunto fra il pediatra di famiglia ed il personale vaccinatore di distretto nel fugare i dubbi dei genitori rispetto a piccoli malesseri del bambino (raffreddori, etc.) che portano, in assenza di personale addestrato e determinato, a procrastinare continuamente la data della prima vaccinazione.

Il grafico evidenzia l'andamento negli anni dell'età media alla somministrazione della prima dose di vaccino antipertosse: per gli ultimi anni rappresenta l'età di somministrazione della prima dose di tutte le vaccinazioni dell'infanzia poiché si utilizza il vaccino combinato esavalente nella quasi totalità dei casi.

Il valore dell'età media rimane tuttavia ancora al di sopra di quello ottimale sia perché in realtà è condizionato dai casi che si vaccinano in ritardo, infatti circa il 75% dei bambini viene vaccinato ad una età inferiore ai tre mesi, sia perché il rimanente 25% dei bambini inizia le vaccinazioni dopo il compimento del 3° mese: questo richiede una verifica dell'organizzazione distrettuale e una più puntuale informazione sull'importanza di iniziare tempestivamente le vaccinazioni .

➤ **Calendario vaccinale:** Un ulteriore slancio a questo servizio è stato dato dall'approvazione del Nuovo Calendario Vaccinale della Regione, sollecitati anche dalla stesura di un nuovo calendario approvato dalla Federazione Italiana dei Pediatri. Sono state recepite importanti modifiche relative a diverse vaccinazioni. Innanzitutto è stato inserito il richiamo con vaccino contro difterite tetano e pertosse per adolescenti (dtp) , all'età di 13-15 anni: questo vaccino che si caratterizza per una riduzione del dosaggio dei suoi componenti rispetto a quello utilizzato alla nascita, può essere somministrato anche all'età di 5-6 anni, in alternativa all'abituale DTP pediatrico, per la sua minore reattogenicità;

Nuovi
vaccini

è stata inserita la seconda dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia all'età di 5-6 anni, come suggerito dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita approvato il 13 novembre dalla conferenza Stato - Regioni ;

è stata inserita la vaccinazione contro la *varicella*, offerta gratuitamente ai ragazzi di età compresa tra 11 e 15 anni che non abbiano contratto la malattia in precedenza; infine sono state introdotte due vaccinazioni gratuite per i bambini che frequentano le comunità infantili sotto i tre anni di età, e cioè la vaccinazione contro lo pneumococco e contro il meningococco di gruppo C, poiché entrambi sono germi che possono causare temute meningiti e frequentare comunità infantili come l'asilo nido può aumentare il rischio di contagio.

Allo scopo di illustrare a tutti gli operatori sanitari dei Distretti le nuove indicazioni del calendario regionale e per uniformare il comportamento tra pediatri e servizi vaccinali si sono tenuti due incontri (maggio e ottobre), accreditati ECM; tali incontri sono stati organizzati in collaborazione tra pediatri di famiglia, Coordinamento dei Distretti e Servizi di Igiene Pubblica delle ulss della provincia e hanno visto la partecipazione dei pediatri di libera scelta e del personale vaccinatore (medici e personale infermieristico) delle tre ULSS veronesi.

➤ **Vaccinazione contro il Morbillo:** La copertura vaccinale del morbillo era molto buona (94%) per la coorte dei nati nel 1998 ; negli anni successivi è stata evidenziata una lieve flessione sia per i nati nel 1999 (~92,5%), e ancora più evidente per i nati nel 2000 (90,2%), registrando, quindi, un risultato lontano dal livello di copertura (95%) indispensabile per ottenere l'estinzione delle forme epidemiche di questa temibile malattia. Si è cercato di sfruttare tutte le occasioni utili per sottolineare l'importanza di questa vaccinazione e trasmettere la convinzione che un bambino non può ricevere la 4° dose di vaccino antipolio (nel terzo anno di vita) senza essere vaccinato contro il morbillo, per poter recuperare quelli non vaccinati nel 2° anno . La copertura per i nati nel 2000 è stata, quindi, ricontrollata alla fine del mese di novembre , riscontrando un incremento di oltre 4 punti, passando dal 90,2 al 94,6% su 4.323 assistiti.

94.6% di
copertura

Questi dati suggeriscono alcune brevi considerazioni:

mancano 21 bambini da vaccinare per arrivare all'obiettivo del 95%;

i rifiuti a questa vaccinazione, facoltativa, sono risultati molto contenuti, 61 pari al 1,6%; questo dato consente di guardare con fiducia ad un eventuale abbandono dell'obbligo vaccinale; i residenti ufficiali sono 4.293, cioè 30 in meno rispetto alle schede controllate: questo potrebbe significare che tra i non vaccinati siano calcolati anche assistiti trasferiti in altre ULSS e quindi apparentemente non vaccinati.

È quindi necessario adottare un sistema di verifica che consenta di individuare i reali residenti (anche quelli non inseriti in anagrafe) e i veri non - vaccinati, per ottenere dati più precisi ed evitare, in ogni caso, che negli anni futuri si accumulino persone suscettibili, con il rischio di nuove epidemie.

Nel corso dell'anno 2001 erano stati segnalati (tra accertati e sospetti) 14 casi di morbillo in tutta l'ULSS; nel corso del 2002 ne erano stati segnalati 15. Durante il 2003 è stata registrata un'ulteriore piccola epidemia: il 20 marzo ci è stato comunicato dal collega di una ULSS confinante che erano stati individuati quattro casi di morbillo in ragazzi che, residenti in altra ulss, frequentavano Istituti di scuola media superiore a Verona. Veniva riferito, cosa confermata successivamente durante l'inchiesta presso gli Istituti scolastici, che il primo caso sarebbe comparso in un ragazzo che aveva partecipato con la scuola ad uno *stage* in provincia di Trento (dove era realmente in corso un'epidemia di morbillo).

18 casi:
una piccola
epidemia

Dal controllo delle assenze dei ragazzi si è risaliti a due ricoveri ospedalieri, uno dei quali relativo ad un assistito di altra ULSS, non notificati; un terzo era stato visitato presso il P.S. di un ospedale della nostra provincia. Un quarto caso è stato registrato in un bimbo nato nel 2001 che frequentava un asilo nido di un comune fuori ULSS, ricoverato in reparto specialistico di Malattie Infettive e notificato puntualmente.

In totale nel corso dell'epidemia sono risultati contagiati :

- nove studenti di scuola superiore, dei quali 2 avevano rifiutato la vaccinazione;
- tre bambini;
- tre adulti, dei quali uno - madre di un ragazzo con morbillo - ricordava una anamnesi positiva per morbillo;
- quattro adulti non residenti, presenti momentaneamente a Verona per lavoro; ;
- sei casi sospetti non confermati, tra i quali un medico .

Come negli anni precedenti, anche questa epidemia si è autolimitata: ciò dà una nuova conferma dell'importanza dell'elevato livello di copertura della popolazione, copertura che, entro certi limiti, consente di proteggere anche coloro che rifiutano la vaccinazione.

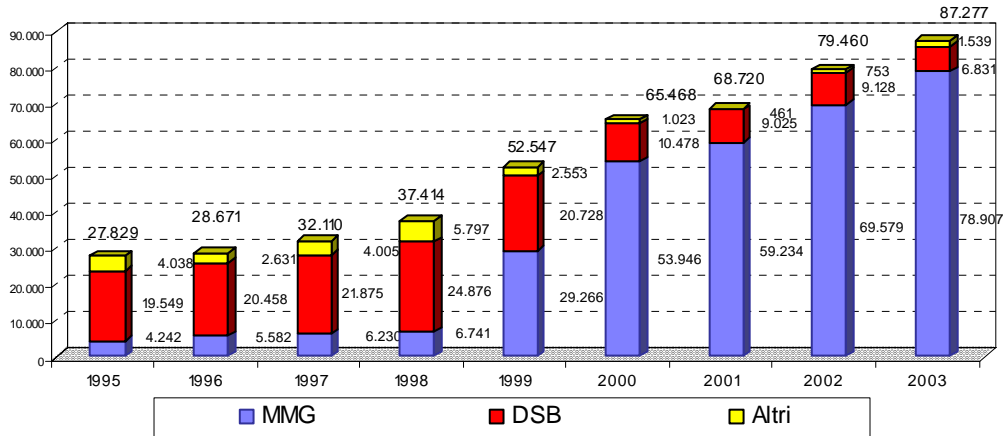
Purtroppo anche nell'epidemia del 2003 la notifica dei primi casi di malattia è stata effettuata con notevole ritardo, o talvolta omessa, rendendo impossibile qualsiasi intervento di profilassi nei confronti di eventuali contatti suscettibili: ciò può essere spiegato almeno in parte con il fatto che il medico di medicina generale non è abituato a fare la segnalazione tempestiva di una malattia infettiva. Sono stati sfruttati i corsi di aggiornamento sulla SARS per sottolineare questo aspetto ai colleghi MMG .

➤ Vaccinazione antiinfluenzale: nella campagna di vaccinazione 2003-2004, nei quattro Distretti Sanitari dell'ULSS 20 sono state distribuite circa 90.000 dosi di vaccino, con un aumento di circa 8.000 dosi rispetto all'anno precedente. Questo incremento è sicuramente frutto di una adesione massiccia dei MMG alla campagna promossa dall'ULSS.

ottimi
risultati
contro
l'influenza

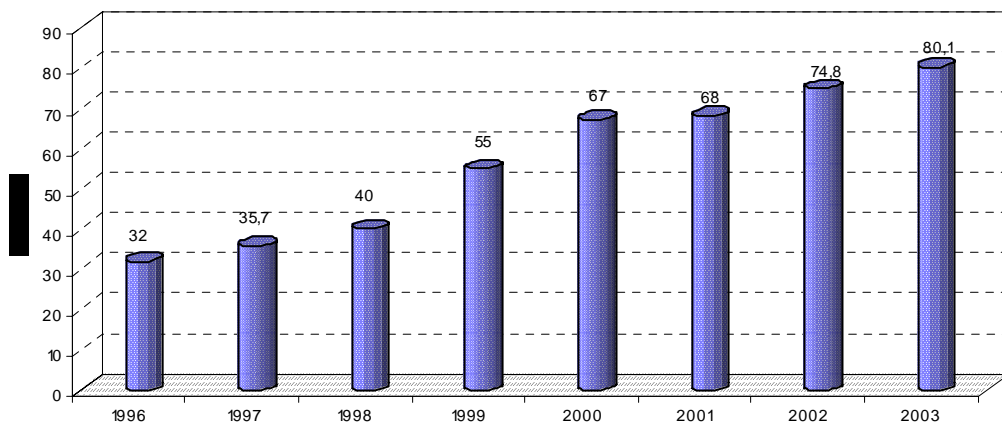
I dati sulla somministrazione nei vari Distretti e dai Medici di Medicina Generale sono stati forniti in maniera incompleta (Graf.3.1.2).

Grafico n° 3.1.2: Dosi di vaccino antinfluenzale somministrate suddivise per soggetti che hanno effettuato la vaccinazione.



Si tratta di un risultato molto buono che si conferma negli anni. Come è evidenziabile dal grafico, l'incremento è stato ottenuto grazie alla formula, utilizzata dal 1999, di affidare ai medici di Medicina Generale il compito di vaccinare i loro assistiti, all'interno di un pacchetto di attività di prevenzione, remunerato a risultato e non a singola prestazione. Come negli scorsi anni, l'intera operazione è stata gestita perifericamente dai Distretti Sanitari.

Graf.n.3.1.3: Vaccinazione antiinfluenzale: percentuale di persone ultra 65enni, vaccinate dal servizio pubblico nei quattro Distretti Sanitari dell'ULSS 20.

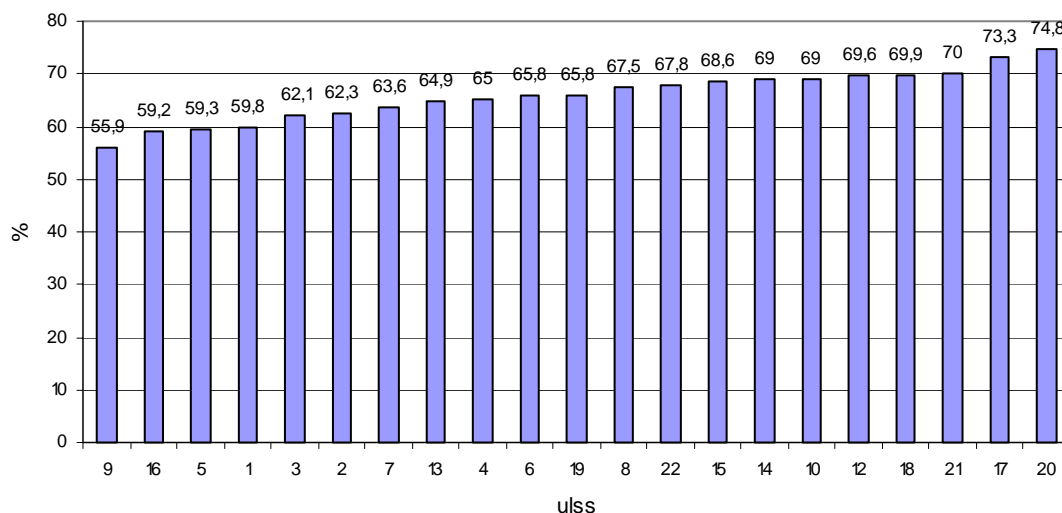


Si stima che per il 2003 la copertura vaccinale delle persone di età ≥ 65 anni sia prossima all'80%, considerando le dosi distribuite dal Servizio Pubblico e quelle distribuite dalle farmacie territoriali dell'ULSS 20; sembra infatti che anche la distribuzione del vaccino nelle farmacie territoriali sia stata superiore a quella dello scorso anno. Si tratta quindi di un risultato molto buono, visto che l'obiettivo indicato dal Ministero è del 75%.

Circa l'80%
di vaccinati

Nel grafico seguente sono riportati i livelli di copertura nelle persone anziane raggiunti nelle varie ulss della nostra Regione nel corso della campagna di vaccinazione 2002-03, così come riferito nel rapporto della Direzione Regionale per la Prevenzione.

Graf.n.3.1.4: Stagione 2002-2003: percentuale di anziani vaccinati per ULSS della Regione Veneto



Se lo scorso anno la campagna antinfluenzale era stata preceduta e accompagnata da un ingiustificato allarmismo, dovuto al fatto che i mezzi di comunicazione annunciavano come imminente una terribile pandemia, anche nel 2003 si è registrata una certa confusione: da un lato veniva consigliata la vaccinazione come misura per ridurre il rischio di malattie febbrili con quadro clinico che potesse far temere la SARS, dall'altro si incoraggiava la vaccinazione antinfluenzale per tutti i bambini di età inferiore a 5 anni.

I due aspetti sono stati affrontati e chiariti durante gli incontri di aggiornamento sulle vaccinazioni con pediatri e personale vaccinatore dei distretti sanitari e nei corsi sulla SARS, con MMG, pediatri di LS e farmacisti territoriali.

➤ Tbc - Nella Regione Veneto nel corso degli ultimi anni si è registrata una incidenza decrescente della malattia tubercolare. Questo, tuttavia, è il risultato di due opposte tendenze: da un lato un marcato decremento tra la popolazione residente (indigena), dall'altro un forte aumento di casi tra gli immigrati, che nell'arco di tempo 1996- 2000 sono aumentati di oltre il 100%, arrivando (nel 2000) a rappresentare circa un quarto dei casi totali notificati.

TBC
decescente

La diversa distribuzione della malattia fra italiani e immigrati rispecchia la differente storia naturale della malattia: infatti, negli immigrati la tubercolosi è prevalentemente un'infezione contratta nei paesi di origine, ad alta endemia, che si manifesta come malattia conclamata dopo un periodo più o meno breve dall'arrivo in Italia, vivendo in condizioni disagiate.

Indigeni e
immigrati

Nella nostra ulss il rapporto tra residenti e immigrati mette in evidenza una incidenza ancora maggiore tra gli stranieri: nel 2003 (dati incompleti) sono stati notificati 61 casi

totali di TBC, dei quali 31 in residenti e 29 in stranieri; nel corso del 2002 erano stati segnalati 67 casi complessivi di tubercolosi, 33 in cittadini italiani, 34 in stranieri: di questi ultimi, 19 erano stranieri regolari, 7 irregolari STP, cioè stranieri temporaneamente presenti in Italia, 8 stranieri senza fissa dimora; per questi ultimi non è stato possibile effettuare i controlli ai conviventi o a coloro che avevano avuto un contatto potenzialmente idoneo per la trasmissione della malattia.

I dati regionali relativi al 2000 dimostrano come gli accertamenti preventivi nella popolazione immigrata abbiano consentito di identificare, con l'attività di screening, solo 3 casi su 121 notificati in tutta la regione.

Dalla valutazione dei casi di tubercolosi del 2003 della nostra ulss si possono trarre, tuttavia, anche alcune considerazioni incoraggianti:

primo, sono stati rarissimi (uno soltanto) i casi nei cosiddetti stranieri senza fissa dimora: questo potrebbe significare un miglioramento della regolarizzazione degli immigrati e quindi una "emersione" del fenomeno immigrazione;

secondo, in un caso di TBC in cittadino cinese si è avuta una completa collaborazione da parte di tutta la "comunità" coinvolta, che ha consentito di sottoporre a controllo sia i conviventi che i contatti che si erano trasferiti in altre città poche settimane prima del ricovero del malato. Inoltre, in questo caso specifico è stato possibile attuare la gestione del malato a domicilio, con controllo dell'adesione alla terapia effettuato dal personale sanitario del Distretto Sanitario, in collaborazione con lo specialista ospedaliero.

Questi elementi smentiscono un nostro timore di scarsa collaborazione da parte delle comunità straniere, in particolare quella cinese, timore che ci aveva colti in occasione dell'epidemia di SARS.

Tab.n.3.1.1: Casi di Tubercolosi

Anno	Indigeni	Immigrati regolari	Immigrati irregolari	Immigrati senza fissa dimora	totali
2002	33	10	3	4	50
2002	33	19	7	8	67
2003	31	18	11	1	61

Tab.n.3.1.2: Tubercolosi negli immigrati

2001	Est Europa	Africa	Asia	Sud America
Senza fissa dimora	1	3		
Irregolari	2	1		
Regolari	1	4	4	1

2002	Est Europa	Africa	Asia	Sud America
Senza fissa dimora	4	4		
Irregolari	2	4		
Regolari	2	13	2	2

2003	Est Europa	Africa	Asia	Sud America
Senza fissa dimora	1	0	-	-
Irregolari	6	4	1	
Regolari	2	10	5	1

➤ SARS: mentre gli epidemiologi di tutto il mondo erano in stato di allerta per la sorveglianza su eventuali nuovi virus influenzali, l'OMS nel proprio bollettino settimanale (*Weekly Epidemiological Record*) del 14 febbraio 2003 riportava la notizia che i funzionari della sanità della provincia di Guandong (sud Cina) avevano segnalato 305 casi con 5 decessi dovuti ad una *sindrome respiratoria acuta* e comparsi tra il 16 novembre 2002 e il 9 febbraio 2003; in particolare veniva sottolineato che non era stato isolato nessun virus influenzale. Infatti in quel periodo (e anche nei mesi precedenti) l'attenzione degli epidemiologi era rivolta al controllo di una temuta pandemia influenzale che era paventata da alcuni anni (ne è dimostrazione anche il "*Piano italiano multifase d'emergenza per una pandemia influenzale*", approvato dal Ministro della salute nel marzo del 2002). La settimana successiva, 21 febbraio 2003, il bollettino OMS riportava con maggiore risalto l'isolamento di un virus H5N1 da un bambino di 9 anni che da Hong Kong si era recato nella provincia di Fujian, sempre in Cina. Questo virus aveva causato la morte di un uomo di 33 anni e della figlia di 8, mentre si erano ripresi il ragazzo di 9 anni e la madre; nello stesso bollettino veniva individuato nella Clamydia l'agente eziologico della sindrome respiratoria acuta.

Una nuova
malattia

Solo il 14 marzo si segnalava l'importanza di questa nuova epidemia, che nel frattempo dalla provincia di Guandong si era diffusa ad Hanoi (circa 20 casi) e ad Hong Kong (circa 50 casi sospetti). Il 21 marzo l'OMS comunicava che i paesi interessati erano diventati 8 (tra i quali Viet Nam, Hong Kong, Singapore, Taiwan, Canada), con 264 casi sospetti o probabili e 9 decessi: in quella occasione si aveva la prima definizione di caso, sospetto e probabile, e la descrizione del quadro clinico.

Il merito di questo allarme veniva riconosciuto al dott. Carlo Urbani, medico OMS in Viet Nam, che il 28/2/03 aveva segnalato all'Ufficio Regionale OMS Western Pacific diversi casi di polmonite atipica nell'ospedale francese di Hanoi, dove aveva prestato assistenza. Questa epidemia cominciò ad interessare l'Europa il giorno 15/3/03, quando l'OMS intervenne per bloccare all'aeroporto di Francoforte un medico di Singapore, che aveva curato pazienti con polmonite atipica nel proprio paese, e lo isolò in ospedale. In Italia il primo caso sospetto comparve con i primi sintomi il 12 marzo e venne segnalato all'OMS il 21 marzo; l'ultimo caso probabile esordì il 20 aprile. In Italia i casi sospetti totali sono stati 9, dei quali solo 4 confermati come probabili: 1 donna e 3 uomini, tutti casi importati. In Europa sono stati registrati 34 casi totali, con il decesso di un medico francese.

Il Dott.
Carlo Urbani

Alla fine dell'epidemia i casi totali nel mondo sono stati 8.098 con 774 decessi e un tasso di mortalità del 9,6%: fra questi 1.707, con 21 decessi, sono comparsi in operatori sanitari. L'epidemia di SARS è stata oggetto di campagne informative insistenti da parte dei mezzi di comunicazione, nelle quali rappresentava spesso l'elemento di maggior rilievo; e ha suscitato notevole ansietà per effetto della pericolosità e scarsa conoscenza della malattia a fronte della sensazione di una inadeguatezza delle strutture sanitarie (giustificata o no). Questo ha favorito la realizzazione di varie iniziative locali o regionali, autonome, con la predisposizione di protocolli regionali diversi.

Anche nella nostra regione sono stati organizzati dapprima alcuni incontri a livello regionale e locale per illustrare le modalità di protezione in caso di eventuale contatto con casi sospetti o probabili di SARS. Successivamente è stato istituito un Coordinamento interregionale per il controllo delle malattie infettive che ha predisposto il materiale informativo e didattico: nella nostra ulss sono stati realizzati alcuni corsi di formazione (accreditati ECM) per il personale sanitario delle aziende ulss (3 corsi) e ospedaliere,

compresi i medici di medicina generale (2 corsi) e i pediatri di libera scelta (un corso), servizi di emergenza (3), farmacisti (2).

Questi corsi si sono rivelati utili non solo in previsione di una eventuale ricomparsa della temuta SARS, ma soprattutto per la verifica di una corretta applicazione, nella pratica quotidiana, sia delle misure di protezione standard che di quelle più specifiche.

Questa epidemia, inoltre, ha evidenziato la necessità di disporre di un mezzo che consenta la trasmissione di informazioni corrette e aggiornate in tempi brevi a tutti i medici di famiglia e pediatri: questo è realizzabile attraverso la posta elettronica e richiede pertanto che tutti i colleghi del territorio siano dotati dello strumento informatico, preferibilmente in rete con l'azienda ulss.

➤ Piscine: nel mese di gennaio la Conferenza permanente Stato - Regioni ha approvato il nuovo Accordo sugli aspetti igienico - sanitari per la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine ad uso natatorio. In realtà sono stati definiti i criteri per la classificazione delle piscine e i parametri chimici, microbiologici e ambientali per una corretta gestione delle piscine, ai fini della tutela igienico - sanitaria e della sicurezza. Questo accordo è stato recepito con deliberazione regionale il 20 maggio e, nel Veneto, è entrato in vigore il 4 giugno.

Auto-controllo

Sono stati modificati i limiti di alcuni parametri, ne sono stati introdotti di nuovi, tuttavia la novità più rilevante riguarda l'introduzione dei "controlli interni" che sono affidati al responsabile della piscina e che devono essere condotti secondo protocolli di gestione e di auto - controllo: il gestore deve cioè redigere un "documento di valutazione dei rischi, in cui sia considerata ogni fase che potrebbe rivelarsi critica nella gestione dell'attività".

Inoltre, alla Regione viene affidato il compito di elaborare specifiche disposizioni per la disciplina delle caratteristiche strutturali delle piscine e in materia di sanzioni per il rispetto dei parametri fissati.

➤ Profilassi internazionale: Nel corso del 2002 era stata registrata una leggera flessione dell'attività, rispetto all'anno precedente, con una riduzione degli accessi nel primo semestre del 2002, ma una marcata ripresa nel secondo semestre: quasi sicuramente i noti eventi internazionali del settembre 2001 avevano provocato una sensibile riduzione dei viaggi internazionali per circa nove mesi.

Nel 2003 l'attività dell'ambulatorio per i viaggiatori internazionali ha mostrato una ulteriore ripresa, che ha interessato prevalentemente l'ultimo trimestre dell'anno: il numero di accessi totali all'ambulatorio è stato di 5.790 persone. Anche in questo anno i grandi eventi internazionali (l'epidemia di SARS in Oriente, la paura di attacchi terroristici e lo scoppio della guerra in Iraq) hanno influito negativamente sui viaggi per turismo o lavoro soprattutto nel corso del primo semestre dell'anno.

L'epidemia di SARS ha determinato notevole allarmismo con continue richieste di informazioni: molti viaggiatori hanno annullato viaggi già programmati verso paesi orientali, quali la Thailandia, la Cina, e il Vietnam, altri hanno cambiato destinazione, per recarsi verso mete ritenute più sicure.

Negli ultimi mesi dell'anno si è registrato comunque una maggiore richiesta di prestazioni per viaggi internazionali anche per motivi di turismo e di consulenza sui paesi a minor rischio sanitario.

Tab.n.3.1.3: Prestazioni di profilassi internazionale.

Anno	n° vaccinazioni	n° viaggiatori	n° accessi
1997	6.587	3.000	3.477
1998	8.918	3.791	4.270
1999	10.498	3.968	4.511
2000	8.131	3.660	3.974
2001	7.002	3.359	5.253
2002	6.921	3.744	4.929
2003	7.177	3.728	5.790

Per quanto riguarda i casi di malaria sia nel Veneto che nella nostra ULSS si è assistito negli anni ad un lieve incremento; nella nostra ULSS negli ultimi due anni si è registrata una lieve diminuzione (Tab.n.3.1.4). I casi di malaria in questi ultimi anni riguardano quasi esclusivamente immigrati che rientrano nel loro paese per visitare i parenti e i missionari o i volontari che vivono nelle missioni per molto tempo in situazioni meno confortevoli. Dalle schede di notifica risulta che questi soggetti non hanno effettuato la chemiopprofilassi antimalarica o l'hanno effettuata in modo incompleto o inadeguato per il paese visitato.

Tab.n.3.1.4: I casi di malaria nel Veneto e nella ULSS 20: anni 1993-2003

Anno	Veneto		ULSS 20
	N° casi	N° decessi	N° casi
1993	137	0	24
1994	174	0	22
1995	224	1	22
1996	223	0	30
1997	202	3	33
1998	269	4	48
1999	267	1	42
2000	228	0	33
2001	236	2	45
2002	n.d.	n.d.	30
2003	n.d.	n.d.	31
Totale	1960	11	360

Tab.n.3.1.5: Distribuzione dei casi di malaria in residenti della ULSS 20: anni 2001-2003

Categorie di viaggiatori	2001	2002	2003
Immigrati	33 (5 bambini)	26 (4 bambini)	19 (1 bambino)
Missionari/Volontari	9	4	8
Lavoratori	0	0	4
Turisti	3	0	0
Totale	45	30	31

Tab.n.3.1.6: Modalità di esecuzione della chemiopprofilassi nei soggetti con malaria: anni 2001-2003

Chemioprofilassi	2001	2002	2003
Nessuna	42	29	17
Scorretta/incompleta	3	1	4
Non specificato			10
Totale	45	30	31

Da un'indagine condotta nel 2002 presso i 22 Centri per i viaggiatori internazionali della Regione era emersa la necessità di un'accurata e costante formazione degli operatori sanitari degli ambulatori di medicina del viaggiatore e di aggiornamento del materiale informativo.

**Formazione
a distanza**

Nel corso dell'anno è stato realizzato un corso di formazione "a distanza" sulla malaria per gli operatori sanitari degli Ambulatori dei Viaggiatori Internazionali della Regione, che era in fase di allestimento dallo scorso anno. Il corso è stato sviluppato in 3 momenti formativi: un primo incontro in aula informatica per illustrare le modalità di utilizzo della piattaforma informatica; il corso vero e proprio a distanza, tramite internet; un secondo incontro in aula, conclusivo: al corso hanno partecipato 25 medici e 30 ASV dei vari centri delle ulss venete.

In questa fase è stato possibile accreditare solo gli incontri residenziali effettuati all'inizio e al termine del corso.

Questa prima esperienza di attività formativa a distanza è stata accolta con grande soddisfazione da parte di tutti, sia partecipanti che organizzatori. Questo aggiornamento è stato sfruttato anche per presentare e approfondire l'uso di un nuovo farmaco antimalarico, atteso da molti mesi, e che si propone come valida alternativa per i viaggi nei paesi endemici per malaria da *plasmodium falciparum* clorochino - resistente.

Il nostro Centro di Riferimento Regionale per i Viaggiatori Internazionali ha provveduto all'aggiornamento dell'opuscolo informativo "Viaggiare in Salute" e ne ha curato la distribuzione a tutti gli ambulatori della Regione che si occupano di medicina del viaggio. L'opuscolo viene consegnato e illustrato, dal personale sanitario, ai viaggiatori che si recano negli ambulatori vaccinali per la consulenza prima di effettuare il viaggio.

E' continuato l'invio agli operatori dei centri regionali per i V.I., delle informazioni sanitarie e delle notizie sulle epidemie che riceviamo dalla Ditta C.D. Conseil - Parigi ("Edisan"); l'invio avviene per posta elettronica, dopo traduzione dal francese. Ciò permette agli operatori sanitari addetti alla medicina del turismo un aggiornamento continuo e fornisce le indicazioni da attuare nell'attività quotidiana (consulenza e vaccinazioni).

**Incidenti
in calo**

➤ **Infortuni:** Dal gennaio 1998 è stato predisposto un protocollo sulle misure profilattiche da adottarsi in caso di incidente a rischio biologico dei dipendenti della nostra ULSS.

Dal 1999 stiamo poi collaborando con il Centro di Coordinamento Studio Italiano rischio Occupazionale da HIV dell'Ospedale L. Spallanzani di Roma.

Nel corso degli anni i dati sugli incidenti occupazionali mostrano un andamento in calo: sicuramente vi è una maggiore sensibilizzazione all'utilizzo dei mezzi di protezione da parte degli operatori. Si ha, tuttavia, l'impressione che non tutti gli incidenti occupazionali a rischio biologico siano segnalati (in Italia si stima una sottototifica del 30%). E' necessario,

pertanto, porre sempre maggiore attenzione a questi eventi facilitando, quanto più possibile, le segnalazioni da parte degli operatori infortunati.

Si sta inoltre provvedendo ad un aggiornamento del protocollo per la gestione delle esposizioni occupazionali negli operatori sanitari, attualmente utilizzato, alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche disponibili.

Tab.n.3.1.7: Incidenti in operatori sanitari dipendenti ULSS 20, divisi per anno.

Anno	Puntura	Contaminazione	Totale
1999	69	18	87
2000	48	12	60
2001	51	15	66
2002	49	8	57
2003	42	18	60

Nella primavera del 2003 è stato condotto uno studio, in collaborazione con il Centro di Coordinamento SIROH, sulla prevalenza del disturbo post traumatico da stress, sull'adesione alla profilassi post esposizione e sul gradimento della gestione dell'incidente negli operatori sanitari esposti a rischio sanitario da patogeni ematici. A tal proposito nel nostro centro sono state contattate 31 persone alle quali è stato somministrato, in anonimato, un questionario; che poi è stato inviato per l'elaborazione dei dati all'Ospedale Spallanzani. I risultati non sono ancora disponibili.

➤ **Bioterrorismo:** un allarme, rapidamente rientrato, per una lettera inviata al Sindaco di Verona in agosto e contenente polvere sospetta, ha permesso di valutare la rapidità di risposta del nostro sistema di allerta che prevede i tecnici di igiene reperibili 24 ore su 24. Questo tipo di organizzazione consente di attivare rapidamente anche la rete regionale in caso di malattie ad elevata contagiosità.

PERSONALE DELL'UFFICIO:

Bonomi Anna Lidia, Liera Chiara, Napoletano Giuseppina, Poli Fabrizio, Tognon Lucrezia, Trevisan Laura, Zivelonghi Giambattista.

3.2 Ufficio Igiene Edilizia e delle Strutture Collettive

Questa struttura è impegnata nello svolgimento di attività e prestazioni di tipo sanitario ed in attività di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività.

Tra le prime rientrano tutti i pareri e le certificazioni espresse in ambito edilizio, le seconde comprendono gli ambiti urbanistici, ambientali e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative.

A grandi linee l'attività può essere così schematizzata:

a) attività di igiene edilizia:

- pareri edilizi e attività di certificazione
- pareri su strutture residenziali e produttive

b) igiene urbana e ambientale:

- il contributo dato nell'ambito del piano strategico al Comune di Verona
- l'attività svolta nell'ambito del disagio abitativo
- pareri per bonifiche, discariche ecc.

c) tutela delle collettività

- strutture socio sanitarie, socio-educative e socio-assistenziali
- scuole nidi

d) prevenzione delle malattie non infettive

- problematiche sanitarie connesse all'assetto urbanistico e all'inquinamento ambientale
- prevenzione intossicazioni da Co
- prevenzione dei traumi da incidenti stradali
- promozione dell'attività motoria

a) Attività di igiene edilizia

Come si evidenzia dalla tabella il numero dei procedimenti inerenti l'attività edilizia è stato cospicuo.

Tab.n.3.2.1: Principali attività svolte dall'Ufficio igiene edilizia

	Anno 2002	Anno 2003
Pareri sull'agibilità di locali di pubblico spettacolo	75	43
Pareri su progetti di edilizia civile art.220 TULLSS (n° unità catastali)	7.210	6.686
Pareri progetti insediamenti industriali artigianali-direzionali	691	461
Pareri su progetti di opere pubbliche	134	126
Pareri su strutture socio-sanitarie (n° locali)	1.550	1.400
Controllo e vigilanza sull'abitato	694	1.111
Pareri su piani regolatori e strumenti urbanistici	8	12
Assistenza sull'applicazione di norme (n° incontri)	1.840	2.100
Pareri allo sportello unico per attività produttive	112	154
Pareri attinenti a piani di bonifica e altre problematiche ambientali		50

Per quanto riguarda i pareri edilizi complessivamente sono stati introitati 183.922 € contro i 176.490 € dell'anno precedente, nonostante si sia registrata una modesta diminuzione complessiva del numero di pareri richiesti. Questa diminuzione si ritiene sia dovuta all'entrata in vigore l'1.7.2003 del DPR 06/06/01 n. 380 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia".

Il DPR 380 consente l'autocertificazione circa il possesso dei requisiti igienico-sanitari da parte del professionista: era pertanto prevedibile un calo delle richieste di parere al momento della sua entrata in vigore, anche se il ricorso all'autocertificazione è stato inferiore a quello preventivato.

Nuovo protocollo NIP (Nuovi Insediamenti Produttivi) e simili

Le procedure attivate nell'ambito del Dipartimento prevedono che per la maggior parte dei progetti siano esaminati esclusivamente dal personale tecnico del SISP con notevole snellimento dell'iter istruttorio. L'esame congiunto delle pratiche viene effettuato solamente nei casi in cui siano previsti interventi di ampliamento riguardanti lavorazioni industriali a rischio o nuovi insediamenti produttivi a destinazione nota. Anche negli altri casi è stato tuttavia necessario preliminarmente concordare con lo SPISAL la valutazione delle norme tecniche specifiche in modo da garantire una uniformità di valutazione su varie problematiche

Sono diventate operative nel corso dell'anno le linee di indirizzo concordate con l'ULSS 21 per la realizzazione di alloggi per lavoratori stagionali in ambito rurale. Dette linee di indirizzo sono state trasmesse a tutti i Sindaci e alla Direzione regionale per la prevenzione con la speranza che l'indicazione di parametri di riferimento trasparenti potesse favorire l'allestimento di alloggi idonei per questi lavoratori. In realtà nel corso del 2003 sono stati pochissime le richieste di parere inerenti alloggi per i lavoratori stagionali e questo fa presupporre che tali lavoratori continuino ad essere interessati da situazioni abitative precarie.

Alloggi per
lavoratori
stagionali

Sportello Unico Edilizia (SUE) e per le Attività Produttive (SUAP)

L'attivazione dello sportello unico per l'edilizia (SUE) è avvenuto solamente nei Comuni di Verona, S. Martino Buon Albergo e Tregnago. Si sta avviando nei comuni l'adozione della prassi dell'autocertificazione dei progetti di cui all'art. 20 comma 1 del citato decreto 380 ma spesso per i progetti di edilizia, ai fini del rilascio del permesso di costruire o del certificato di agibilità, lo sportello unico del comune acquisisce comunque il parere dell'ASL ritenendo che esistano i presupposti per l'autocertificazione.

Diversa la casistica dei progetti riguardanti edifici ad uso non residenziale. Per questi edifici è stato attivato lo sportello unico per le attività produttive (SUAP) nei Comuni di Verona, S. Martino B.A., San Bonifacio, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella e Zimella. In questo ambito sembra che la stragrande maggioranza delle richieste necessiti ancora del parere preventivo rilasciato dall'ASL, che viene acquisito direttamente dal Comune. Anche in questo caso vale la procedura del "Testo unico" e la domanda per il rilascio del permesso di costruire va presentata allo sportello unico del comune che cura l'istruttoria fissando i termini e i tempi della chiusura del procedimento e acquisisce avvalendosi dello sportello i vari pareri di competenza tra i quali quello dell'ASL.

Per queste tipologie di progetti nei pochi casi dove i professionisti autocertificano, si è constatato che il responsabile del procedimento del comune quasi sempre richiede una conferma alla rispondenza alla normativa.

L'introduzione di questa nuova procedura comporta una organizzazione e un coordinamento efficace tra i vari servizi interessati ad esprimere il parere di competenza, oltre che un

Poche le
attivazioni

rigoroso iter procedurale per mantenere il rispetto dei tempi. Sono infatti previsti tempi ristretti sia per la richiesta di documentazione integrativa (può essere fatta una sola volta ed entro max 10 giorni dalla data della richiesta).

Come evidenziato dalla tabella la maggior parte dei pareri per i nuovi insediamenti produttivi (NIP) sono stati richiesti direttamente dagli utenti adottando le procedure normali. Nel corso del 2003 si è comunque registrato un aumento dei pareri richiesti mediante lo sportello unico.

b) Igiene Urbana e Ambientale

Piano strategico e indicazioni programmatiche generali

Nel Comune di Verona è in fase di realizzazione il piano strategico. Questa opportunità che attraverso vari interventi (utilizzo delle aree dismesse della città, potenziamento della presenza dell'Università, apprestamento di moderni mezzi di trasporto pubblico, riassetto della grande viabilità, ingresso di nuove culture, orientamento extra regionale ed anche extra nazionale di alcune "vocazioni") si propone di far convivere fra loro le varie vocazioni portando ad un miglioramento della qualità della vita anche nelle aree già degradate, deve essere sfruttata tenendo conto non solo degli aspetti economici ma anche delle possibilità concrete di migliorare la "salute" della città.

Viabilità

In alcune zone della città in modo permanente (in altre occasionalmente) un buon livello di vivibilità appare compromesso soprattutto in relazione ai problemi connessi alla viabilità (con conseguenze sulla sicurezza e sull'inquinamento atmosferico ed acustico) e alla presenza di importanti centri attrattori di traffico (in particolare di tipo commerciale e di servizi) nel tessuto urbano. In altre zone circoscritte della città a questi problemi si aggiungono situazioni di degrado urbanistico e sociale che compromettono pesantemente la qualità della vita e di conseguenza il benessere dei residenti.

Degrado urbano

La promozione della salute ed il contrasto dei fattori di rischio rappresentano i compiti istituzionali di questo Dipartimento di prevenzione ed è sotto questo punto di vista che sono state formulate alcune considerazioni sulle principali criticità a forte rilevanza sanitaria, nella speranza che esse si possano tradurre in indicazioni per migliorare lo stato di salute dell'agglomerato urbano.

Invecchiamento e stili di vita

L'invecchiamento della popolazione è ormai, nella nostra città e nel nostro Paese, un processo di entità e di proporzioni tali da dover essere fronteggiato non tanto e non solo dalla organizzazione sanitaria ma ben più complessivamente e su più versanti dall'intera organizzazione sociale.

Uno di questi versanti, probabilmente il più importante dal punto di vista dei possibili risultati, è quello di attrezzare strutturalmente e culturalmente la città a promuovere stili di vita (in particolare in merito ad una costante e generalizzata attività motoria) che hanno dimostrato di riuscire a garantire un maggior livello di autonomia alla popolazione anziana.

Aumentare il Capitale Sociale

Caratteristica di questo tipo di interventi è (secondo la nostra esperienza ma anche secondo i documenti ufficiali dell'OMS) la costruzione o l'incremento del Capitale Sociale della città e dei quartieri dove queste attività vengono organizzate vale a dire di un tessuto prezioso anche per la vita democratica nel suo complesso oltre che per altre attività di prevenzione.

L'insieme di questo tipo di attività può essere riassunto in:

- interventi di riprogettazione urbanistica della città e del suo hinterland:
- riduzione del traffico automobilistico
- esclusione del traffico dal centro storico

- riutilizzo dei circuiti delle mura di fortificazione per l'apertura di percorsi attrezzati per l'attività motoria.
- individuazione di percorsi di cammino all'interno dei quartieri che siano liberi da auto o poco trafficati utilizzando aree finora escluse come parte delle mura della città ma anche strade interne di quartiere riqualificate.
- individuazione di percorsi ciclabili liberati dal traffico che colleghino fra loro le varie zone della città e la città con le zone circostanti
- dotazione di un numero sufficiente di palestre che consentano l'attività motoria al coperto durante il periodo invernale).
- interventi di tipo organizzativo e culturale:
- organizzazione di un centro di coordinamento e promozione di questo tipo di attività all'interno della conferenza dei sindaci della ULSS
- coinvolgimento programmatico delle associazioni di volontariato a sfondo culturale (tipo Lega Ambiente) o sociale (tipo AUSER, Università della Terza Età, circoli di quartiere)
- coinvolgimento di realtà economiche e commerciali in funzione di sponsor.

Problemi connessi alla nuova immigrazione

La progressiva richiesta da parte della nostra società di lavoratori da adibire ad attività produttive non più appetite dalla popolazione indigena ha condotto e condurrà ad un importante flusso migratorio di lavoratori extracomunitari. Nel 2003 sono stati autorizzati 79.500 ingressi per lavoratori extracomunitari sul territorio nazionale; nel 2004 solo quelli stagionali già autorizzati sono 50.000, 8.000 dei quali destinati al Veneto. Questo fenomeno comporta la necessità che la città affronti adeguatamente i problemi che questa nuova importante presenza presenta con l'obiettivo di ridurre le tensioni e i momenti di squilibrio. I principali problemi da affrontare riguardano, dal nostro punto di vista, la necessità di reperire alloggi e spazi appositi per le specifiche esigenze culturali di queste etnie oltre che, naturalmente, di garantire uguali opportunità e diritti compreso il diritto alla salute.

8.000
ingressi

Altrettanto importante è l'adeguamento del sistema educativo non solo per venire incontro ad alcune caratteristiche ed esigenze specifiche ma soprattutto per favorirne l'integrazione.

Alloggi per immigrati

La richiesta insoddisfatta di alloggi salubri da parte di alcuni immigrati regolari e l'offerta distorta di quelli disponibili con il conseguente inevitabile sovraffollamento sono tali da richiedere un intervento complessivo di governo anche per evitare situazioni radicate di sfruttamento e di ghettizzazione.

Carenza di
alloggi

Il mancato governo del fenomeno migratorio e abitativo, oltre a causare fenomeni di degrado sociale, può avere anche importanti conseguenze sanitarie anche nel caso in cui si utilizzino ripari precari e privi di caratteristiche minimali.

Parecchie centinaia di persone senza fissa dimora ad esempio vivono in vari edifici e/o aree occupati abusivamente in assenza di qualsiasi garanzia di tipo igienico.

La situazione più critica e degradata sotto questo aspetto è stata quella riscontrata nell'area delle ex Cartiere non solo per il numero enorme di persone che vi dimoravano abitualmente -si calcola oltre 500- ma anche per le problematiche di ordine pubblico connesse. Numerosi sono i sopralluoghi che sono stati effettuati da questo servizio e per accertare autonomamente la situazione igienico-sanitaria dell'area e per rispondere alle richieste delle autorità competenti (Autorità Giudiziaria, Autorità Sanitaria, Autorità di Governo) e numerose le relazioni e le proposte trasmesse. L'assenza di acqua potabile, di servizi igienici, di reti fognarie, di servizi di asportazione dei rifiuti e talvolta di un riparo stabile contro le intemperie configuravano una situazione che sembrava scomparsa fin dal

Ex Cartiere

dopoguerra, in contrasto con le minime regole igieniche fissate dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934.

Per quanto riguarda l'area ex Cartiere ed altre simili il Servizio ha proposto all'Autorità Sanitaria l'adozione urgente di provvedimenti a tutela della salute pubblica ed in particolare:

- asportazione immediata dei rifiuti, degli escrementi e dei ristagni presenti nell'area con contestuale bonifica igienica della stessa;
- eliminazione mirata dei focolai di infestanti (topi, zanzare, mosche e quant'altro);
- demolizione degli edifici pericolanti, sgombero dell'area ed interdizione all'ulteriore ingresso di persone.

E' stata avviata la bonifica igienica dell'area (non ancora conclusa) ed è stato avviato anche il riassetto urbanistico dell'area che dovrebbe comportare una soluzione definitiva dei problemi di cui sopra

Altre zone di insediamenti abusivi

Il censimento che è stato fatto dal personale del Servizio ha permesso di evidenziare che in condizioni simili a quelle delle ex Cartiere vivevano almeno altre 250 persone anche se il dato è probabilmente largamente sotto stimato perché riguarda solo i casi effettivamente rilevati. Alcune di queste aree sono state avviate anch'esse alla bonifica definitiva: alto S. Nazaro quartiere Veronetta, ex Centrale del latte in Z.A.I.

Sembra al di là dall'essere risolto il problema delle esigenze abitative dei lavoratori immigrati nella nostra città più che in altre del Veneto, come risulta dalla tabella seguente.

Tab.n.3.2.2: Concessione di contributi alle imprese del Veneto per interventi a favore dell'accesso all'alloggio dei lavoratori extracomunitari. Imprese beneficiarie per provincia e risultati degli interventi

Provincia (sede di attività dell'impresa)	n. imprese ammesse a contributo	Posti letto/giorno resi disponibili dal progetto	
		Complessivi	di cui per familiari
Belluno	2	12.056	9.864
Padova	14	80.190	29.555
Treviso	18	74.736	37.547
Venezia	1	9.384	0
Verona	4	3.945	0
Vicenza	22	89.629	31.520
Veneto	61	269.940	108.486

Fonte: elaborazione dati Regione Veneto 2003

I nomadi

Un'altra fascia di popolazione che spesso presenta problematiche simili a quelle già descritte in precedenza è quella dei nomadi. E' stato avviato un censimento da cui è risultato che i nomadi sono circa 800. Circa la metà di questi vivevano in condizioni estremamente precarie in quanto si trattava in genere di insediamento spontanei estemporanei che non fornivano idonee garanzie sotto il profilo igienico-sanitario e della sicurezza. Per questi è stato necessario non solo proporre provvedimenti per migliorare la condizione igienica ed ambientale ma anche avviare un iter di garanzia per l'assistenza sanitaria in modo da permettere a queste persone di usufruire di prestazioni di tipo sanitario, preventivo e adottare misure di tipo profilattico, in particolare per quanto attiene le vaccinazioni obbligatorie. E' prevista anche l'attivazione della sorveglianza scolastica. E' stato richiamata alle autorità competenti la necessità di rispettare la normativa regionale che prevede una serie di misure a tutela dei Rom e dei Sinti, compreso l'obbligo di individuare nel piano territoriale provinciale i Comuni e le aree idonee alla sosta. La programmazione di idonei interventi concordati a livello inter e sovra comunale è

necessaria per risolvere i molti problemi connessi ad insediamenti abusivi e insediamenti allestiti in condizioni di emergenza. Indipendentemente dalle strategie generali che devono essere previste resta comunque il problema di come affrontare le situazioni di emergenza. Le situazioni di maggior precarietà sono state eliminate dal Comune che ha individuato delle soluzioni che pur provvisorie erano accettabili dal punto di vista igienico-sanitario.

Esigenze culturali

Al di là delle esigenze abitative, gli immigrati presentano una serie di esigenze di tipo religioso/culturale che devono essere affrontate. Si tratta della necessità di individuare aree da destinare alla celebrazione di specifici culti o alle loro particolari esigenze di tipo alimentare (ad es. la macellazione).

Esigenze religiose

La mancata attenzione a questi aspetti non annulla, ovviamente, queste esigenze che vengono così soddisfatte con modalità tali da risultare igienicamente o culturalmente inaccettabili dal resto della popolazione. Nel territorio del Comune di Verona si sono già verificate delle situazioni critiche per l'utilizzo come luogo di culto di alcuni scantinati situati in condomini ad uso residenziale. Le problematiche di tipo igienico-sanitario sono connesse alla presenza di rumorosità eccessiva dovuta sia ai comportamenti durante le funzioni religiose sia alla presenza di persone negli spazi comuni del condominio sia al traffico indotto.

Dall'esperienza fin qui avuta sembra difficile conciliare l'attivazione di luoghi di culto di questo tipo con la necessaria salvaguardia delle esigenze di vivibilità delle abitazioni confinanti.

Ambiente urbano degradato

Ci si riferisce al problema del degrado del patrimonio edilizio (che coinvolge non solo strutture edilizie private ma anche ma anche edifici pubblici come le scuole) e alla carenza di spazi verdi.

Alcune zone presentano marcate carenze di spazi verdi o in termini assoluti o in termini di fruibilità degli stessi e ciò contribuisce a peggiorare notevolmente la qualità della vita nell'ambiente urbano.

Carenza di spazi verdi

La riqualificazione dello spazio urbano se in alcune zone consente progetti ambiziosi proiettati nel futuro si rivela più circoscritto ma indilazionabile in alcune parti di città.

Di questo abbiamo alcuni esempi che, pur essendo di dimensioni limitate, possono infatti riguardare anche un solo condominio come il caso della casa albergo di Veronetta, costituiscono un problema meritevole di essere affrontato dagli organi pubblici locali con decisione e con modalità di intervento interdisciplinari anche mutuando esperienze già condotte in altre città.

Traffico urbano

L'inquinamento atmosferico della città (che vede nel traffico veicolare la sua causa principale) comporta un costo pesante, ogni anno, in termine di salute della popolazione. Le attuali concentrazioni aeree di polveri sottili comportano, infatti, ipotizzabile, sulla base dei criteri di stima largamente accettati dalla comunità scientifica, un sensibile incremento della mortalità ed incrementi delle patologie cardio-respiratorie.

Incremento della mortalità e delle patologie cardio-respiratorie

Questa situazione impone un ripensamento nell'organizzazione della città prevedendo anche lo spostamento dal centro storico dei grandi attrattori di traffico (l'ospedale di Borgo Trento, alcune delle scuole medie superiori inserite in zone non in grado di sopportare il loro impatto, l'acciaieria Riva).

Tra le scelte viabilistiche è opportuno individuare le priorità sulla base di analisi e studi di fattibilità che andranno strettamente correlate con il sistema della mobilità pubblica

(tramvia e autobus) con il piano della sosta, con l'estensione delle zone pedonalizzate e a traffico limitato e con i percorsi delle piste ciclabili.

Va favorita in un contesto generale di città più sicura e vivibile per tutti l'individuazione di un sistema di percorsi protetti per le fasce deboli della popolazione (soprattutto per i trasferimenti casa-scuola dei bambini) ed aree a traffico ridotto riservate al cammino. Importante l'attuazione di progetti e di azioni volti alla fruizione degli spazi da parte dei bambini e dei disabili.

Siti industriali

Sono presenti pochi ma significativi siti industriali inquinanti (industrie insalubri) all'interno del contesto abitativo, prime fra tutte l'acciaieria Riva: per la quale va programmata, visto l'impatto urbanistico sulla viabilità, la delocalizzazione.

Alcuni degli interventi e dei progetti che sono già in fase di attuazione da parte del Dipartimento si inseriscono già negli obiettivi e nelle linee di intervento individuate nel piano strategico

Disagio abitativo

Come previsto dal "protocollo d'intesa per il miglioramento delle condizioni di disagio abitativo" concordato con il Comune di Verona sono stati elaborati i dati relativi ad interventi effettuati nell'anno precedente ed è stata trasmessa la relazione all'Autorità Sanitaria la relazione annuale.

Nel corso del 2002 l'Ufficio Igiene Edilizia di questo Servizio ha affrontato 181 casi di disagio abitativo con le modalità previste dal protocollo d'intesa.

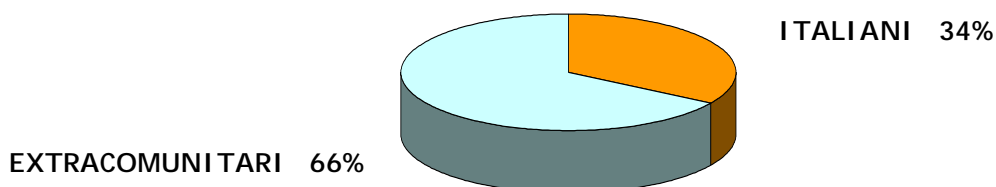
181
abitazioni
insalubri,
66% abitate
da extra-
comunitari

Gli interventi di questo Servizio sono scaturiti prevalentemente da richieste di certificati di antigienicità da parte di soggetti dotati di scarse risorse economiche che intendevano concorrere all'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica, ma sono pervenute segnalazioni di condizioni abitative precarie anche da parte di enti, associazioni e privati; nella maggior parte di queste segnalazioni venivano indicati non solo problemi legati alle precarie condizioni igieniche delle abitazioni ma anche concomitanti problematiche di ordine pubblico: in questi casi sono stati effettuati interventi congiunti con le forze dell'ordine o con la polizia municipale. In qualche caso l'intervento è stato effettuato con lo Spisal in quanto veniva rilevata l'esistenza di laboratori abusivi e malsani.

I certificati di antigienicità vengono naturalmente richiesti da persone regolarmente residenti nel comune e per lo più si tratta di famiglie numerose. E' noto che la disponibilità di alloggi pubblici è di molto inferiore alle richieste e perciò molti nuclei familiari ne restano esclusi (nel 2000 a Verona sono stati assegnati solo 271 alloggi pubblici a fronte di 1699 domande). In tutti questi casi il bisogno di un alloggio salubre resta insoddisfatto essendo preclusa, per motivi economici, sociali o quant'altro, ogni alternativa di accesso ad abitazioni sicure e confortevoli. In questo contesto l'applicazione delle procedure finalizzate al risanamento costituisce una risorsa importante dal punto di vista della tutela della salute.

Le abitazioni insalubri visitate erano abitate in 62 casi da residenti di origine italiana (34%) e in 119 casi da immigrati extracomunitari (66%), dato significativo in quanto la presenza di stranieri sul territorio è pari a circa il 4-5% della popolazione totale. Tale risultato è illustrato nel Graf. n.3.2.1.

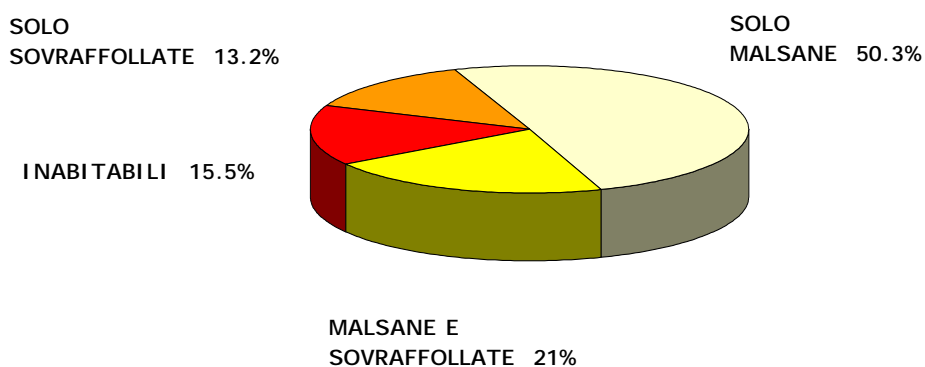
Graf.n.3.2.1: Provenienza degli occupanti gli alloggi insalubri



Inconvenienti riscontrati

Gli inconvenienti rilevati (sovraffollamento, inabitabilità, presenza di fattori di insalubrità) sono rappresentati nel Graf.3.2.2.

Graf.n.3.2.2: Inconvenienti igienici rilevati nelle abitazioni



1. *Sovraffollamento.* Il sovraffollamento, da solo o in combinazione con altri fattori di insalubrità, era presente in 62 abitazioni: 5 abitate da residenti italiani (8%) e 57 occupate da immigrati extracomunitari (92%).

2. *Inabitabilità.* In 28 casi (15% del totale) la situazione è stata giudicata così grave dal punto di vista igienico-sanitario che il Servizio ha proposto la *dichiarazione di inabitabilità* dell'alloggio e la ricerca immediata di un alloggio alternativo a cura del comune, in accordo con quanto previsto dal protocollo in questione.

3. *Fattori di insalubrità.* Come si evidenzia nella Figura III le case per le quali erano ipotizzabili efficaci interventi di risanamento erano 129. Alcune di queste presentavano *problemi strutturali* (umidità, servizi igienici carenti ecc.) ma la maggior parte (99) presentavano situazioni di pericolo immediato per la salute e l'incolumità degli occupanti in quanto dotate di *impianti termici ed elettrici irregolari*: in queste sono comprese anche le abitazioni prive di impianto termico fisso, in quanto proprio in questi casi in genere vengono installati apparecchi precari in spregio ad ogni norma di sicurezza. Per le abitazioni da risanare sono state avviate le procedure per il risanamento con le modalità previste dal protocollo d'intesa di seguito specificate.

A tutt'oggi sono stati invitati o contattati 123 proprietari, partendo dai casi che richiedono maggior urgenza negli interventi; nei casi meno gravi gli inconvenienti igienici sono stati comunicati mediante una nota scritta. Analoga procedura è stata seguita, come previsto dal protocollo, per gli appartamenti di proprietà dell'AGEC.

Nel corso del colloquio sono state fornite ai proprietari notizie sulla situazione riscontrata mettendo in particolare evidenza i rischi per gli abitanti e le rispettive responsabilità.

Tab.n.3.2.3: Risultato degli interventi sulle abitazioni insalubri

n.° case da risanare visitate	129
n.° proprietari invitati e/o contattati	123
n.° proprietari incontrati	107
n.° atti notori: lavori eseguiti	67
n.° controlli effettuati	20
n.° richieste di provvedimenti all'Aut. San.	6

L'88% delle persone invitate si è presentata e la maggior parte di essi ha sottoscritto l'impegno ad eliminare le situazioni di maggior pericolo. Già 67 proprietari hanno comunicato con atto notorio di aver eliminato gli inconvenienti rilevati da questo Servizio. I controlli a campione effettuati dal personale del Dipartimento hanno evidenziato l'effettiva realizzazione di tutti i lavori prescritti. È particolarmente importante che siano state eliminate quelle situazioni che rappresentano un pericolo immediato per la salute e l'incolumità come le irregolarità degli impianti termici.

Nel corso dei sopralluoghi sono state anche fornite agli inquilini informazioni sui rischi sanitari connessi alle condizioni dell'abitazione e indicazioni di tipo preventivo. Nei casi a maggior rischio i residenti sono stati diffidati dall'utilizzo degli impianti. È significativo ricordare che secondo i dati elaborati dall'Osservatorio Provinciale sulle intossicazioni domestiche da monossido di carbonio nel 2002 in provincia di Verona gli immigrati hanno rappresentato il 53% delle persone intossicate da questo gas.

4. *Altro.* In alcuni casi le condizioni originarie dell'abitazione erano state modificate dagli stessi conduttori (in genere immigrati) per ricavare in modo precario dei box di dimensioni minime da subaffittare come camere.

Questo fenomeno estremo si colloca all'interno della tendenza (già segnalata in passato) di esercitare *un'attività ricettiva* al di fuori di ogni requisito sanitario ed amministrativo. Pur essendo state attualmente eliminate le opere di cui sopra si ritiene che questo fenomeno debba essere comunque opportunamente affrontato.

E' stato in alcuni casi accertato anche *l'arbitrario utilizzo* ad uso abitativo di garage, cantine e magazzini.

Nei casi in cui durante il sopralluogo fosse emerso il sospetto di *violazione delle norme fiscali* le relative segnalazioni sono state trasmesse, come da accordi, alla Guardia di finanza.

Nei casi in cui non si è manifestata la disponibilità dei proprietari ad eliminare gli inconvenienti è stata trasmessa al Comune la richiesta di provvedimenti (n. 6), compresa l'esecuzione d'ufficio dei lavori con spese a carico dei proprietari.

La maggior concentrazione di abitazioni insalubri è stata riscontrata nei quartieri di Borgo Milano e Veronetta.

Conclusioni

Visti i dati sopra riportati sembra di poter esprimere un giudizio sostanzialmente positivo circa l'attività svolta e i risultati raggiunti. I risultati si evidenziano coerenti con gli obiettivi generali fissati dal protocollo ed in particolare sono apprezzabili il superamento di una logica di tipo burocratico per approdare ad interventi di provata efficacia (67 abitazioni presumibilmente risanate dai fattori di rischio più evidenti), l'attenuazione dei conflitti di competenza tra i vari settori della pubblica amministrazione, la facilitazione del coinvolgimento dei cittadini per l'assunzione diretta di responsabilità in termini di diritti e doveri, le azioni dirette a contrastare le disuguaglianze.

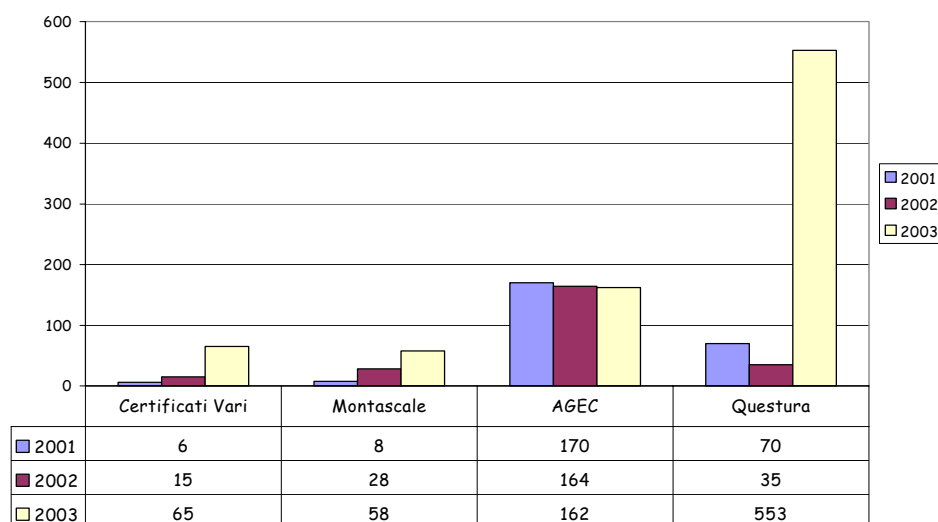
In particolare si ritiene positivo che, al di là della eliminazione dei singoli fattori di rischio, si sia attuata una consapevole assunzione di responsabilità da parte di molti proprietari e inquilini e che un nucleo consistente di persone sia stato raggiunto da informazioni mirate. Si ritiene anche che le informazioni raccolte e i dati rilevati possano fornire indicazioni d'interesse per l'attività di programmazione e controllo.

Per quanto riguarda gli interventi effettuati nel 2003, i cui risultati saranno successivamente elaborati, si è registrato un raddoppio del numero degli interventi effettuati nel 2003.

Nel 2003 oltre ad un consistente aumento degli interventi nell'ambito del protocollo sul disagio abitativo si è verificato anche un aumento notevolissimo pari a circa 16 volte quello dell'anno precedente delle richieste relative a certificati di idoneità dell'abitazione previsti dalla Legge Bossi Fini (ricongiungimenti, carta di soggiorno) (v. Graf.3.2.3). Questo incremento è dovuto in gran parte al fatto che i requisiti dimensionali delle abitazioni previsti dalla normativa sanitaria sono meno stringenti rispetto a quelli fissati dalla Legge Regionale n.10. Come è noto le certificazioni di idoneità dell'abitazione possono essere richieste in alternativa al Comune il quale certifica l'idoneità in base ai parametri dimensionali o all'ULSS la quale certifica l'idoneità sotto il profilo igienico-sanitario. L'impennata delle richieste è stata anche determinata dal maggior rigore nei controlli delle autocertificazioni relative alle dimensioni dell'abitazione da parte degli Uffici Comunali.

**Assunzione di
responsabilità
di proprietari e
inquilini**

Grafico n.3.2.3: Pratiche pervenute dal 1 gennaio al 31 dicembre 2003.



Discariche: protocollo

Sono stati valutati in modo integrato con lo SPISAL i requisiti necessari ai fini della sicurezza e igiene del lavoro per gli impianti di stoccaggio e smaltimento dei rifiuti anche quando questi hanno una durata temporanea. A tal fine è importante venga prevista la realizzazione di servizi igienici, spogliatoi ed almeno un locale riscaldato per il ristoro. E' stata perciò redatta una "Guida generale alla sicurezza per impianti di discariche di rifiuti speciali" e ciò ha consentito di dare prescrizioni e indicazioni per la realizzazione di discariche, anche di durata limitata, già in fase progettuale o di istruttoria per il rilascio dell'autorizzazione ambientale.

c) Tutela delle collettività

Strutture socio-sanitarie, socio-educative e socio-assistenziali.

In attuazione degli obiettivi precedentemente fissati l'Ufficio ha proseguito nell'attività di verifica delle strutture sociosanitarie, socio-educative e socio-assistenziali. Il lavoro di verifica si è dimostrato spesso complesso e difficoltoso trattandosi di strutture esistenti e funzionanti con problemi stratificati e necessità di molteplici adeguamenti strutturali, impiantistici e gestionali. Un'ulteriore criticità è costituita dal caos normativo attualmente presente ed in particolare dalla coesistenza tra "vecchia normativa" (Regolamento Regionale n. 8/84) e la "nuova" (L. n. 328 8.11.2000, D.Lgs. n.308/2001, L.R. n. 22 16.8.2002) non ancora completata dai rispettivi regolamenti applicativi. Comunque gli adeguamenti, ed in particolare quelli relativi ai principali requisiti di sicurezza, sono stati operati dalla maggior parte delle strutture visitate. Allo scopo di consentire una miglior gestione delle conoscenze e di favorire la programmazione dell'attività di vigilanza, copia dei pareri e delle autorizzazioni al funzionamento vengono trasmesse a tutti gli altri Servizi del Dipartimento coinvolti.

La sorveglianza di queste collettività riveste un ruolo particolarmente delicato trattandosi nella maggior parte dei casi di strutture che ospitano persone caratterizzate da bisogni molteplici e riduzione dell'autonomia personale.

Linee guida per le comunità di tipo familiare

In un'ottica di maggior trasparenza vista la fase transitoria sopra descritta, è stato concordato tra Servizi ULSS e Comuni un protocollo dal titolo: "Documentazione ed elementi necessari per la valutazione dell'idoneità igienico-sanitaria e di sicurezza per le comunità di tipo familiare".

Si ritiene infatti importante fornire ai gestori di queste strutture uno strumento operativo chiaro che permetta di conoscere in ogni fase i parametri di riferimento e gli adempimenti necessari alla programmazione e alla gestione dell'attività.

Scuole

L'attività di prevenzione dell'Ufficio relativamente alle scuole e alle collettività infantili in genere, si esplica mediante l'espressione di pareri sui progetti di ristrutturazione o nuova realizzazione di edifici scolastici, il rilascio di certificazioni di idoneità igienico sanitaria delle scuole e il coordinamento dell'attività di sorveglianza igienico-sanitaria esercitata dal personale sanitario dei distretti.

Tab.n.3.2.4: Pareri espressi dall'Ufficio su strutture scolastiche e simili.

Pareri preventivi	2002	2003
Scuole Asili nido e simili	36	45

Nel corso dell'attività di sorveglianza igienica sulle strutture scolastiche prevista dal D.P.R. 1518/67 delegata al personale sanitario dei Distretti sono state riscontrate per lo più problematiche riconducibili alla vetustà delle strutture, aggravate da carenze di manutenzione ordinaria e straordinaria. Con una certa frequenza si rileva che alcune situazioni critiche di inadeguatezza degli spazi scolastici conseguono ad un utilizzo dei locali difforme da quello originariamente assentito (es, utilizzo di seminterrati per attività motorie) in genere per l'aumento del numero degli iscritti ed il prolungamento della permanenza a scuola dei frequentanti e quindi l'esigenza di disporre di un maggior numero di spazi diversificati. Particolare attenzione viene posta durante l'attività di sorveglianza alle condizioni di sicurezza dell'ingresso e dell'uscita dalla scuola e al controllo dell'applicazione del divieto di fumo nei locali scolastici.

Vetustà
delle
strutture
scolastiche

Asili nido privati e strutture similari

A tutt'oggi non sono state regolamentata dalla Regione Veneto le procedure autorizzative per l'apertura di nidi privati e strutture similari, che vengono tuttavia attivate vista la crescente esigenza dei genitori di affidare ad altri la custodia dei figli durante gli impegni di lavoro e l'insufficiente disponibilità di posti nelle strutture pubbliche.

Ritenendo che per l'attivazione di un nido non sia sufficiente il possesso dei requisiti igienici strutturali ma che debbano essere verificati che anche altri aspetti (ad es. quelli inerenti la sicurezza degli impianti, le norme sulla prevenzione incendi, la compatibilità urbanistica, l'aspetto educativo, l'idoneità professionale del personale, ecc.) si sono avuti vari incontri con il Comune di Verona-Unità Asili Nido-Sportello Unico per concordare una procedura autorizzativa per dette strutture nel comune stesso. Attualmente è in via di definizione la stesura di un protocollo operativo per stabilire i requisiti igienico sanitari minimi, i criteri autorizzativi e le eventuali procedure di accreditamento delle strutture.

Procedura
autorizzativa
per asili
nido

d) Prevenzione delle malattie non infettive

Problematiche di salute legate alle modificazioni dell'assetto urbanistico

“Transizione
epidemiologica”

Gli insediamenti urbani in assenza di adeguate condizioni igieniche hanno da sempre costituito terreno di coltura di malattie. Proprio il miglioramento delle condizioni di vita che si è registrato nelle città tra la fine del 1800 e l'inizio del 1900 ha determinato quella che viene definita "transizione epidemiologica": una riduzione della mortalità, un aumento della speranza di vita ed uno spostamento delle caratteristiche degli stati morbosi da un quadro dominato dalle malattie infettive a uno in cui prevalgono le malattie cronico-degenerative.

In questo momento tuttavia ritroviamo un rinnovato interesse per la questione e questo è dovuto all'evidenza che l'attuale organizzazione delle nostre città è in grado di causare un peggioramento globale della qualità della vita con conseguenze rilevanti sulle condizioni di salute dei cittadini. Già da alcuni anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità promuove il progetto "città sane" riconoscendo proprio l'importanza centrale di questo problema.

I pareri espressi sui piani regolatori sono aumentati da 8 a 12 e questo ci sembra un segnale positivo; si auspica una sempre maggior collaborazione su questo con gli Uffici tecnici dei comuni.

Le tavole di piano, i Regolamenti e le Norme Tecniche vengono valutate non solo per verificarne la rispondenza alla normativa vigente ma soprattutto per verificarne le possibili ricadute sulla salute della popolazione. Particolare attenzione è stata perciò rivolta a quegli aspetti che, nell'ambito del sistema generale delle funzioni ed obiettivi della pianificazione, riguardano la qualità della vita e la salubrità degli insediamenti urbani.

Isola di calore

Un aspetto particolare delle problematiche di tipo urbanistico è rappresentato dall'isola di calore. Le conseguenze sanitarie sono già state trattate nella parte generale.

Questo surriscaldamento dell'aria nelle città deriva sia dalle caratteristiche urbanistiche e costruttive delle stesse che dalle attività umane. I materiali utilizzati nel tessuto urbano (asfalto, calcestruzzo, mattoni, cemento) assorbono in media il 10% in più di energia solare rispetto alla copertura vegetale della campagna. Il surplus di calore solare immagazzinato dai manufatti cittadini viene poi riemesso per irraggiamento con conseguente riscaldamento dell'aria che sovrasta la città.

Per contrastare questo fenomeno ed i suoi effetti è necessario riprogettare in modo mirato il tessuto urbano mediante i seguenti interventi:

- operare in regime di massima efficienza energetica privilegiando l'uso di energia rinnovabile;
- effettuare interventi adeguati sul traffico;
- piantumare dove possibile le strade e realizzare aree verdi nei quartieri a cominciare da quelli più degradati;
- realizzare una "cintura di verde" attorno al centro urbano;
- nella realizzazione di costruzioni ed infrastrutture ridurre l'utilizzo di materiali che assorbono grandi quantità di calore e incentivare l'utilizzo di tecniche costruttive di qualità;
- adottare, qualora si ricorra all'utilizzo di impianti di condizionamento, tecnologie innovative che impediscano un'eccessiva immissione di calore ma piuttosto ne consentano il recupero;
- garantire una buona aerazione naturale sia all'interno che all'esterno degli edifici abitativi;
- realizzare, possibilmente in ogni quartiere, centri per gli anziani con locali climatizzati raggiungibili facilmente dalle abitazioni (ad es. distanze non maggiori di 300 metri).

Accanto alle modifiche strutturali sono possibili anche interventi a breve scadenza finalizzati alla prevenzione e limitazione delle conseguenze all'esposizione alle alte temperature estive, quali l'attivazione di un sistema di allerta/allarme della popolazione anziana per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute. In diverse città degli Stati Uniti, ed in Italia a Roma, è stato sperimentato un sistema che consente di prevedere con tre giorni di anticipo il verificarsi di rischi per la salute determinati dalle condizioni meteorologiche durante l'estate. Il sistema elabora i dati delle previsioni meteorologiche per le 72 ore successive e, se prevede condizioni di rischio per il giorno stesso o per i due giorni successivi, segnala uno stato di "attenzione" o di "allarme". Ogni giorno i risultati del sistema vengono inviati via internet al centro operativo del Comune di Roma che attiva la propria rete di informazione, Medici di medicina generale, Aziende Sanitarie Locali, Ospedali e case di cura, Case di riposo per anziani, Servizi socio-assistenziali per anziani, Associazioni. Stampa, utenti registrati al servizio via mail.

Problemi di tipo ambientale

Per quanto riguarda gli episodi di inquinamento dell'ambiente esterno le priorità hanno riguardato l'ambiente urbano con problematiche connesse soprattutto all'inquinamento atmosferico ed alla presenza di industrie insalubri in zone residenziali. Per le dimensioni del problema ricordiamo solo l'acciaieria Riva il cui impatto è ancora in fase di definizione.

L'attenzione si è rivolta in particolare all'inquinamento da traffico nella città di Verona che, in alcuni momenti, si è presentato con le caratteristiche di una vera emergenza.

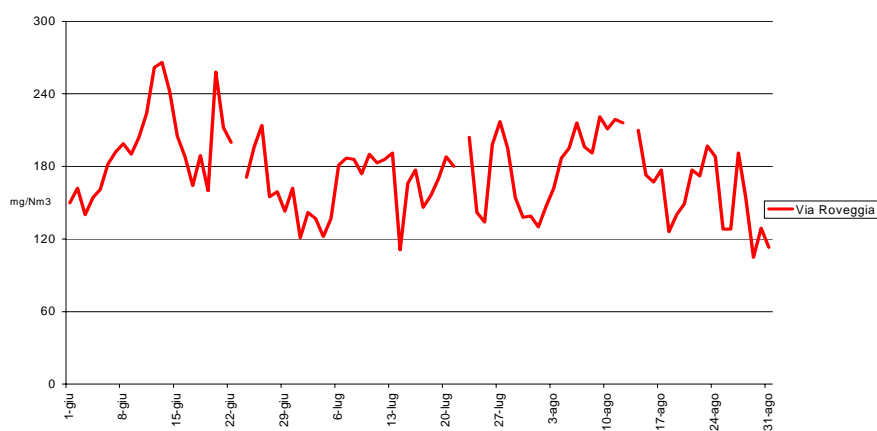
A fronte della gravità della situazione sia per quel che riguarda la situazione estiva che invernale i sette comuni capoluoghi di provincia hanno stabilito un "Accordo per la limitazione della circolazione nei capoluoghi di Provincia del Veneto" per l'adozione di azioni di limitazione della circolazione volte a ridurre il traffico privato e, conseguentemente, i livelli di inquinamento.

Le precauzioni da adottare nei periodi di maggior presenza di inquinanti sia estivi che invernali sono stati pubblicati nel sito del Dipartimento.

Le criticità hanno riguardato le soprattutto il PM10 in periodo invernale e l'ozono in periodo estivo (v. grafici)

Accordo per
limitare il
traffico

Graf.n.3.2.4: Ozono a Verona, Via Roveggia, Giugno-Luglio-Agosto 2003.

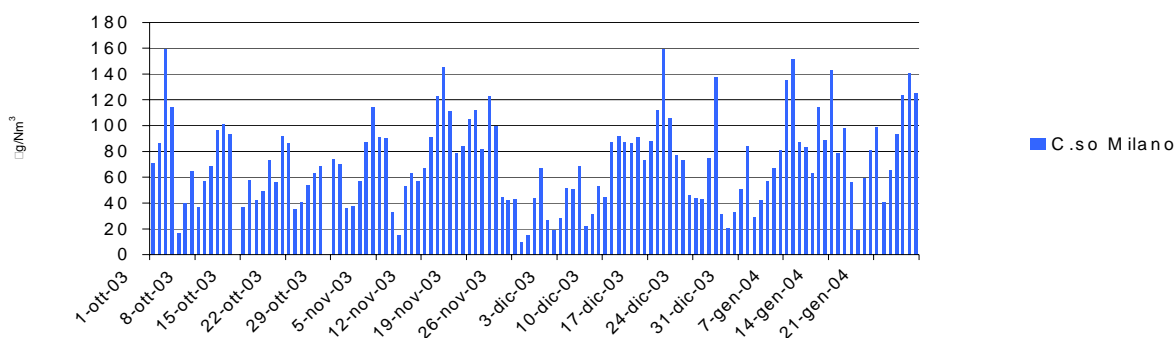


Gli effetti del PM10 sono proporzionali alle concentrazioni dello stesso nell'aria e non sono noti livelli di soglia, cioè valori al di sotto dei quali non si verifica un danno alla salute. In realtà oggi si indica il PM 2.5 (polveri inalabili) quale miglior indicatore di eventuali rischi sanitari, questo parametro non viene tuttavia sistematicamente misurato e non sono stati fissati limiti ambientali di riferimento. Per entrambi i suddetti parametri non sono indicati valori guida sanitari dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per esposizioni a breve/lungo termine ma è raccomandata la minor esposizione possibile

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Air Quality Guidelines for Europe Second Edition- World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen), ha evidenziato che, passando da concentrazioni di 50 a 100 µg/m³ di PM10, si verifica un raddoppio delle effetti sanitari attribuibili a questa causa (mortalità, ricoveri per malattie respiratorie, uso di broncodilatatori e giorni di malattia)

I dati di un'indagine epidemiologica effettuata a Verona (studio MISA A.Biggeri, P.Bellini, B.Terracini Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico. Epidemiologia e Prevenzione 2001: 25(2) suppl 1:72 1995/1999) confermano un effetto nocivo a breve termine delle alte concentrazioni di inquinanti primari (biossido di zolfo, biossido di azoto, monossido di carbonio, particolato aerosopeso) relativamente ai ricoveri per malattie respiratorie.

Graf.n.3.2.5: PM10 a Verona, Corso Milano, Ottobre 2003-Gennaio 2004



**Asma e
tosse nei
bambini**

In generale particolarmente preoccupanti sono gli effetti acuti sui bambini che costituiscono una sotto popolazione vulnerabile agli inquinanti atmosferici. È infatti dimostrato un legame diretto tra residenza in prossimità di strade con traffico pesante - autobus e soprattutto camion - e cattive condizioni di salute dei bambini, con manifestazioni prevalentemente respiratorie quali sintomi asmatici e tosse con catarro. Queste esposizioni possono essere considerate responsabili di almeno il 10% dei disturbi respiratori dei bambini che vivono in città.

Sono collegati al traffico non solo gli effetti già ricordati ma anche

- l'incidentalità: gli incidenti stradali sono la 1^a causa di morte per i maschi sotto i 40 anni, circa un centinaio/anno nell'ULSS 20 soprattutto nelle strade urbane;
- il rumore: il trasporto, in particolare quello su strada, è la fonte principale di esposizione al rumore in ambito urbano. Livelli di rumore che superino per intensità i 55 d(B)A, sono correlati a disturbi del sonno e della comunicazione e possono interferire negativamente con la capacità di concentrazione. I bambini esposti cronicamente a forti rumori, per esempio in prossimità degli aeroporti, possono mostrare difficoltà

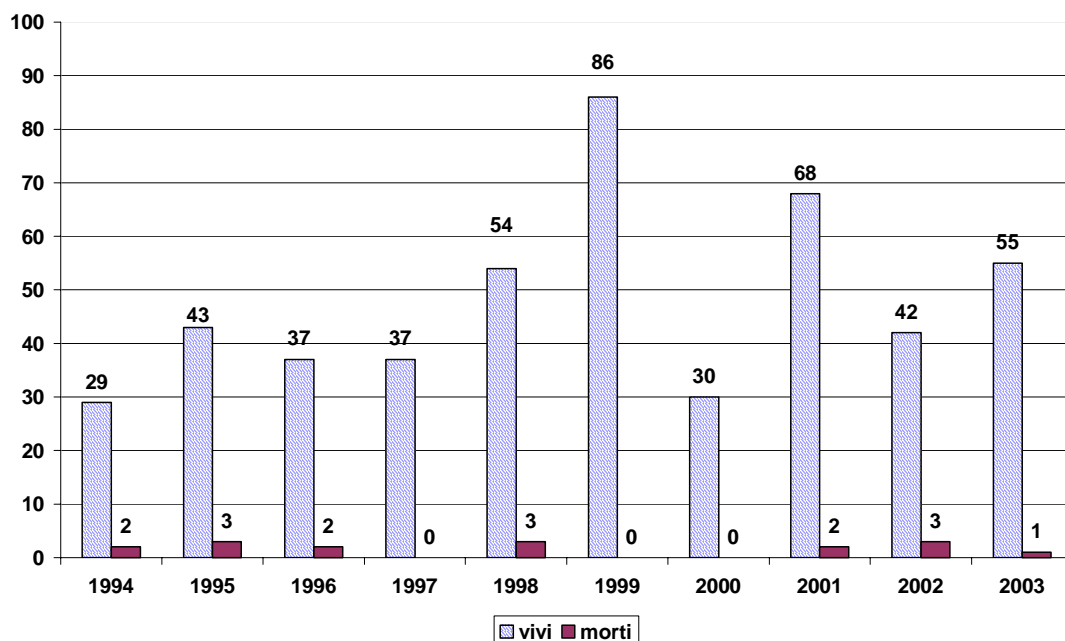
nell'apprendimento, nell'imparare a leggere e nell'acquisire la capacità di risolvere problemi;

- l' aumento della sedentarietà: lo stile di vita sempre più sedentario della maggioranza della popolazione, dovuto in gran parte all'abbandono degli spostamenti a piedi o in bicicletta a vantaggio dell'automobile o del ciclomotore è, assieme al fumo, fra i più importanti fattori di rischio per l'insorgere di malattie cardio-circolatorie, diabete, ipertensione e mortalità precoce. Al contrario, se una moderata attività fisica venisse praticata come parte integrante delle attività quotidiane (per esempio camminando o andando in bicicletta per un totale di circa 30 minuti al giorno, anche se suddivisi in episodi di 10-15 minuti ciascuno), sarebbe possibile ottenere una riduzione di circa il 50% nel rischio di sviluppare malattie coronariche, diabete e obesità e di circa il 30% nel rischio di sviluppare ipertensione.

Intossicazioni domestiche da Monossido di carbonio (CO)

Dal 1994 è attivo presso il SISP dell'ULSS 20 in collaborazione con le altre due ULSS della Provincia un Osservatorio che provvede a monitorare le intossicazioni da CO che si verificano nelle abitazioni. L'obiettivo dell'Osservatorio è di informare la popolazione, e soprattutto alcune categorie a rischio, sui pericoli sanitari del CO e promuovere azioni preventive. I dati raccolti evidenziano che nella provincia di Verona durante il 2003 si sono verificati 56 avvelenamenti, uno dei quali mortale

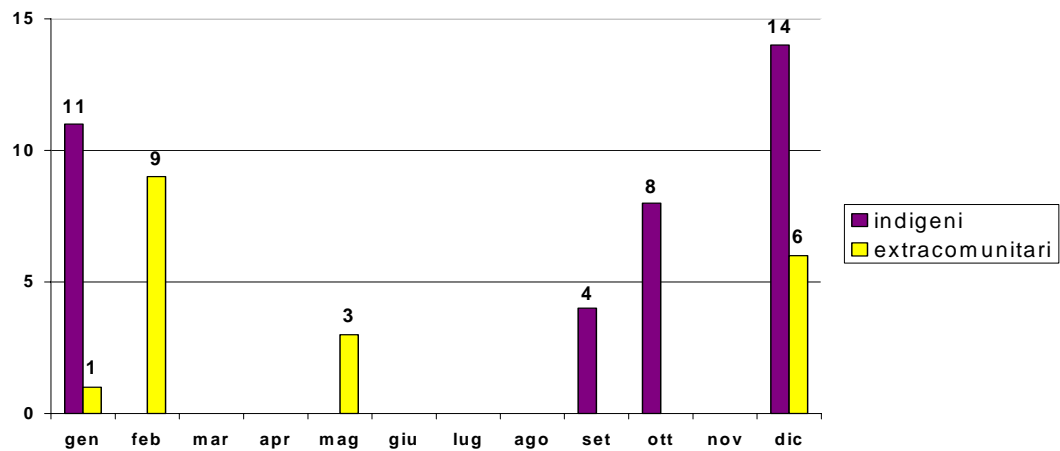
Graf.n.3.2.6: Intossicazioni da CO in Provincia di Verona 1994-2003



Gli incidenti conseguono in genere al cattivo funzionamento degli impianti termici domestici (caldaie e/o scaldacqua alimentati a gas, stufe a legna, caminetti,...) installati in maniera irregolare, in locali non idonei (camere da letto, bagni) o manomessi da interventi "fai da te" degli occupanti l'alloggio.

Analogamente agli anni precedenti una buona quota degli intossicati (34%), è rappresentata da persone extracomunitarie (Asiatici, Africani, Est Europa), a fronte di una loro presenza nella popolazione della Provincia di Verona pari a circa il 4%.

Graf.n.3.2.7: Intossicazioni da CO in Provincia di Verona 2003:
indigeni 66% extracomunitari 34%



8 incidenti:
5 per l'uso
di bracieri

Ben cinque degli otto incidenti verificatisi tra gli immigrati sono stati causati dall'uso di bracieri in locali chiusi a scopo di riscaldamento o cottura di cibi. Tutte le persone coinvolte in detti incidenti erano di nazionalità marocchina.

Le verifiche tecniche effettuate dall'ARPAV sugli impianti termici ed apparecchi che hanno causato gli incidenti hanno evidenziato alcune situazioni di rischio. Particolarmente pericolosa è la presenza dello scaldacqua nel bagno (il decesso verificatosi durante l'anno è avvenuto in questo locale) e lo scarso o assente tiraggio delle canne fumarie che non consente l'allontanamento dei fumi di combustione dagli ambienti. Nel caso l'incidente si verifici in un alloggio condominiale l'ARPAV, qualora lo ritenga necessario, estende le verifiche anche agli altri alloggi dello stabile.

In quasi tutti gli incidenti è stata riscontrata una carenza di ventilazione dei locali di installazione degli impianti, per insufficiente dimensione o assenza dei fori di aerazione necessari per garantire un costante rinnovo dell'aria consumata nel processo di combustione. Tale accorgimento è reso ancor più necessario dalle volumetrie sempre più ridotte delle abitazioni e dall'utilizzo di serramenti a tenuta che hanno drasticamente ridotto gli scambi di aria dei locali di abitazione con l'esterno. Non sempre viene compresa la funzione essenziale di queste aperture: in alcuni incidenti, infatti, i fori erano stati ostruiti dagli occupanti per evitare fastidiosi "spifferi" di aria fredda all'interno dei locali di abitazione.

Un caso del tutto particolare è stata l'intossicazione provocata dal funzionamento di un generatore di corrente con motore a scoppio attivato automaticamente da una interruzione della corrente elettrica prolungata per diverse ore: il generatore era stato posto nello scantinato della casa senza alcun sistema di captazione ed espulsione dei fumi che erano pertanto risaliti ai piani superiori dell'edificio intossicando gli occupanti.

Particolare attenzione deve essere posta alle situazioni in cui coesistono nello stesso locale o in locali comunicanti (anche se su piani diversi) più impianti termici. In particolare una situazione critica, più volte verificatasi, è rappresentata dal funzionamento contemporaneo di impianti alimentati a gas (es. fornelli, caldaie) e di un caminetto a legna che può influenzare notevolmente il tiraggio del condotto di evacuazione dei fumi dell'impianto a gas, creando un'accentuata condizione di reflusso dei prodotti di combustione nell'ambiente interno. Tra le disposizioni introdotte dal nuovo Libretto di impianto, obbligatorio dal 1° settembre 2003 per tutti gli impianti, rientra anche l'obbligo di

valutare la ventilazione del o dei locali in relazione non ad ogni singolo impianto ma al complesso di tutti quelli presenti.

Accanto all'attività di monitoraggio a analisi del fenomeno sono stati messi in atto anche interventi di informazione sanitaria. Le richieste di certificazioni di antigienicità delle abitazioni malsane costituiscono per l'Ufficio anche un'occasione preziosa per fare opera di informazione sui rischi sanitari del CO nei confronti di fasce deboli della popolazione non facilmente raggiungibili altrimenti. Per facilitare la comprensione del messaggio da parte degli immigrati viene anche consegnato un depliant multilingue predisposto dall'Ufficio. Inoltre i dati raccolti dall'Osservatorio e le relative valutazioni sono stati comunicati ai soggetti interessati (amministratori, sanitari, cittadini) in varie circostanze: convegno Evidence Based Prevention Verona aprile 2003, relazione annuale sul disagio abitativo al Comune di Verona, relazione convegno ASSIMP.

Programma di prevenzione degli incidenti stradali

Gli incidenti stradali costituiscono la prima causa di morte dei giovani tra 15 e 24 anni ed una delle maggiori cause di invalidità (più delle metà dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi). Nel Veneto si verificano ogni anno circa 20 mila incidenti, con oltre 700 morti e 28 mila feriti; 5 province venete (Treviso, Vicenza, Padova, Verona, Venezia) sono tra le prime 10 d'Italia per incidenti mortali; nel 2000 nella provincia di Verona ci sono stati 128 morti, con 3.614 incidenti.

Prima causa di morte tra i giovani

In linea con gli obiettivi generali del Piano Sanitario Nazionale nel 1999 è stato attivato nel Veneto il Piano Regionale di Prevenzione dei traumi da traffico che fa capo alla Direzione Regionale per la Prevenzione con la partecipazione dei Dipartimenti di Prevenzione di tutte le ULSS del Veneto. Il piano è stato approvato per il triennio 2002/2004. Nell'ambito del piano sono state attuate campagne di sensibilizzazione per favorire l'uso dei dispositivi di sicurezza da parte della popolazione, condotte in collaborazione con le Amministrazioni pubbliche e le Forze dell'ordine.

Il 15 maggio 2003 è partita una nuova Campagna regionale, cofinanziata da Regione e Fondazione Cariverona, con l'obiettivo di incrementare l'uso delle cinture di sicurezza dei passeggeri anteriori, posteriori e dei mezzi di contenzione per i bambini trasportati nelle autovetture (seggolini). La campagna ha puntato a modificare i comportamenti non corretti delle persone che viaggiano in macchina e che possono avere gravi conseguenze in caso di incidente. Infatti, come è stato messo in evidenza dalle rilevazioni effettuate anche nella nostra ULSS dal personale dell'Ufficio, se il 60% di chi viaggia davanti già indossa la cintura, lo fa solo il 10-11% di chi viaggia dietro; i seggolini per bambini vengono usati mediamente nel 30% dei casi con percentuali che tendono ad abbassarsi notevolmente nelle fasce di età tra i 3 e 10 anni.

Incrementare l'uso delle cinture di sicurezza

L'entrata in vigore il 1.7.2003 del nuovo Codice della strada che ha introdotto la patente a punti ha senza dubbio avuto un ruolo determinante nell'indurre comportamenti di sicurezza negli automobilisti ed in particolare nell'incrementare l'uso delle cinture di sicurezza. Infatti le rilevazioni che i tecnici dell'Ufficio hanno effettuato nei mesi successivi hanno riscontrato percentuali di utilizzo delle cinture anteriori intorno a 84-86% con punte fino a 91%. Tuttavia poiché non risulta che la stessa attenzione sia stata posta anche alle cinture posteriori e al corretto trasporto dei bambini la campagna di sensibilizzazione è stata orientata particolarmente verso questi aspetti.

Cinture anteriori da 84% a 91%

Un aspetto essenziale dell'attività di prevenzione dei traumi stradali è comunque costituito dalla possibilità di ottenere la collaborazione duratura delle amministrazioni pubbliche ed in particolare di quelle comunali. Ai comuni che intendono aderire al programma (l'adesione del Comune di Verona è in via di formalizzazione) viene offerta la consulenza dell'Ufficio per organizzare incontri con gli agenti della Polizia Municipale, realizzare sessioni

informative ed organizzative con i responsabili delle associazioni (quartiere, immigrati, anziani, giovani, chiese, volontariato, gruppi sportivi) sul tema delle cinture e dei seggiolini, organizzare, attraverso una associazione di volontariato, un servizio di scambio di seggiolini e cuscinotti fra famiglie, realizzare incontri con i genitori e stimolare iniziative di formazione presso gli asili nido, le scuole materne, elementari, medie e superiori. All'amministrazione verrà inoltre fornito materiale divulgativo quale posters, un "pacchetto/famiglia" informativo da far recapitare ad ogni famiglia residente nel comune. Queste iniziative potranno inoltre contribuire ad aumentare la popolarità dell'Amministrazione Comunale presso i cittadini, che apprezzeranno le iniziative a favore della sicurezza, in particolare verso i bambini.

99.9% con
il casco

Sempre in tema di dispositivi di sicurezza si è constatato nell'ambito del progetto Ulisse, condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, che indossare il casco in motocicletta è diventata un'abitudine consolidata. Nel 2003, infatti, si è riscontrato nel corso delle rilevazioni mensili che su un totale di 5.410 motocicli controllati il 99,9% dei motociclisti portava il casco, confermando i dati già rilevati negli anni precedenti.

Problemi legati all'invecchiamento e alla sedentarietà della popolazione: iniziative di contrasto (promozione dell'attività fisica)

Attività
fisica contro
le patologie
croniche

I dati epidemiologici a nostra disposizione sono concordi nel dimostrare che l'incidenza di molte patologie croniche è legata a scorretti stili di vita. La sedentarietà è stata associata con un aumento del rischio di molte patologie cardiovascolari (ipertensione, cardiopatia ischemica); in particolare dalla letteratura scientifica si evince che il rischio relativo per eventi cardiovascolari si riduce significativamente praticando almeno 120 minuti settimanali di attività fisica. Quest'ultima ha un'efficacia preventiva anche su malattie metaboliche come il diabete e l'obesità, sull'osteoporosi, e più in generale garantisce un miglioramento della performance fisica e psichica globale dell'anziano. Recentemente è stata segnalata inoltre un'associazione tra sedentarietà e ulteriori patologie quali tumori (cancro del colon e della mammella), depressione e declino cognitivo senile.

Per tutti questi motivi il Dipartimento di Prevenzione ha sviluppato, a partire dal 2000, una serie di attività volte alla promozione dell'attività fisica e alla lotta alla sedentarietà (nella popolazione generale e in alcuni gruppi ad alto rischio per le patologie sopra riportate, come gli anziani e i diabetici). Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 afferma infatti che "nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale". Tuttavia, gli italiani che praticano uno sport sono una minoranza, anche in età giovanile: solo il 22% dei maschi e il 14% delle femmine (51% e 33% tra i 15 e i 19 anni, che scendono addirittura al 4% e 2% dopo i 65 anni).

Lotta alla
sedentarietà

Inoltre, il SISP dell'ULSS 20 è stato individuato come centro di riferimento regionale della scheda riguardante la "Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive - lotta alla sedentarietà", nell'ambito del Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (deliberazione del 10.10.2003).

La scheda prevede come obiettivi: la promozione della cultura della salute nell'ambito dell'esercizio fisico; il monitoraggio della prevalenza di soggetti che praticano regolarmente attività fisica; l'aumento del 10% della quota dei giovani e degli anziani, e del 15% dei diabetici, che praticano regolarmente attività fisica almeno una volta la settimana; il coinvolgimento in percorsi di attività motoria di almeno il 10% dei residenti delle case di riposo; e infine il potenziamento della collaborazione con medici di medicina generale, medici specialisti, centri anti-diabetici, rappresentanti degli utenti e istituzioni esterne.

1. Corsi di attività motoria per anziani

Nel corso del 2003 è stata consolidata la collaborazione programmatica e finanziaria con i comuni di Verona (nell'ambito del progetto "La salute nel movimento" - v. avanti), S.Martino Buon Albergo e Castel d'Azzano per l'effettuazione di corsi di ginnastica in palestra, corsi di nuoto, ginnastica in acqua ed attività "oltre la palestra" (escursioni, Meeting Terza Età del Triveneto); i controlli medici sono stati effettuati dall'équipe medica dell'ULSS20 in collaborazione con il CeBiSM.

La rete dei comuni dell'ULSS 20 coinvolti è stata inoltre ulteriormente estesa, attivando un rapporto di consulenza anche con quelli di Grezzana e Soave.

Tab.n.3.2.5: Riepilogo dei corsi attivati e numero dei partecipanti nel Comune di Verona

Anno 2000/2001		Anno 2001/2002	
n. corsi attivati	71	n. corsi attivati	56
n. partecipanti	1315	n. partecipanti	1489
Anno 2002/2003		Anno 2003/2004	
n. corsi attivati	60	n. corsi attivati	54
n. partecipanti	1359	n. partecipanti	1002

Tab.n.3.2.6: Numero di partecipanti ai corsi attivati nei Comuni di San Martino Buon Albergo e Castel D'Azzano

Anno 2002/2003			
S. Martino Buon Albergo		Castel D'Azzano	
n. partecipanti	150	n. partecipanti	91
Anno 2003/2004			
S. Martino Buon Albergo		Castel D'Azzano	
n. partecipanti	148	n. partecipanti	42

Tab.n.3.2.7: Numero di partecipanti ai corsi attivati nei Comuni di Grezzana e Soave

Anno 2003/2004			
Grezzana		Soave	
n. corsi attivati	2	n. corsi attivati	2
n. partecipanti	61	n. partecipanti	57

2. Attività motoria e pazienti diabetici

L'intervento preventivo sui pazienti diabetici riveste una notevole importanza per l'elevata prevalenza di questa patologia nella popolazione anziana (10%) e per la sua associazione con malattie cardiovascolari potenzialmente mortali. Numerose ricerche hanno fornito solide evidenze all'idea che l'attività motoria costituisca un utile presidio nel trattamento del diabete mellito, in quanto è in grado di ridurre l'insulino-resistenza, l'emoglobina glicosilata

e i valori di trigliceridi e colesterolo oltre che di migliorare l'indice di massa corporea e il peso corporeo.

Per questo motivo fin dal 2000 sono stati attivati corsi di attività motoria rivolti specificamente ai diabetici, anche mediante una serie di collaborazioni con Comune di Verona, CeBiSM, associazioni di pazienti e centri antidiabetici (per il reclutamento dei pazienti).

Tab.n.3.2.8: Partecipanti ai corsi per pazienti diabetici di Verona

Anno 2000/2001		Anno 2001/2002	
n. corsi attivati	2	n. corsi attivati	2
n. partecipanti	33	n. partecipanti	26
Anno 2002/2003		Anno 2003/2004	
n. corsi attivati	2	n. corsi attivati	2
n. partecipanti	25	n. partecipanti	25

Tab.n.3.2.9: Partecipanti ai corsi per pazienti diabetici a Cologna Veneta

Anno 2002/2003		Anno 2003/2004	
n. corsi attivati	2	n. corsi attivati	2
n. partecipanti	26	n. partecipanti	24

3. Collaborazione con il Centro Interuniversitario per le Scienze Motorie (CeBiSM)

Gran parte delle attività dei corsi di attività motoria sono state condotte con il supporto del CeBiSM, che collabora da anni con il Dipartimento, con un gruppo di medici internisti della nostra ULSS e con il Comune di Verona. La collaborazione del CeBiSM è stata assicurata anche per il 2003-2004 dal rinnovo della convenzione per attività di consulenza finalizzata alla progettazione ed alla realizzazione di attività motorie destinate alla popolazione anziana sana o affetta da patologie cronico-degenerative.

4. Collaborazione con i Medici di Medicina Generale (mmg)

A conclusione dei corsi di formazione per mmg effettuati nel 2001-2002, promossi dall'Ulss 20 in collaborazione con il CeBiSM e con il supporto economico della GlaxoWellcome (che ha finanziato il progetto nell'ambito del suo programma "Salute e società") è stato realizzato un manuale operativo dal titolo "La promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana" rivolto a tutti i medici di medicina generale. Il manuale riporta una sintesi dei contenuti emersi durante i corsi di formazione, ed è stato presentato durante il convegno omonimo tenutosi a Verona il 7 ottobre 2003 sui temi della promozione dell'attività motoria a livello regionale e locale.

5. Mappatura delle risorse per l'attività fisica

Il progetto è stato avviato nel corso del 2001 ed intende arrivare alla stesura di una mappatura delle risorse utilizzabili per la promozione di stili di vita più attivi nella popolazione. La mappatura è già stata avviata in tutti i comuni dell'ULSS 20.

Il piano di raccolta e classificazione delle informazioni relative a spazi ed iniziative presenti nel territorio del Comune di Verona è stato completato ed esteso nel corso del 2003 anche agli altri 35 comuni dell'ULSS 20, grazie anche alla collaborazione con il comitato provinciale del CONI di Verona.

La raccolta delle informazioni è stata effettuata mediante l'utilizzo di un questionario ad hoc, somministrato sotto forma di intervista telefonica a tutti gli operatori delle 8 Circoscrizioni cittadine e dei rimanenti 35 Comuni, per poter ottenere informazioni precise sui corsi attivati, sugli spazi disponibili e sulle opportunità di pratica motoria che il territorio offre. E' stata portata a termine la raccolta dati relativa alle infrastrutture gestite da enti pubblici, mentre in una fase successiva è prevista anche la rilevazione dei dati relativi alle strutture private.

6. Collaborazione con il Comune di Verona

E' proseguita ed è stata estesa anche per l'anno 2003/2004 la collaborazione fra il Dipartimento e l'Assessorato al Decentramento e ai Quartieri del Comune di Verona, nell'ambito del Progetto "La salute nel movimento - Progetto Terza Età", rivolto alle persone dai 55 agli 85 anni.

Come negli anni precedenti, l'amministrazione comunale si fa carico di iniziative di divulgazione e promozione dell'attività fisica nella popolazione, e della prosecuzione dei corsi di attività motoria; i controlli medici sui partecipanti ai corsi sono stati effettuati dall'équipe medica dell'ULSS20 in collaborazione con il CeBiSM.

Da quest'anno però è stato avviato un programma a più ampio spettro, per sensibilizzare la popolazione cittadina, non solo anziana, ad una concezione meno sedentaria della vita come elemento primario di salute e benessere. E' stata quindi intrapresa una collaborazione fra Dipartimento di Prevenzione e Comune di Verona relativamente alla stesura del piano strategico e del piano regolatore (PRG), ed è stata iniziata la progettazione di 6 "percorsi benessere" all'interno dei diversi quartieri (v. avanti).

7. Interventi su strumenti urbanistici e sulla organizzazione del territorio

Per quanto riguarda il Comune di Verona è stata avviata una consulenza relativamente alla stesura del piano strategico, fornendo alcune indicazioni riguardanti la qualità della vita e la salubrità dell'insediamento urbano.

E' proseguita inoltre la collaborazione con il Comune di San Martino Buon Albergo, iniziata nel 2000 con l'adesione di quest'ultimo alla carta di Heidelberg (un documento OMS sulla lotta alla sedentarietà). Oltre al proseguimento dei corsi di attività motoria iniziati l'anno precedente (v. sopra), nell'ambito del progetto Arcobaleno l'amministrazione ha adottato il piano della ciclabilità approvando una serie di percorsi pedonali e ciclabili. Infine, nel 2003 è stata completata la realizzazione del sentiero della salute "Murara-Zenobia", un percorso lungo 1300 metri percorribile in entrambi i sensi di marcia. Una serie di pannelli suggerisce il tipo di corsa o di camminata, proponendo inoltre degli esercizi di varia difficoltà che prevedono anche l'utilizzo degli arti superiori. Vengono inoltre fornite informazioni aggiuntive sull'utilità del cammino nel mantenimento della salute, sul tipo di abbigliamento e sulla corretta postura

8. Master in "Attività motoria preventiva ed adattata" (Facoltà di Scienze Motorie)

Presso la Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Verona è stato attivato, a partire dal 2003-2004, un Master biennale in "Attività motoria preventiva ed adattata", con due indirizzi, "Attività motoria adattata per persone con disabilità" e "Attività motoria preventiva per il benessere psico-fisico nelle persone anziane". Nell'ambito del Master, al Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 20 è stata attribuita la gestione del corso di Igiene generale ed applicata, comprendente lezioni teoriche ed un tirocinio pratico da effettuarsi presso il Dipartimento stesso.

PERSONALE DELL'UFFICIO:

Borasco Stefano, Corbellari Roberto, De Noni Lucia, Faccioli Daniele, Fasoli Mario, Innocenti Giuliano, Manservisi Silvana, Mella Augusto, Stoppato Ugo, Tomba Arnaldo, Zanetti Luigi.

3.3 Ufficio di Medicina Legale

L'ufficio di Medicina Legale ha il compito di gestire gli adempimenti medico legali sullo stato di salute della popolazione in un'ottica di prevenzione, fornendo informazioni epidemiologiche sulle cause di invalidità e di morte della popolazione.

Nell'ambito dell'igiene e sanità pubblica svolge inoltre attività di controllo su tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, volta alla verifica dell'idoneità delle stesse sia dal punto di vista igienico sanitario che di dotazione di personale e strumentale.

Predisporre indirizzi operativi ai DD.SS.B e altre ULSS in tema di invalidità civile, idoneità porto d'armi, patenti, strutture sanitarie ed altre problematiche medico-legali.

Invalidi Civili

Nel corso del 2003 sono state effettuate 10.004 visite con tempi di attesa di circa 60 - 75 giorni.

Tab.n.3.3.1: Visite di invalidità civile.

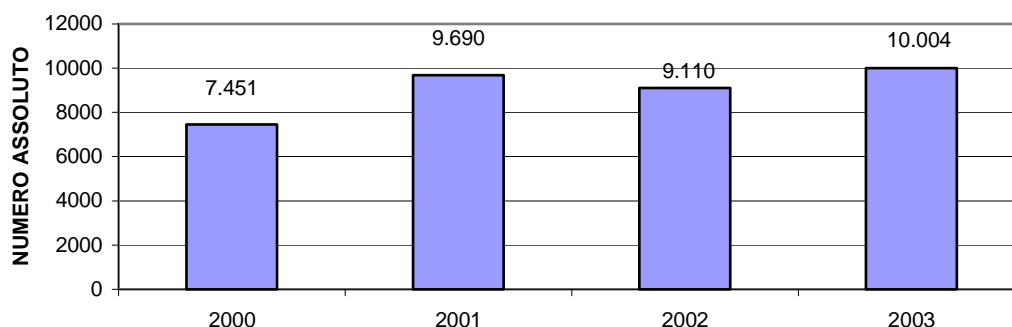
	SEDE DI VERONA	SEDE DI COLOGNOLA AI COLLI
INVALIDI CIVILI	4.863	1.843
Legge 104/92	1.509	604
Legge 68/99	599	284
COMMISSIONE PROVINCIALE CIECHI	290	-
COMMISSIONE SORDOMUTI	12	-
TOTALE	7.273	2.731

Sempre rilevante il numero di visite per invalidità civile

Permane rilevante il numero delle richieste per la Legge 104 motivate dai benefici ottenuti dalla certificazione di portatore di handicap ed il numero di richieste correlate all'applicazione della normativa sul collocamento mirato, L. 68/99. Il numero di visite totali per la L. 104/92 e per la L.68/99 è pari 2.996.

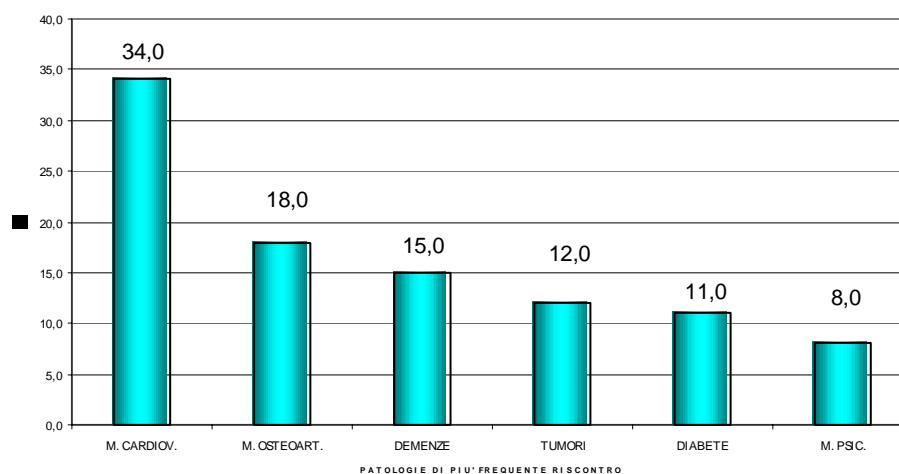
Nel corso dell'anno è stata apprezzata da parte dell'utenza la possibilità di consegnare le domande d'invalidità presso le sedi dei distretti, oltre che nelle sedi storiche.

Graf.n.3.3.1: Invalidità civile: visite effettuate dal 2000 al 2003



Il numero di sedute di commissione effettuate è stato superiore alle 1.800.
La fascia di popolazione maggiormente rappresentata è quella tra i 76 e gli 80 anni.

Graf.n.3.3.2: Visite invalidità civile anno 2003: esiti dei controlli



Il 75% dei
soggetti
visitati è
stato
riconosciuto
invalido

Circa il 75% del campione esaminato è stato riconosciuto invalido civile con percentuale pari o superiore al 74% e quindi rientrante nell'ambito della categoria degli aventi diritto ai benefici economici, il 20% circa è stato riconosciuto invalido con percentuale inferiore al 74% e il 2% non è stato riconosciuto invalido civile.

Con il passaggio delle competenze della Prefettura all'ULSS permane in carico all'ufficio la competenza per la valutazione dei ricorsi in materia di invalidità civile (n. pratiche assegnate 30).

Il Comitato
Tecnico
L.68/99

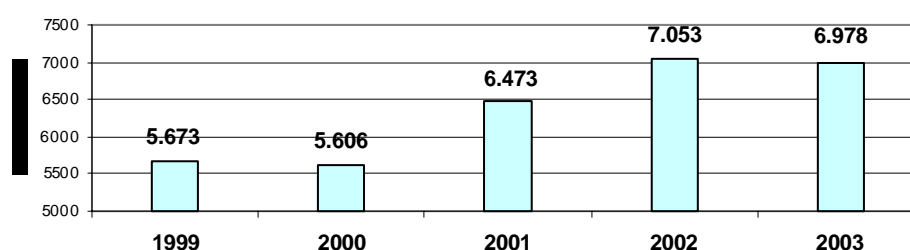
Permane l'attività del Capo Ufficio Medicina Legale in qualità di Presidente del Comitato Tecnico previsto dalla Legge 68/99 presso l'Amministrazione Provinciale il cui compito principale è quello di valutare adeguatamente, caso per caso, le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative ed inserirle nel posto adatto attraverso analisi di posti di lavoro e forme di sostegno, assicurando alle singole persone disabili il diritto al lavoro in funzione di un'effettiva integrazione del lavoratore nel contesto lavorativo.

Nel corso del 2003 sono state valutate circa 280 pratiche di utenti di pertinenza dell'ULSS 20 e sono stati avviati al lavoro 276 soggetti residenti nella Provincia di Verona.

Commissione Provinciale Patenti

Nel corso del 2003 sono state visitate 6.978 persone.

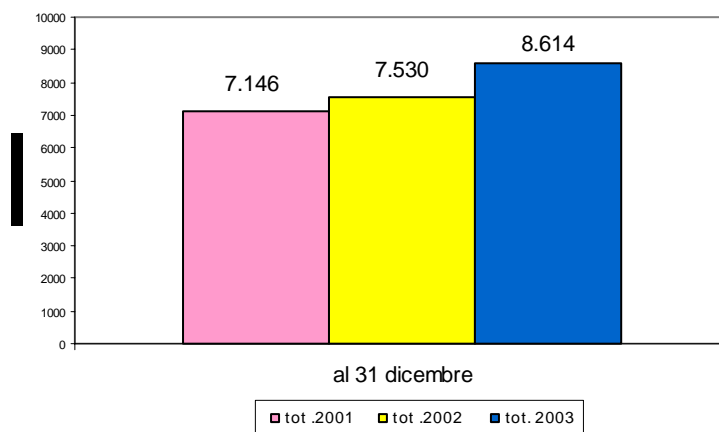
Graf.n.3.3.3: Numero utenti visitati dal 1999 al 2003



Il numero di richieste di visita medica da effettuarsi presso la CML è progressivamente aumentato nel corso degli ultimi anni, con una impennata a partire dal luglio 2003 data di entrata in vigore del DL 151/2003 convertito con L. 214/03, che ha modificato l'art. 186 del C.d.S. ed esteso l'obbligo di revisione in commissione a tutti i soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza da sostanze alcoliche. Nel 2003 sono pervenute 8.614 domande a fronte delle 7.530 del 2002.

Il numero delle richieste pervenute negli ultimi tre anni e il relativo incremento sono riportati nei seguenti grafici:

Graf. n.3.3.4: Domande pervenute 2001-2002-2003



L'elevato aumento di domande pervenute ha determinato gravi difficoltà alla segreteria della commissione con necessità di rivedere le procedure di prenotazione. L'applicazione di queste nuove procedure ha significativamente ridotto il disagio dell'utenza ma ha aggravato ulteriormente il carico di lavoro del personale addetto. La diminuzione del numero delle visite effettuate è stato determinato dall'elevato numero di soggetti che, dopo aver effettuato la prenotazione non si è poi presentato a sostenere la visita. Infatti gli utenti oggetto di un provvedimento di revisione per guida in stato di ebbrezza alcolica con un tasso di alcolemia superiore a 0.5 ma inferiore ad 1,5 ottengono la restituzione della patente con la semplice esibizione del documento di prenotazione.

I tempi di attesa per l'effettuazione della visita hanno subito inoltre rilevanti aumenti passando dai 2 mesi e mezzo/3 mesi ai 4 mesi e mezzo.

Si è reso pertanto necessario potenziare l'organico della segreteria con redistribuzione del personale in carico al SISIP, sia per far fronte alle innumerevoli richieste sia per poter organizzare sedute suppletive di commissione.

Si è iniziato inoltre l'iter per attivare a Legnago una sede "satellite" di Commissione per venire incontro alle esigenze degli utenti dell'area della ULSS 21 che richiedevano una maggiore vicinanza territoriale della CML ed una riduzione dei tempi di attesa. L'attivazione ha comportato tempi piuttosto lunghi e solo a novembre sono state fissate le prime sedute di commissione (3 effettuate al 31.12.2003).

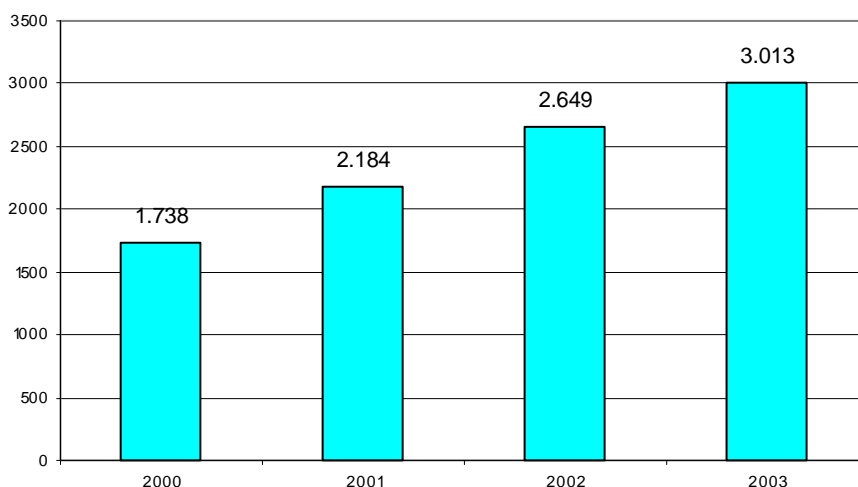
Come prevedibile è aumentato il numero di soggetti visitati per problemi alcool correlati (+ 364 rispetto allo scorso anno) (Grafico n.3.3.5).

Molti utenti prenotano ma non si sottopongono a visita

Aumentato il numero di sedute

Avviata una commissione "satellite" a Legnago

Graf.n.3.3.5: Numero utenti visitati in CML dal 2000 al 2003 per patologie alcool correlate

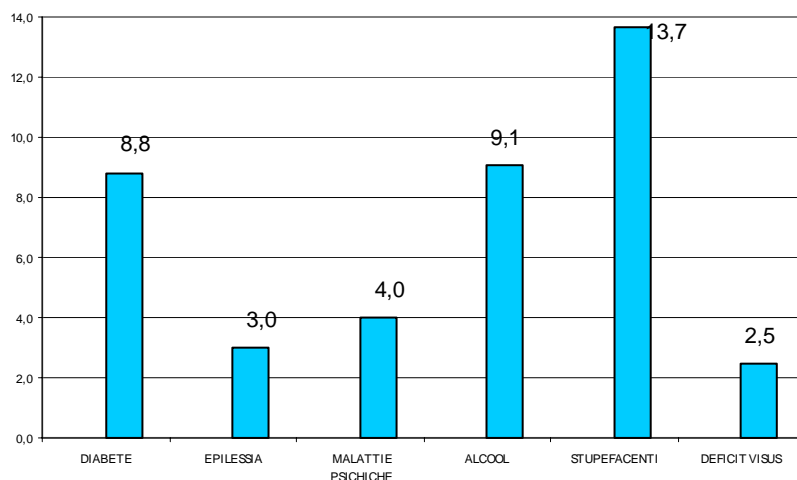


I soggetti con problemi alcool-correlati rappresentano il 44% del totale delle persone visitate, l'aumento del 6% rispetto allo scorso anno è stato prevalentemente determinato dall'incremento dei controlli effettuati dalle Forze dell'Ordine (+ 350 revisioni per art. 186 rispetto allo scorso anno); di questi è risultato non idoneo circa il 2% rispetto al totale dei soggetti visitati per tutte le patologie.

Se si prendono in esame le patologie più rappresentate viene riconfermato il dato che riguarda l'elevata percentuale di soggetti diabetici riconosciuti non idonei 8,8% (grafico n.3.3.5).

L'8.8% di
soggetti
diabetici
risultano
non idonei

Graf.n.3.3.6: % di soggetti visitati in CML riconosciuti non idonei nell'anno 2003.



Rispetto agli anni precedenti la percentuale di soggetti non idonei con problemi alcool correlati è aumentata; tale dato è riconducibile alla maggior estensione dei controlli dovuta all'entrata in vigore della nuova normativa. Infatti sul totale dei soggetti visitati per la conferma della validità della patente circa il 9% risulta non idoneo mentre sul totale dei soggetti visitati per la prima volta (revisioni e rilascio) la percentuale di non idoneità è pari al 11%.

**Aumentano
controlli da
alcool**

Preoccupante è l'aumento percentuale di soggetti riconosciuti non idonei visitati per problemi correlati all'uso di sostanze stupefacenti: dal 9,8% dello scorso anno si è passati al 13,7% di quest'anno. Tale dato assume connotazioni ancora più allarmanti se si prendono in esame i soggetti sottoposti a revisione perché fermati alla guida in condizioni di intossicazione da sostanze stupefacenti. La percentuale di non idonei in questi casi è stata del 36% a fronte del 24% dello scorso anno.

Istruttoria e vigilanza strutture sanitarie

Trentanove sono stati i sopralluoghi effettuati presso strutture sanitarie private per la verifica dell'idoneità igienico sanitaria e organizzativa ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed esercizio (poliambulatori medici, centri di terapia fisica, laboratori di analisi, ambulanze).

Come lo scorso anno tale attività ha impegnato notevolmente il personale tecnico ispettivo e sanitario per il frequente riscontro della difficoltà da parte delle Ditte interessate ad attenersi alle prescrizioni di norma, malgrado vengano fornite quotidianamente sia a mezzo moduli sia verbalmente tutte le informazioni inerenti la materia.

Il problema maggiore riguarda l'intenzione, sempre più frequente, di effettuare attività di tipo chirurgico, in particolare di chirurgia estetica, in strutture ambulatoriali che per le intrinseche caratteristiche e per i limiti imposti dalla norma non sono idonee a tale scopo.

Tre sono stati gli interventi di vigilanza a seguito di esposti o attivazione da parte degli organi di Polizia Giudiziaria.

Sempre restando nell'ambito delle strutture sanitarie è continuata l'attività di vigilanza relativa alla verifica dell'idoneità dei mezzi e delle sedi operative delle strutture che operano nell'ambito del trasporto e del soccorso di infermi e feriti. E' con soddisfazione che si può dichiarare che, a seguito degli interventi effettuati e delle prescrizioni disposte dal personale dell'ufficio in collaborazione con il personale del SUEM, attualmente la totalità delle ditte controllate (100%) dispone di mezzi con appropriata dotazione e di personale qualificato.

**100% dei
mezzi di
soccorso
autorizzati
idonei**

Visite fiscali

A partire da Luglio 2003 l'attività ambulatoriale fiscale è stata demandata ai distretti sanitari di base trasferendo il personale medico incaricato.

Le visite fiscali domiciliari vengono attualmente effettuate da un medico della medicina dei servizi a 24 ore per il territorio dell'ex ULSS 25 e da un medico del Distretto per il territorio dell'ex ULSS 24.

**Visite fiscali
demandate
ai Distretti**

L'analisi dell'andamento degli ultimi cinque anni depone per l'assoluta inefficacia di tale attività. La percentuale di non conferma della prognosi è al di sotto del 0.1%.

Questo non per incuria o incapacità dei medici fiscali, ma per obiettive difficoltà a contestare l'operato dei colleghi medici di medicina generale per i seguenti motivi:

- nella maggior parte dei casi non sono emersi motivi di 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 che si riescono ad effettuare non è stato significativamente positivo, come verificato da una sperimentazione effettuata negli scorsi anni.

La visita fiscale pertanto ha solo effetti deterrenti, e alla fine l'unico risultato apprezzabile è la verifica della presenza del lavoratore a casa nelle fasce orarie previste.

Auspicabile
l'abolizione
delle visite
fiscali

Ne consegue che, considerato l'elevato costo di tale attività che grava completamente sull'ULSS (la totalità delle visite viene richiesta da Enti Pubblici che per norma sono esentati dal pagamento) e vista l'inefficacia degli accertamenti medici, sarebbe oltremodo auspicabile che venisse modificata opportunamente la normativa prevedendo l'abolizione dell' esecuzione delle visite fiscali.

Protezione da radiazioni ionizzanti

Gli adempimenti previsti in materia di radioprotezione dai DD. LL.vi 241/00, 187/00 e 257/01 e la scadenza dell'Aut. Min. dell'Az. Ospedaliera hanno comportato nel corso del 2003 una consistente attività istruttoria per la convalida dei Nulla Osta all'impiego di radioisotopi. La normativa prevede infatti, nuove modalità e nuovi limiti di esposizione per i lavoratori e la popolazione in condizioni di normale attività e in caso di massimo incidente ipotizzabile e per la protezione dei pazienti. Tre industrie hanno già ottenuto parere favorevole; altre istruttorie per uso sanitario, industriale e di ricerca, sono tutt'ora in corso e se ne prevede la conclusione entro il 2004. L'attività ha visto la collaborazione fra SISP, SPISAL e ARPAV per i risvolti ambientali.

Operazione
"Curie"

A fine anno, sempre nell'ambito della convalida dei Nulla Osta all'impiego di R.I., si evidenzia la partecipazione all'operazione "Curie" congiuntamente ai Carabinieri del N.O.E. di Treviso e all'ARPAV; sono state esaminate tre industrie che impiegano radioisotopi. Di queste, due sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria, l'una per avere ceduto sorgenti radioattive a terzi senza averlo comunicato e senza essere in grado di dimostrarne il destinatario, l'altra industria, invece per non avere richiesto il Nulla Osta al Prefetto. In nessun caso sono state trovate contaminazioni ambientali e/o condizioni di pericolo per la popolazione e i lavoratori tali da indurre al sequestro o a provvedimenti di interruzione delle attività.

E' continuata la consueta vigilanza sugli atti per le comunicazioni per uso clinico complementare di apparecchi Rx. Da segnalare l'entrata in funzione del software regionale "Progetto Radioprotezione" in cui ora vengono inseriti tutti i nuovi dati che pervengono con comunicazione per gli ambiti sanitario, industriale e di ricerca.

PERSONALE DELL'UFFICIO:

Beltrame Silvana, Bonani Adriana, Canipari Annalisa, Casolin Renzo, Chiocchetta Maria Grazia, Ferrari Aladino, Ferrari Elisabetta, Ferrarini Marcello, Frassinelli Lara, Mella Augusto, Nicoli Paolo, Pernigo Antonella, Piccolo Daniela, Rubele Paola, Soardo Lorena, Vesentini Antonella.

4. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

La CEE ha attribuito al perseguimento della sicurezza degli alimenti la priorità assoluta. Le nuove normative in materia di sicurezza alimentare (in particolare il D.L.vo 155/97), la cresciuta attenzione della popolazione nei riguardi delle problematiche di igiene e sicurezza degli alimenti, l'evoluzione del concetto di "vigilanza e controllo" finalizzato alla prevenzione e alla educazione sanitaria, la continua necessità di gestire nuove emergenze legate a contaminanti, patogeni, ecc. di fatto hanno reso indispensabile un cambiamento della attività del SIAN attraverso l'attivazione di azioni programmate.

Il Servizio si articola in due unità funzionali:

1. Igiene degli Alimenti e Bevande
2. Igiene della Nutrizione

che rappresentano da un lato la continuazione operativa del vecchio "ufficio igiene" deputato al controllo degli insediamenti e della "annond", dall'altro il nuovo interesse per i problemi di prevenzione nutrizionale della popolazione.

Anche per il 2003 il SIAN ha mantenuto la distinzione territoriale con:

Sede centrale in via Salvo D'Acquisto a Verona

Sede periferica in via Montanara 2 a Colognola ai Colli.

Il personale attualmente in forza è costituito da:

Tab.n.4.1: Personale del SIAN

n°	Qualifica
1	Direttore del Servizio, medico
1	Responsabile della Unità di Igiene degli Alimenti e Bevande, laureato
1	Responsabile della Unità di Igiene della Nutrizione, medico
1	medico dirigente
1	coordinatore degli Ispettori di Vigilanza
9	Ispettori di Vigilanza
	Personale amministrativo in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione

Degno di menzione è lo spirito di gruppo sviluppatosi all'interno di tutto il personale SIAN la cui disponibilità ha permesso, seppur in cronica carenza di risorse, la realizzazione e il raggiungimento degli obiettivi preventivati ad inizio anno con programmi mirati svolti anche in collaborazione con altre strutture del Dipartimento di Prevenzione.

Ciò ha comportato necessità di aggiornamento continuo per poter assicurare un buon grado di autonomia, capacità nell'eseguire accertamenti sempre più mirati per tipologia di rischio e per piani di lavoro.

Inoltre il Direttore del servizio ha partecipato in qualità di coordinatore ai lavori di un gruppo di studio regionale volto a mettere a punto un programma informatizzato per il rilevamento delle attività dei SIAN nella regione veneto. Il programma prevede l'impiego di tale strumento nel corso del 2004 previa verifica operativa attualmente in corso.

Integrazione e
aggiornamento

4.1 Unità Igiene della Nutrizione

Premessa

Gli stili di vita non salutari sono una causa rilevante nell'insorgenza di malattie, come sottolineato nel rapporto OMS sullo stato di salute nel mondo (World health report 2002). Come conseguenza dei rapidi cambiamenti delle abitudini alimentari, della scarsa attività fisica, del consumo di alcool e dell'aumentato uso di tabacco si sta osservando nel mondo un'emergente epidemia di malattie croniche NCD (Non Communicable Diseases).

E' stato calcolato che nel 2001 a livello mondiale, le malattie cronicodegenerative siano state responsabili del 60% della mortalità generale e abbiano contribuito al 46% del carico globale di malattie nel mondo (Diet nutrition and the prevention of chronic diseases. Rapporto redatto da una Commissione di Esperti e promosso congiuntamente da WHO/FAO 2003).

Nella patogenesi di queste malattie che comprendono obesità, diabete mellito, malattie cardiovascolari, cancro, osteoporosi, intervengono più fattori.

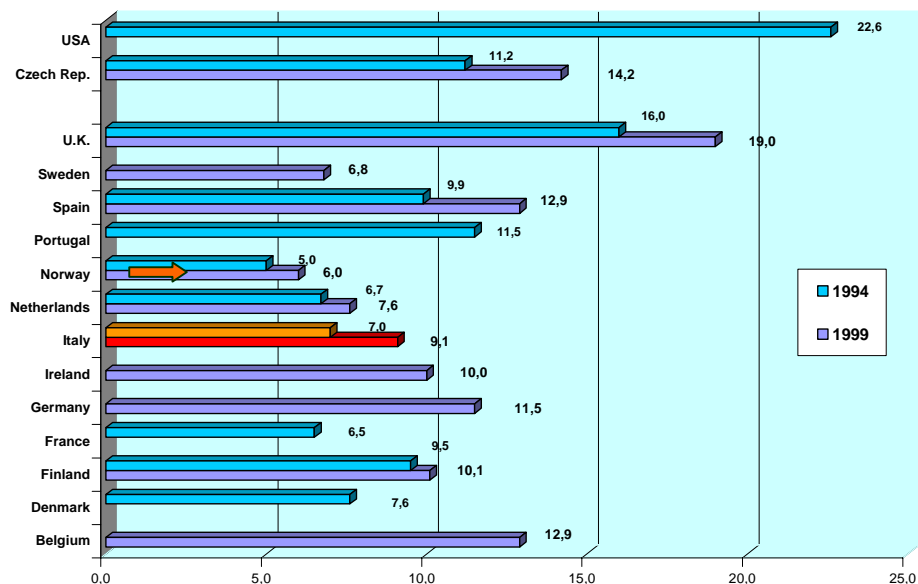
Dieta e nutrizione sono riconosciuti come fattori di rischio verso le malattie di cui sopra e pertanto occupano una importante posizione nelle attività di prevenzione.

Soprappeso ed obesità ed altre malattie legate all'alimentazione

Epidemia di
obesità

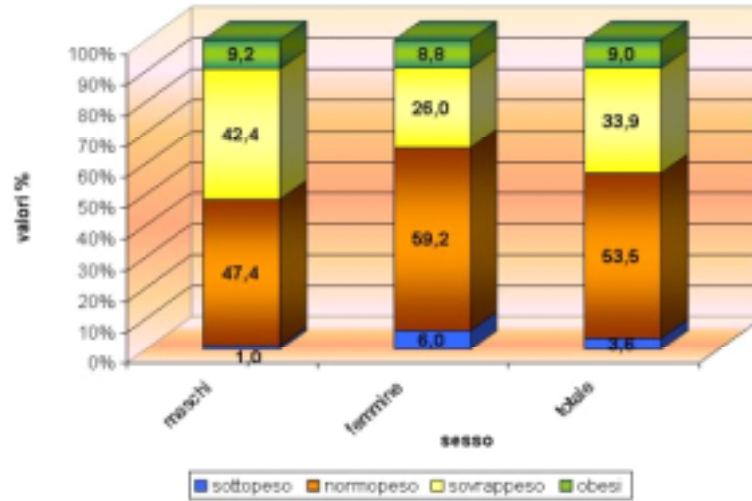
Il soprappeso (indice di massa corporea superiore a 25) e l'obesità (indice di massa corporea superiore a 30) nei bambini e negli adulti hanno raggiunto proporzioni epidemiche a livello mondiale e in Europa (Graf.4.1.1); purtroppo il fenomeno è in crescita anche in Italia (Graf.4.1.1 e Graf.4.1.2)

Graf.n.4.1.1: Prevalenza dell'obesità tra gli adulti in diversi paesi



Fonte: OECD - Health Data 2000 (Relazione: L. Gargiulo, E. Granicolo, S. Brescianini, A. Tinto. Settembre 2002 ISTAT)

Graf.n. 4.1.2: Persone di 18 anni e più secondo l'indice di massa corporea (BMI), per sesso, Italia, anni 1999-2000 (per 100 persone dello stesso sesso)



Alcuni determinanti genetici possono influenzare la propensione dei singoli individui ad ingrassare, ma il fattore maggiormente responsabile è rappresentato dall'assunzione eccessiva di calorie, associato ad un'attività fisica limitata fin dai primi anni di vita. Il soprappeso nei bambini (Graf.4.1.3 - rif.: dati ISTAT presentati nel settembre 2002 e presenti sul sito web del Ministero della Salute www.ministerosalute.it) tende a persistere nella vita adulta.

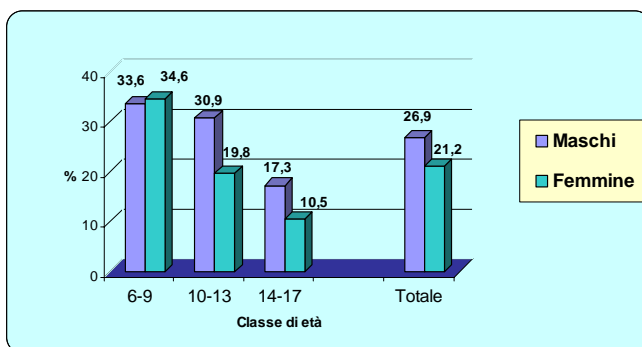
Eccesso di calorie e scarsa attività fisica

Graf.n.4.1.3: Bambini e adolescenti con eccesso di peso in Italia, 1999-2000

Fonte "Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza" S. Brescianini, (ISS), L. Gargiulo (ISTAT), Convegno ISTAT Settembre 2002

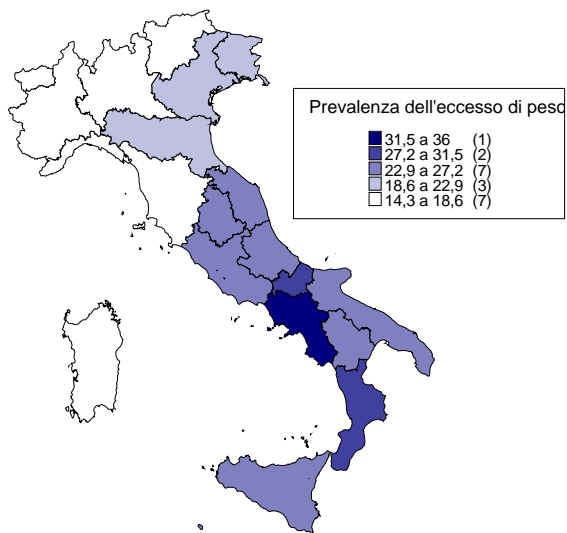
Sulla base dei cut-offs proposti dall'IOTF (International Obesity Task Force) in Italia la quota di ragazzi in eccesso di peso tra i 6 e i 17 anni è pari al 24,2%.

1 ragazzo su 4 è obeso



% di bambini e adolescenti obesi o in soprappeso	
Piemonte	17,1
Valle d'Aosta	14,3
Lombardia	18,5
Trentino-Alto Adige	16,1
Veneto	21,4
Friuli-Venezia Giulia	20,1
Liguria	17,0
Emilia-Romagna	22,7
Toscana	17,0
Umbria	24,1
Marche	25,8
Lazio	24,7
Abruzzo	27,0
Molise	27,5
Campania	36,0
Puglia	26,0
Basilicata	24,5
Calabria	27,2
Sicilia	26,8
Sardegna	16,6
ITALIA	24,2

Anni 1999-2000 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Incremento del rischio di malattie cronico-degenerative

L'elevata incidenza di obesità a sua volta aumenta il rischio di malattie quali: le malattie cardiovascolari, alcune tipologie di cancro ed il diabete tipo 2. Sovrappeso ed obesità inoltre contribuiscono significativamente all'insorgenza di patologie osteoarticolari, che rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nell'adulto.

Risorse ed attività

Per lo svolgimento dell'attività l'Unità Igiene della Nutrizione ha impiegato le seguenti risorse umane:

- un dirigente medico a tempo pieno
- una dietista ad otto ore settimanali

Sono nel corso del 2003 gli interventi di prevenzione nutrizionale rivolti a gruppi di popolazione.

Tale strategia, evidenziata nel Piano sanitario nazionale 2002-2004 "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" è ripresa nel "Piano triennale sicurezza alimentare 2002-2004 della Regione Veneto.

Informazione ed educazione alimentare

Sono state affidate al SIAN dell'ULSS 20 l'implementazione e la realizzazione del Progetto operativo per l'informazione e l'educazione del cittadino (D.G.R.V. 2202 del 9 agosto 2002 - "Alimentazione e sicurezza: scegliere in salute" in attuazione della Legge regionale 1 marzo 2002 n. 6 "Norme in materia di consumo di alimenti nelle mense prescolastiche e scolastiche, negli ospedali e nei luoghi di cura e di assistenza").

Informazione dei consumatori

Obiettivo del progetto è quello di promuovere la comunicazione con il consumatore su tematiche connesse alla sicurezza alimentare, compresa quella nutrizionale. al fine di favorire consumi consapevoli e rispondenti a strategie di prevenzione e promozione alla salute. Operativamente nella seconda metà del 2003 si è aperta una collaborazione col CRRPS (Centro di Riferimento Regionale per la Promozione della Salute) con cui si è lavorato all'organizzazione del corso di formazione regionale "Alimenti OGM: conoscere e comunicare" che si svolgerà a Verona nel prossimo mese di marzo 2004 e all'organizzazione di una ricerca di tipo qualitativo, a carattere esplorativo, sui bisogni informativi e gli atteggiamenti dei cittadini riguardo la tematica "alimenti OGM".

Fra le attività di educazione alimentare:

- è proseguito nell'anno scolastico 2002/2003 il progetto regionale "Alimentazione e salute" con il coinvolgimento di scuole elementari (Tab. 4.1.1);
- è proseguito con il Comune di San Martino Buon Albergo il progetto "Miglioramento della qualità della ristorazione scolastica" che vede interessate sette scuole con il coinvolgimento dell'Istituto Professionale di Stato per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione "A. Berti" di Verona (Tab. 4.1.1).
- è stato attuato un intervento di carattere informativo e/o educativo rivolto a genitori di bambini che usufruiscono di servizi di ristorazione scolastica, nonché di adulti appartenenti alla terza età, attraverso conferenze pubbliche e attraverso materiale informativo stampato come opuscoli, pubblicazioni in collaborazione con altri Servizi e Soggetti /Tab. 4.1.2).

Tab.n.4.1.1: Progetti

Vuoto	Progetto regionale "Alimentazione e salute" (a. a. 2001/2002 e 2002/2003)	Progetto regionale "Miglioramento della qualità della ristorazione scolastica" (a. a. 2002/2003 e 2003/2004)
n. scuole	45	7 + 1
n. classi	237	Dato non ancora disponibile
n. studenti	4.258	Dato non ancora disponibile
n. insegnanti	164	Dato non ancora disponibile

Tab.n.4.1.2: Altri interventi a carattere informativo educativo

Altri interventi a carattere informativo educativo	
n. 6 conferenze rivolte a:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Genitori di alunni che usufruiscono del servizio di refezione scolastica e operatori addetti ➤ Soggetti appartenenti alla terza età
Partecipazione TV	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TV locale
Collaborazioni alla stesura di opuscoli e pubblicazioni	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 opuscoli prodotti nel progetto Miglioramento della ristorazione scolastica del Comune di S. Martino B.A. ➤ 1 pubblicazione a carattere regionale relativa al progetto Educazione alla salute per le donne in gravidanza "Aspetto un bambino..."

Interventi nutrizionali nella produzione alimentare e nella ristorazione collettiva

Il servizio di ristorazione scolastica, offerto ai bambini che frequentano gli asili nido e le scuole materne, ai ragazzi che frequentano le scuole elementari e medie, agli insegnanti e agli operatori che lavorano nella scuola, ha assunto un'importanza sempre maggiore nel tempo, sia dal punto di vista funzionale all'attività scolastica vera e propria, sia soprattutto per l'importanza dietetica, nutrizionale e di sicurezza e non ultima anche come mezzo di educazione alimentare per le famiglie, attraverso gli allievi e gli insegnanti.

Nel 2003 è proseguita l'attività di controllo e verifica degli aspetti nutrizionali della refezione scolastica pubblica e privata. Nella Tab.4.1.3 sono riportati il n° refettori per i quali è stato acquisito e verificato il menù. Questa attività integra quella svolta dall'Unità Igiene degli Alimenti e Bevande.

Sicurezza
della
ristorazione
scolastica

Tab.n.4.1.3: Numero refettori scuole e nidi su cui è stato verificato il menù

Località	pubblico	privato	verifiche in mensa
Badia Calavena		2	
Bolca		3	
Calmiero		1	
Castelvero		1	
Cognola ai Colli	2		
Cologna Veneta	3		
Grezzana		3	
Illasi	2	1	
Lavagno	1		
Montecchia di C.		1	
Monteforte d'A.		1	
Roncà		1	
Rovere Veronese		1	
San Bonifacio	7	3	
S. Giovanni Ilar.		1	
S. Giovanni L.	8		4
Soave		2	
Verona	149	3	5
Veronella	1		
Zimella		2	
Totale			216

Collaborazione con Dipartimento Prevenzione Regione Veneto

Il personale medico ha operato inoltre nelle seguenti attività regionali:

Piano triennale sicurezza alimentare

- Coordinamento gruppo di lavoro (gdl) 8 "Nutrizione" Piano triennale sicurezza alimentare 2002-2004 i cui obiettivi sono
 - la promozione di comportamenti alimentari e stili di vita protettivi finalizzati al mantenimento del buono stato di salute e alla prevenzione delle principali patologie correlate al life-style attraverso l'attuazione di interventi di prevenzione nutrizionale;
 - la promozione della sicurezza alimentare nutrizionale

Nel gdl 8, avviato a fine anno 2002, sono presenti referenti della Direzione Regionale per la Prevenzione, del C.R.R.P.S., del S.E.R., della Direzione Regionale delle Politiche Agricole e di Mercato, dell'Università degli Studi di Padova Facoltà di Medicina Veterinaria e Facoltà di Medicina e Chirurgia, dei SIAN della Regione Veneto e di Veneto Agricoltura.
- Collaborazione attiva all'interno del gdl 8 all'elaborazione della proposta di programma Interreg III C Regional Framework Operation (RFO), programma in fase di condivisione con altre regioni europee, come iniziativa europea nell'ambito dei fondi strutturali per le politiche comunitarie regionali, relativamente alla tematica dei sistemi alimentari pubblici sostenibili e partecipazione ai vari lavori preparatori come: elaborati, riunioni e workshop a Venezia, Montpellier, Verona.
- Contributo nella revisione regionale 2003 delle "Linee guida regionali in materia di miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica".

4.2 Unità Igiene Alimenti e Bevande

Premessa

L'attività istituzionale dell'unità di igiene degli alimenti e bevande è quella più conosciuta dall'utente poiché deriva da una serie di competenze storiche.

E' imperniata intorno a alle seguenti funzioni:

- attività di controllo e ispettiva di vigilanza sulle aziende alimentari,
- controllo ufficiale dei prodotti alimentari,
- controllo dell'approvvigionamento dell'acqua potabile
- Ispettorato Micologico per controllo commestibilità dei funghi
- esecuzione di piani o progetti regionali o locali finalizzati al controllo della sicurezza alimentare e/o alla ottimizzazione di impiego delle risorse
- sorveglianza sui casi presunti o accertati di tossinfezione alimentare.

Tab.n.4.2.1: Attività di controllo sulle aziende alimentari

Tipologia attività	numero interventi anno		
	2001	2002	2003
Esame progetti, autorizzazione sanitaria, nulla osta sanitario, certificato idoneità sanitaria, attestato idoneità igienico-sanitaria ai locali e attrezzature, altre attività a valenza preventiva	1.985	1.663	2.035

Questo tipo di attività, promossa dalle richieste degli operatori economici e quindi in qualche modo espressione della "vitalità economica" del territorio, è improntata ai principi della educazione sanitaria assumendo spesso, oltre che la funzione propria del controllo, quella della consultazione.

I numeri sopra riportati, sono indicativi di una situazione dinamica che deve essere seguita con il massimo della disponibilità e competenza professionale di tutti gli operatori al fine di consentire il raggiungimento di una buona base igienico-sanitaria su tutte le strutture considerate.

In particolare si vuole mettere in rilievo l'attività di istruttoria e vigilanza svolta per l'attivazione del nuovo Centro Agroalimentare, fra i più grandi mercati d'Europa, situato al Quadrante Europa. Al fine di semplificare i procedimenti amministrativi, dal 1 luglio 2003 sono state modificate le procedure per il rilascio e il rinnovo delle autorizzazioni temporanee per la preparazione e/o somministrazione di alimenti in occasione di manifestazioni locali caratterizzate da ripetività.

Con questa nuova procedura si autorizzano una sola volta le strutture fisse dislocate nel territorio e si evita di ripetere un sopralluogo in occasione di ogni manifestazione che prevede l'impiego temporaneo di tali strutture. Si risparmiano così risorse preziose (tempo e personale spesso impiegato al di fuori del normale orario di servizio) e si evitano riti ripetitivi e privi di efficacia preventiva.

**Educazione
sanitaria e
controlli**

**Autorizzazioni
sanitarie
temporanee
più veloci**

Tab.n.4.2.2: Attività di vigilanza sulle aziende alimentari (Sono di seguito sintetizzate le attività svolte e i conseguenti provvedimenti adottati)

Tipologia attività	Numero interventi anno		
	2001	2002	2003
Operazioni di vigilanza comunque effettuate, es. sopralluoghi, controllo piani HACCP, prelievo campioni, ecc	2.135	1.608	2.038

Tab.n.4.2.3: Provvedimenti amministrativi a seguito di interventi di vigilanza:

Tipologia attività	numero provvedimenti anno		
	2001	2002	2003
Sanzioni amministrative, sequestri e dissequestri, ordinanze, revoche e dinieghi di autorizzazioni, ecc	215	171	209

Attività di controllo dei prodotti alimentari

La funzione di controllo dei prodotti alimentari, attraverso il prelievo di campioni per analisi di laboratorio, è forse quella che viene più richiesta sia direttamente che indirettamente dal cittadino nella convinzione che il numero dei controlli influisca direttamente sulla qualità finale del prodotto e sulla sua sicurezza.

E' possibile che la premessa abbia una sua intrinseca validità, ma deve essere accompagnata comunque da una attività di programmazione che punti ad indagare gli alimenti più a rischio nei punti più sensibili.

Verifica
delle attività
più a rischio

Per fare un esempio è preferibile intervenire nelle fasi di produzione di alimenti di grande consumo piuttosto che andare a verificare il prodotto finito già distribuito al dettaglio.

La realtà veronese, con un grande settore agro-alimentare è un punto nevralgico a valenza sicuramente nazionale ma con riflessi importanti anche nell'esportazione.

Il fatto stesso che Verona sia stata individuata come possibile sede per la autorità nazionale di sicurezza alimentare è indicativo di una situazione da monitorare con attenzione particolare, ma soprattutto con professionalità all'altezza della nuova realtà europea.

Tab.n.4.2.4: Test di controllo ambientale.

Tipologia attività	numero prelievi anno2003		
	tot.	irregolari	% irregolari
Prelievo di campioni di alimenti e di sostanze destinate alla alimentazione o destinate a venire in contatto con alimenti. Test di controllo ambientale.	471	36	13

Piano Triennale Per la Sicurezza Alimentare

Un particolare impegno per l'attività di vigilanza è derivato dalla applicazione del Piano Triennale per la sicurezza alimentare, attivato dalla Regione Veneto ed in corso di esecuzione.

OGM: nel quadro del controllo dei prodotti alimentari ha avuto una particolare rilevanza nel 2003 la attività di ricerca degli alimenti derivati da organismi geneticamente modificati.

Il nostro Servizio di vigilanza è stato allertato per indagare sulla presenza o meno di prodotti contenenti OGM o loro derivati su matrici alimentari.

Sono stati effettuati prelievi di n. 17 campioni con possibile contenuto in derivati OGM tutti, peraltro, risultati regolamentari all'analisi.

Inoltre, in relazione a direttive regionali, gli interventi sono stati estesi anche su coltivazioni di mais sospette di essere contaminate da semi geneticamente modificati.

Anche in tali casi i successivi esami non hanno rilevato la presenza di DNA di origine transgenica.

100% dei
campioni
privi di OGM

Micotossine: con lo scopo di dare una valutazione dell'impatto che diversi tipi di contaminazione alimentare possono avere sulla sicurezza alimentare del consumatore, si sta procedendo secondo i programmi al monitoraggio delle micotossine in alimenti per uso umano quali frumento, mais, orzo, soia, vino, frutta secca di provenienza locale o importati.

Al 31.12.03 sono stati eseguiti in totale 23 campioni per 12 dei quali si ha esito negativo, per i restanti non è ancora pervenuto l'esito.

Microrganismi patogeni in matrici alimentari a rischio: nell'ambito del progetto triennale per la sicurezza alimentare, è stato avviato nel mese di ottobre 2003 il progetto "microrganismi patogeni in matrici alimentari a rischio nei prodotti ortofrutticoli"

Relativamente ai dati finora in ns. possesso su un totale di 29 campioni eseguiti, 20 sono risultati regolari, dei restanti 9 in 5 casi si è riscontrata elevata carica batterica, in 2 casi presenza di stafilococco aureo non enterotossico, e in 2 casi si è riscontrata la presenza di salmonella e listeria. Tale riscontro di germi indicatori non in linea con lo standard di riferimento (le modalità di preparazione devono essere migliorate) ha prodotto indagini ed accertamenti specifici a approfondimenti a livello del luogo di produzione al fine di eliminare il rischio riscontrato e di migliorare le condizioni igienico-sanitarie.

In sostanza i risultati fino ad oggi in nostro possesso evidenziano la necessità di migliorare le fasi di preparazione e di conservazione dei prodotti alimentari, la corretta gestione dei tempi e delle temperature, l'igiene del personale e delle attrezzature in modo da tenere sotto controllo la moltiplicazione batterica e l'eventuale contaminazione esterna.

In 9 casi
presenza di
indicatori
batterici
oltre lo
standard

Prodotti Biologici

In relazione all'aumento di domanda da parte dei consumatori di prodotti biologici, il Servizio prosegue la campagna di vigilanza mediante il prelievo di prodotti alimentari provenienti da coltivazione biologica.

Sono stati eseguiti in totale 11 campioni di prodotti alimentari dichiarati biologici per 9 dei quali è pervenuto esito negativo e per altri 2 si rimane in attesa dell'esito.

Prodotti alimentari utilizzati per l'attività sportiva

Relativamente al sospetto impiego/consumo di determinati prodotti alimentari nelle palestre, è stato programmato ed eseguito un controllo presso palestre e centri fitness che ha comportato il prelievo di prodotti dietetici specifici per lo sportivo.

Sono stati pertanto eseguiti presso centri fitness e negozi di prodotti alimentari specializzati in alimenti dietetici per lo sportivo, n. 4 campioni che hanno dato tutti esito regolamentare.

Esiti regolari

Ristorazione

Controllo
mense

L'attività di vigilanza è proseguita con il controllo delle mense scolastiche, ospedaliere, le case di riposo con consumatori pertanto molto sensibili (bambini, anziani, ammalati), i centri di cottura dei pasti, i bar, i ristoranti. Si sono privilegiati nei numerosi sopralluoghi l'informazione, la formazione e l'educazione sanitaria e sono state impartite le necessarie direttive per una corretta igiene delle lavorazioni e per adeguamento strutturale delle attrezzature.

In 22 casi su
150 elevata
carica
batterica

Sono stati effettuati 150 campioni di primi e/ secondi piatti con riscontro di anomalie da elevata carica batterica in 22 casi.

Programma Rete Regionale Rilevamento Radioattività Ambientale del Veneto

11 campioni
negativi

Nell'ambito del programma provinciale dei campionamenti delle matrici alimentari per il controllo della contaminazione radioattiva nella provincia di Verona sono stati eseguiti in totale 11 campioni tutti con esito negativo.

Attività di controllo dell'approvvigionamento dell'acqua potabile:

Grande importanza è stata riservata a questa matrice alimentare che può essere presa come indicatore di civiltà igienica.

Tab.n.4.2.5: Controllo acqua potabile

Tipologia attività	numero prelievi anno 2003		
	totale	irregolare	% irregolare
Campioni acqua destinata al consumo umano	1.588	149	9

I dati sopra riportati e relativi alla attività del SIAN danno solamente una parziale immagine del lavoro svolto dai nostri tecnici e rivolto al controllo delle acque destinate al consumo umano.

In realtà la vigilanza si svolge attraverso un'opera di contatto e collaborazione con i Sindaci dei Comuni, con i gestori degli acquedotti e con i privati che ancora non dispongono dell'allacciamento alla rete acquedottistica.

Controllo di
sorgenti,
impianti,
pozzi

Non è limitata ai soli prelievi di campioni ma è allargata al controllo delle sorgenti, degli impianti e attrezzature, dei pozzi esistenti e nuovi, al giudizio finale sulla possibilità o meno di adibire l'acqua al consumo umano.

Il 2003 segna anche il confine temporale tra la vecchia normativa in vigore (DPR 236/1988) e le nuove regole dettate dal D. L.gvo 31/2001.

In futuro cambierà il sistema di programmazione degli interventi e sono iniziati gli opportuni collegamenti tecnici tra i SIAN delle ULSS della provincia di Verona con il laboratorio dell'ARPAV per un impiego ottimale delle relative reciproche risorse.

In questa sede basti ricordare alcuni dati indicativi relativi al consumo di acqua.

Tab.n.4.2.6: Consumo di acqua

Quantità di acqua	Verona	49.201.000 mc.
	Lessinia	3.559.000 mc di cui clorata 40%
Impianti	Centrali	21
	Pozzi	60
	Staz. Pompaggio	49
Abitanti serviti	Verona	265.155 con 508 litri/abitante/giorno
	Lessinia	12.000 con 812 litri/abitante/giorno
Estensione rete	Totale	1.600 km

La situazione oggi può essere definita sotto controllo. Soprattutto la città, ha a disposizione acqua potabile in quantità e con caratteristiche chimiche e batteriologiche di qualità che la rendono idonea al consumo senza necessità di trattamenti di bonifica (clorazione).

A Verona
acqua di
buona
qualità

Per le altre realtà della parte est del territorio della ULSS 20 vi è qualche problema correlato alla possibile carenza d'acqua in presenza di sfavorevoli condizioni atmosferiche soprattutto estive e alla qualità dei pozzi.

Inoltre vi è la necessità di tenere sotto controllo i parametri batteriologici e chimici, soprattutto in relazione al livello di nitrati che ha determinato per il passato la scelta di abbandonare dei pozzi per ricercarne di nuovi e idonei.

Ispettorato Micologico

In un'ottica duplice di vigilanza e controllo, si pone l'attività di ispezione micologica effettuata dall'Ispettorato Micologico, prevalentemente nei locali del nuovo Centro Agroalimentare, al quale sono affidate le funzioni di vigilanza e controllo sanitario sul confezionamento e commercio dei funghi epigei spontanei.

In aggiunta alla citata attività, che è svolta a tariffa regionale, vi è anche da segnalare il lavoro gratuito di consulenza ai privati che chiedono perizie micologiche nel dubbio che i funghi raccolti non siano commestibili o addirittura tossici e velenosi.

Nel corrente anno l'attività micologica ha risentito delle sfavorevoli condizioni atmosferiche stagionali che hanno condizionato sia la qualità che la quantità dei funghi importati per la successiva commercializzazione.

Tab.n.4.2.7: Attività micologica

Tipologia attività	numero interventi anno 2003
kg funghi ispezionati	42.610
n. perizie autoconsumo per privati	81

Un cenno particolare merita la recente collaborazione dell'Ispettorato Micologico richiesta dall'Autorità Giudiziaria per le determinazioni botaniche su alcune specie di funghi non commestibili, non presenti in natura nel territorio nazionale, importati e messi in commercio per la loro azione psicotropa (funghi allucinogeni).

Progetto Regionale FAS (Fitosanitari-Ambiente e Salute)

FAS è il nuovo sistema di gestione Fitosanitari Ambiente Salute che tende a garantire il corretto impiego dei prodotti fitosanitari per tutelare la salute del consumatore e

l'ambiente in cui vive mediante l'informazione, la formazione l'educazione degli operatori del settore ed ispezioni ufficiali;

Il progetto è stato curato dalla Direzione Regionale della Prevenzione in collaborazione con le Aziende ULSS, le ARPAV e il Servizio Fitosanitario Regionale.

Gli obiettivi del FAS sono:

- verifica delle abilitazioni e autorizzazioni al commercio e alla vendita dei prodotti fitosanitari,
- vigilanza su autorizzazione all'acquisto e all'impiego dei prodotti fitosanitari
- formazione: questo Servizio ha organizzato il primo corso provinciale di formazione per i venditori di prodotti fitosanitari appartenenti al territorio della Provincia di Verona (ULSS 20, 21 e 22)
- vigilanza sul commercio e impiego dei prodotti fitosanitari

Sono state messe in atto a livello territoriale tutte le iniziative di verifica e controllo previste dal piano regionale. A conclusione di questa prima esperienza sono stati eseguiti anche 10 controlli sull'impiego dei prodotti fitosanitari presso le aziende agricole, enti, vivai, floricoltori e magazzini di derrate alimentari.

Progetto sperimentale della ULSS 20 di vigilanza programmata mista SIAN - VETERINARIA

Il progetto si basa sull'attività programmata, svolta da un gruppo operativo composto da personale con professionalità diverse (medico veterinario, tecnico della prevenzione) nel territorio circoscritto di un distretto veterinario. Ciò consente una reale integrazione dei servizi SIAN/VET, una migliore razionalizzazione, ottimizzazione delle risorse dipartimentali e una uniforme valutazione e trattamento degli utenti;

Gli insediamenti presi in considerazione sono gli agriturismo, i ristoranti, le trattorie, le gastronomie, le rosticcerie, i supermercati, la refezione scolastica ed assistenziale, il deposito all'ingrosso di prodotti alimentari.

Il piano ha avuto inizio nel giugno 2003 ed è stato programmato nell'arco di ulteriori quattro anni.

In totale, nel 2003, sono state effettuate n. 24 ispezioni congiunte SIAN/VET con relativi verbali conclusivi.

Attività di sorveglianza sulle intossicazioni alimentari.

A seguito di segnalazione di privati cittadini e/o di altri SIAN del territorio nazionale o di altri medici del Servizio Sanitario Nazionale, sono state eseguite n. 12 indagini per sospetta tossinfezione alimentare che hanno comportato accertamenti presso 5 esercizi di commercio al dettaglio, 6 esercizi di ristorazione pubblica e 1 di ristorazione collettiva. In due casi è stato possibile identificare la presenza di salmonelle.

In totale sono risultate coinvolte una decina di persone senza riscontro di casi con particolare gravità clinica.

Ci sembra un segnale positivo il fatto che non siano state coinvolte collettività numerose ma emerge il rischio correlato al consumo in ambito familiare.

PERSONALE DEL SERVIZIO:

Cannas Luciano, Chioffi Linda, Eridani Antonio, Faggionato Gino, Ferreri Anna Maria, Guarda Pietro, Gudenzi Francesca, Marino Emilio, Martinelli Donato, Menon Giuseppe, Milan Pietro, Montoli Monica, Pozzani Laura, Zambaldo Luigi.

5. SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

5.1. Prevenzione infortuni e malattie professionali

Epidemiologia degli infortuni in provincia di Verona e nell'ulss. N. 20

In Veneto dal 1999 vi è un calo costante degli infortuni, compresi quelli mortali. Prevalentemente interessati sono i comparti dell'industria manifatturiera, edilizia, trasporti, metalmeccanica e agricoltura.

Invece è in aumento il numero di infortuni mortali accaduti sulla strada, rispetto al totale degli infortuni mortali, che sono passati dal 20% del totale degli infortuni mortali del 1987 al 60 % del 1998.

Complessivo
calo degli
infortuni in
Veneto

Aumento degli
infortuni
mortalità su
strada

La provincia di Verona presenta il più elevato numero assoluto degli infortuni e un trend in aumento (+13%) dal 1998 al 2002 (tab. 1 e 3), in controtendenza rispetto al dato regionale.

Tab.n.5.1.1: Infortuni denunciati in Veneto nel periodo 1998-2002, dati INAIL

Provincia	1998	1999	2000	2001	2002
Verona	26.841	26.985	27.040	28.053	27.828
Vicenza	27.330	26.402	25.217	25.286	24.796
Belluno	5.404	5.305	5.137	5.323	4.949
Treviso	23.153	25.881	25.826	24.272	21.193
Venezia	21.452	21.629	21.666	22.490	21.094
Padova	24.104	24.626	24.150	22.425	21.031
Rovigo	5.669	5.655	5.759	5.828	4.999
Totale	133.953	136.483	134.795	133.677	125.890

La disamina degli infortuni denunciati in provincia di Verona evidenzia come circa un terzo degli stessi non sia poi riconosciuto dall'INAIL in quanto inferiori a 3 gg. di prognosi o non rientranti nei parametri medico legali dell' Istituto assicuratore. Comunque non è irrilevante in termini di costi e danni osservare la numerosità degli eventi lievi cioè inf. a 3 gg.

Tab.n.5.1.2: Infortuni in provincia di Verona 1998 - 2002, dati al 30 giugno 2003

	1998	1999	2000	2001	2002
Infortuni con inabilità temp. >3gg	14.774	15.537	15.903	15.884	14.140
" inab. permanente	473	513	308	305	127
" mortalità	26	24	25	20	26
<i>di cui a bordo o alla guida di...</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>14</i>	<i>16</i>	<i>0*</i>
Totale infortuni definiti INAIL	15.273	16.074	16.236	16.209	14.293
Infortuni con inabilità inf. a 3 gg	6.695	6.266	6.215	5.852	4.825
Infortuni non definiti INAIL	1.520	1.561	1.695	3.126	6.091
Totale infortuni denunciati	23.488	23.901	24.146	25.187	25.209

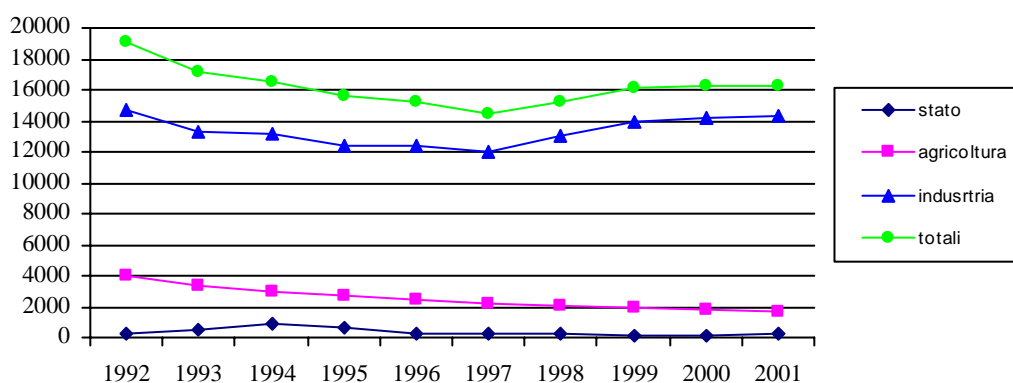
* A tutt'oggi, 20 gennaio 2004, 20 infortuni mortali avvenuti nel 2002 non sono ancora stati definiti.

La definizione dei casi di infortunio adottata dall'INAIL classifica come:

1. Temporanei: infortuni con un'astensione dal lavoro superiore ai tre giorni; a decorrere dal quarto giorno viene corrisposta al lavoratore un'indennità giornaliera che cessa con la guarigione clinica.
2. Permanente: quando dall'infortunio esitano postumi permanenti indennizzati dall'INAIL
3. Mortale: se l'evento lesivo ha avuto come conseguenza la morte del lavoratore.

La figura seguente illustra l'andamento del fenomeno infortunistico in provincia di Verona a partire dal 1992. Complessivamente, si nota un decremento della numerosità assoluta, anche se a partire dal 1998 sembra essersi esaurita la tendenza favorevole. Alla base di questo fenomeno vi è da un lato un calo della sensibilità del mondo del lavoro rispetto il problema e dall'altro l'aumento del numero di lavoratori assicurati che solo per l'ulss n. 20 dal 2000 al 2001 è aumentato del 10 % (da 136.783 lavoratori a 149.954), oltre il riconoscimento degli infortuni in itinere partire dal 2000.

Graf.n.5.1.1: andamento per settore del numero degli infortuni sul lavoro definiti dall'INAIL in provincia di Verona nel periodo 1992-2002



*dati incompleti

Provincia di Verona: calo infortuni in agricoltura

Particolarmente favorevole è la riduzione del numero degli infortuni avvenuta nell'agricoltura. L'incremento che caratterizza gli anni 98/2000 deriva essenzialmente dall'aumento della base assicurata.

Per quanto riguarda lo specifico del territorio dell'ULSS n. 20 negli ultimi anni si evidenzia un andamento favorevole dell'indice di incidenza. Da osservare l'alto peso derivante dagli incidenti stradali soprattutto per le forme permanenti e mortali.

La numerosità complessiva del fenomeno indica che esistono ancora ampi margini di miglioramento e che occorre mobilitare maggiormente risorse ed energie per raggiungere l'obiettivo zero infortuni, quale obiettivo culturale e sociale.

Tab. 5.1.3: infortuni nell'ULSS 20 definiti dall'INAIL

	Inf. mortali	Inf. permanenti	Inf. temporanei	Totale	Lavoratori assicurati	Tasso di incidenza
2000						
totali	11	185	6.783	6.979	136.783	5.1 %
stradali	7	50	1.190	1.204		
2001						
totali	9	189	6.657	6.855	149.954	4.8 %
stradali	8	48	962	1.018		

Tab.n.5.1.4: distribuzione degli infortuni nel 2000, nei principali comparti dell'ULSS 20 - INAIL -

	Temporanei	Permanenti	Mortali	Totale	%	N° addetti
Servizi	1.390 (2.4)	18 (0.03)	1 (0.002)	1.409 (2.4)	20	58.147
Metalmeccanica	1.344 (7)	15 (0.08)	2 (0.01)	1.361 (7.1)	19.3	19.155
Edilizia	887 (7.5)	27 (0.2)	2 (0.02)	916 (7.7)	13	11.892
Trasporti	703 (8.2)	13 (0.15)	2 (0.02)	718 (8.4)	10	8.578
Agroalimentare	404 (5.3)	5 (0.06)	0	409 (5.4)	6	7.592
Marmo	222 (8.2)	7 (0.26)	1 (0.04)	230 (8.5)	3.2	2.694
Tessile	131 (2.6)	0	1 (0.02)	132(2.6)	1.8	5.070
Cuoio-pelle- carta-stampa- chimica	323 (1.8)	6 (0.03)	0	329 (1.9)	4.6	17.479
Legno	108 (8.6)	2 (0.16)	0	110 (8.7)	1.5	1.260
Totale	5.512 (4.2)	93 (0.07)	9 (0.007)	5.614 (4.3)	79.4	131.867

Tra parentesi è stato calcolato il tasso di incidenza (n° eventi/100 addetti) come stima del rischio, cioè della probabilità di subire un infortunio lavorando in un determinato comparto.

Confrontando l'incidenza degli infortuni nei diversi comparti è evidente che la metalmeccanica, l'edilizia, i trasporti, il marmo e il legno risultano quelli maggiormente a rischio di infortunio con valori che sono 3 o 4 volte superiori al rischio presente nei servizi o nel tessile.

Valutando poi gli infortuni con esiti permanenti e quelli mortali, il rischio negli stessi comparti risulta essere anche 10-20 volte superiore rispetto agli altri.

Nei comparti edile e metalmeccanico si verificano circa 1/3 di tutti gli infortuni. L'incidenza del fenomeno a carico del comparto Servizi, cioè del terziario, è pari al 20%, in questo ai primi posti come incidenza degli infortuni vi sono le Cooperative di Servizi.

Complessivamente nel territorio dell'ulss n. 20 il costo economico annuo degli infortuni è stimabile in circa 45.000.000 di Euro.

Edilizia e
metalmeccanica:
1/3 degli
infortuni

Nell'Ulss 20
gli infortuni
costano
45 milioni di
euro/anno

La tabella seguente riporta i primi 7 Comuni del territorio dell'AULSS 20 (dati INAIL 2001), in cui si verificano più dell'80% del totale degli infortuni.

Tab. n.5.1.5: Infortuni per comune dell'ulss 20

COMUNE SEDE DELL'EVENTO	N° INFORTUNI	%
Verona	5241	57,8%
San Bonifacio	508	5,6%
San Giovanni Lupatoto	494	5,4%
San Martino Buon Albergo	414	4,6%
Castel d' Azzano	233	2,5%
Colognola ai Colli	213	2,3%
Grezzana	209	2,3%
Totale primi 7 Comuni		80,5%
Totale infortuni denunciati	9058	

232 infortuni
gravi
2 mortali

Inchieste infortuni gravi e mortali

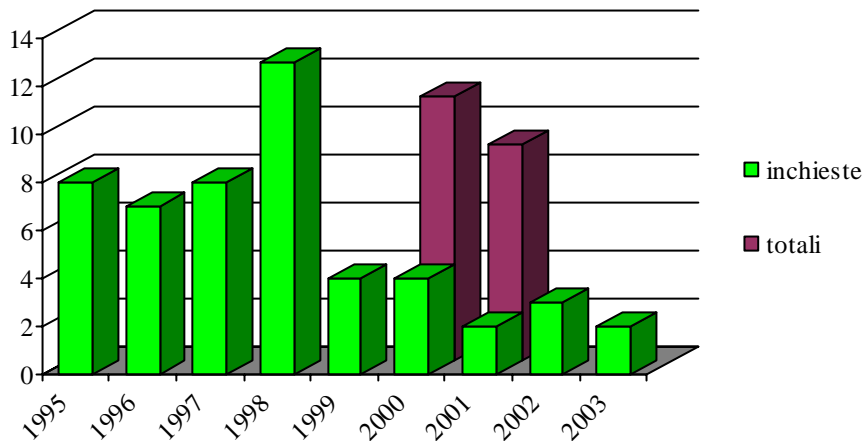
Lo SPISAL effettua indagini sugli infortuni mortali e gravi che vengono segnalati dal Pronto Soccorso e dalle forze dell'ordine. L'indagine contiene la dinamica dell'infortunio, la documentazione fotografica e tecnica, le cause e le figure responsabili e si conclude con un rapporto trasmesso alla Magistratura.

Nel corso del 2003 si sono valutati 232 infortuni gravi, per 85 di questi è stata effettuata l'indagine completa, compresi due infortuni mortali.

Di queste inchieste: 30 si sono concluse con denuncia per lesioni personali, 1 per omicidio colposo e le restanti con proposta di archiviazione.

Il numero di infortuni mortali che avvengono nell'ambiente di lavoro è comunque in calo, come risulta dalla figura sotto riportata, mentre il numero degli infortuni accaduti sulla strada è in continuo aumento

Graf.n.5.1.2: infortuni mortali nel territorio dell'ULSS 20 di Verona sottoposti ad inchieste giudiziarie.



I comparti più interessati da infortuni gravi e mortali sono: metalmeccanico, edilizia, servizi, agricoltura.

Le cause degli infortuni oggi provano che permangono le forme più tradizionali di accadimento dovute a carenze di tipo tecnico, quali per esempio: nei cantieri i lavori in altezza senza protezioni, macchine-attrezzature prive di protezioni, oltre alla movimentazione con carrello elevatore, soprattutto nell'ambito delle cooperative di servizio. Accanto a queste forme tradizionali, sono sempre più in causa carenze organizzative e procedurali, ritmi di lavoro intensi, procedure errate e pericolose, mancanza di addestramento e formazione. Un problema sempre più allarmante che investe le agenzie di lavoro interinale e le cooperative di servizi e facchinaggio è il forte turn over della manodopera (più alto è, più elevato si presenta il fenomeno infortunistico) che oggi caratterizza il mercato del lavoro.

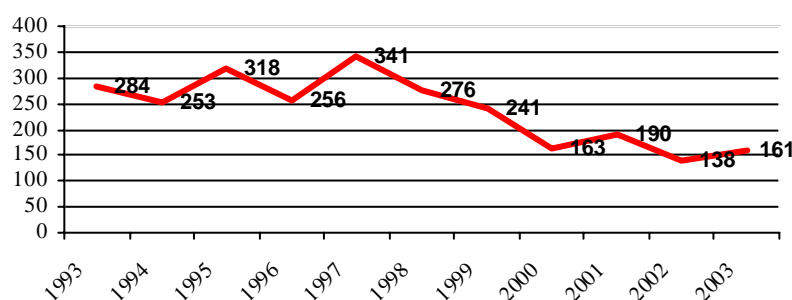
5.2. Malattie Professionali

In figura 3 si riporta l'andamento della curva epidemica delle malattie professionali nell'ulss n. 20, denunciate o riscontrate nell'ambito dell'attività ambulatoriale del Servizio.

Dal 1997 è in atto un trend calante, che dimostra di essere in presenza di un miglioramento delle condizioni di prevenzione nei confronti dei rischi di tipo fisico e chimico.

Le malattie professionali diminuiscono

Graf.n.5.2.1: Malattie professionali denunciate allo SPISAL dell'ULSS 20, nel periodo 1993-2003



L'esame dei casi, trattati negli ultimi tre anni, riportati in tabella 12, evidenzia come sia ancora prevalente la patologia uditiva da rumore, ma sia parimenti rilevante la patologia da esposizione a polveri di amianto e la patologia dell'apparato muscolo-scheletrico da sovraccarico bio-meccanico.

58% ipoacusia da rumore

Tab.n.5.2.1: Malattie professionali denunciate e definite, nel periodo 2001-2003 dallo SPISAL

	N°	%	T.I. *
Ipoacusia da rumore	252	58	61
Asbestosi - lesioni pleuriche benigne	43	10	10.5
Malattie da sovraccarico bio-meccanico	37	8.5	9
Tumori professionali	29	6.6	7.1
di cui:			
Mesotelioma pleurico da esposizione ad amianto	20	4.6	4.9
Altri tumori amianto - correlati	3	0.7	0.7
Carcinoma delle cavità nasali da polveri di legno	1	0.2	0.2
Dermatite da contatto	28	6.4	6.8
Bronchite cronica	10	2.3	2.4
Asma bronchiale - alveoliti allergiche estrinseche	8	1.8	1.9
Epatiti da virus C	6	1.4	1.5
Totale	437	100	52.7

* Il tasso di incidenza T.I. (n° casi anno/100.000) è stato calcolato rispetto al totale degli occupati nell'ULSS 20 = 136.421.

Di recente riscontro e di attuale attenzione da parte anche dell'INAIL, sono le patologie dell'apparato muscoloscheletrico da sovraccarico bio-meccanico (tendiniti, sindr. del tunnel carpale, periartriti, ernie discali e artrosi del rachide) e da movimentazione manuale di carichi.

Queste sono legate a condizioni di lavoro attuali, soprattutto in alcuni comparti quali: edilizia, sanità, alimentari, agricoltura, che comportano spesso lavori pesanti, attività di assemblaggio in linea, esecuzione di movimenti ripetitivi con elevati ritmi di produzione, in condizioni climatiche sfavorevoli e dove l'organizzazione del lavoro non tiene conto dei principi ergonomici.

Esposizioni lavorative pregresse

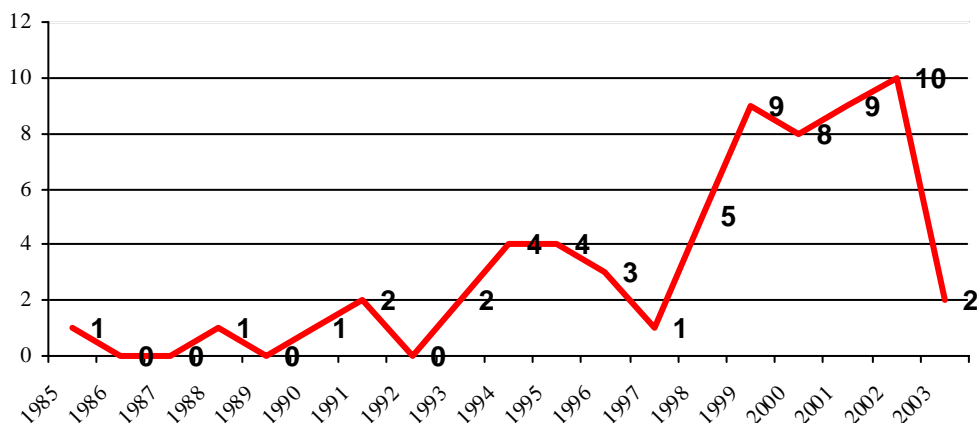
I numerosi casi di ipoacusia da rumore e soprattutto i tumori, le asbestosi e le lesioni pleuriche da amianto, sono da addebitare a condizioni di lavoro pregresse, relative anche ad alcuni decenni fa, tale infatti è il tempo di latenza per lo sviluppo dei tumori professionali. Attualmente con il divieto dell'utilizzo dell'amianto dal 1992, il pericolo di esposizione dei lavoratori è limitato ai lavori di rimozione e di decoibentazione di manufatti contenenti amianto, per i quali sono previste rigide misure di prevenzione e controlli.

Aumentano i casi di mesotelioma

Il grafico seguente documenta l'andamento della frequenza dei casi di mesotelioma nella provincia di Verona. Sono stati presi in considerazione solo i casi di mesotelioma della pleura con diagnosi certa confermata dall'esame istologico. L'andamento dal 1985 al 2002 evidenzia l'aumento del numero di casi accertati negli ultimi anni e conferma quanto previsto in base ai periodi di esposizione ad amianto il cui culmine, sia per livello che per diffusione nella popolazione, si colloca negli anni settanta. Va ricordato il lungo periodo di latenza di questo tipo di tumore, 30 anni in media.

Le principali attività produttive interessate nel nostro territorio sono quelle legate alla costruzione e manutenzione di rotabili, alla produzione di forni per panificazione ed alla produzione di manufatti in cemento-amianto.

Graf.n.5.2.2: Casi di mesotelioma accertati in provincia di Verona dal 1985 al 2003



Nel corso del 2003 l'Ambulatorio SPIRAL (sedi di Verona e Colognola) ha erogato complessivamente 2517 prestazioni, comprensive di visite mediche, accertamenti strumentali e certificazioni medico-legali.

Le attività ambulatoriali hanno riguardato prevalentemente interventi a la tutela delle lavoratrici madri, per l'avvio al lavoro di lavoratori minori o apprendisti o disabili, per

lavoratori ex esposti ad amianto e ad altri cancerogeni, lavoratori affetti da malattie professionali, certificazioni di idoneità al lavoro.

Sorveglianza ed assistenza sanitaria dei lavoratori ex esposti all'amianto

Nell'ambito del progetto regionale "Sperimentazione di un modello di sistema di sorveglianza e di assistenza sanitaria ai lavoratori con pregresse esposizione professionali a cancerogeni (amianto)", sono stati ultimati gli accertamenti sanitari nei confronti di un gruppo di lavoratori che in passato erano stati addetti ad attività in acciaieria e fonderia, alla manutenzione di rotabili ferroviari, alla produzione di manufatti in cemento amianto.

Dall'inizio dello studio (anno 2001) sono stati individualmente contattati con lettera di illustrazione delle motivazioni e delle finalità del progetto 592 lavoratori; di questi 250 avevano comunicato la loro adesione alla proposta di sottoporsi agli accertamenti previsti dal protocollo sanitario che comprende l'effettuazione della visita medica generale, esame spirometrico e TAC spirale del torace.

- 33 lesioni pleuriche
- 2 asbestosi
- nessun mesotelioma

Sono stati sottoposti ad accertamenti sanitari complessivamente 233 lavoratori (129 sono stati visitati nel 2003; 17 soggetti hanno ritirato la loro adesione allo studio).

Nella seguente tabella sono riassunti i dati relativi ai risultati della TAC torace.

Tab.n.5.2.2: Dati relativi alla TAC torace.

Numero contattati	Numero adesioni	Numero visitati	Numero negativi	Casi ancora in accertamento	Casi con lesioni pleuriche	Casi di asbestosi	Casi di mesotelioma	Casi di carcinoma
592	250*	233	170	27**	33	2	0	0

* 17 hanno in seguito ritirato l'adesione al progetto

** controllo TAC torace a distanza di nodulazioni parenchimali e pleuriche (per i casi già sottoposti a controllo le lesioni risultano morfologicamente e di dimensioni invariate rispetto al primo esame radiologico)

Collaborano al progetto l'Istituto di Radiologia dell'Ospedale Policlinico, l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Verona, la Divisione di Chirurgia Toracica dell'Azienda Ospedaliera e gli Istituti di Anatomia Patologica.

Vigilanza nelle attività con presenza di Amianto

Nel corso del 2003 è proseguita la vigilanza nelle attività in cui vi è presenza di amianto, con il controllo dei cantieri e degli ambienti nei quali vengono svolte lavorazioni di rimozione di amianto compatto (tetti in eternit) e friabile (condotti, tubature, pannelli ecc).

Rientra nell'attività di routine il controllo semestrale, con monitoraggio ambientale, degli unici due ambienti di lavoro fissi dove ancora si effettuano lavorazioni di bonifica di rotabili ferroviari, presso le Officine grandi Riparazioni delle FS e presso le Officine Ferroviarie Veronesi, in cui nel 2003 sono state bonificate 70 carrozze.

Nella tabella sono riportati i piani di lavoro presentati allo SPISAL dalle imprese, le attività di controllo e le indagini ambientali effettuate per la "restituibilità"(assenza di fibre nell'aria ambiente) del locale, a conclusione dei lavori di rimozione.

Controlli semestrali in due ambienti di lavoro fissi

Tab.n.5.2.3: Attività di controllo dell'esposizione ad amianto

Piani di lavoro presentati ed esaminati	315
Bonifica di materiali compatti	270
Bonifica di materiali friabili	45
Imprese controllate	15/55 tot
Sopralluoghi totali	105
così suddivisibili:	
Preventivi (per rilasciare prescrizioni al piano di lavoro)	22
In vigilanza (1° sopralluogo)	18
Ispezioni al fine della restituibilità	38
Per il collaudo di aree confinate	27
Verbali con prescrizioni rilasciati	6
Campionamenti effettuati	57
di cui:	
SEM* per il certificato di restituibilità	55
MOCF** in vigilanza per friabile (OFV)	2
Certificati di restituibilità rilasciati	40

* Microscopia Elettronica a Scansione

** Microscopia Ottica a Contrasto di Fase

5.3. Attività di vigilanza

L'azione di prevenzione negli ambienti di lavoro dello SPISAL si articola in ragione delle caratteristiche produttive e sociali del nostro territorio, caratterizzato dalla contemporanea presenza di forme di lavoro tradizionale e di forme di lavoro tipiche di un sistema in rapido cambiamento (flessibilità, mobilità, decentramento produttivo, nuove tecnologie, lavoratori provenienti da paesi non U.E, ecc.), ma anche caratterizzato da fenomeni di illegalità ed irregolarità del lavoro, che in alcune manifestazioni possono giungere a nuove forme di schiavismo.

Le politiche di prevenzione si articolano in interventi che vanno dalla repressione delle forme più gravi di insicurezza del lavoro (anche in collaborazione con altre Amministrazioni dello Stato), alla vigilanza, all'assistenza e formazione, alla promozione della salute nei confronti delle realtà che perseguono politiche di miglioramento della qualità e della sicurezza.

Vigilanza nelle aziende

Nel corso del 2003 l'attività di vigilanza è proseguita secondo la pianificazione per tipologia di aziende e comparti a rischio.

In base all'ultimo censimento gli occupati nell'industria e servizi nel territorio dell'AULSS 20 risultano essere 239.621 in 34.437 aziende (8° Censimento Generale dell'Industria e dei Servizi 2001).

Nel corso del 2003 è proseguita l'attività nel settore metalmeccanico secondo il programma del progetto del Piano triennale regionale, che vede coinvolti la maggior parte degli SPISAL della Regione Veneto.

La vigilanza programmata prevede il controllo completo delle aziende dei comparti a rischio infortunistico, cancerogeno o chimico con oltre 5 addetti.

Delle 31 aziende controllate dei tre comparti a rischio del nostro territorio (metalmeccanica, legno, marmo), per 24 sono stati presi provvedimenti sanzionatori in quanto presentavano situazioni di rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori per carenze antinfortunistiche e di tipo igienistico ed in parte legate alla mancata formazione dei lavoratori.

**Sanzionate
24 aziende
con
comparti a
rischio**

Vigilanza in agricoltura

L'agricoltura rappresenta un settore ad elevato rischio di infortunio, con caratteristiche sociali, culturali che rendono difficile lo sviluppo della cultura della prevenzione. Da anni si sono sviluppate strategie di promozione della salute in collaborazione con le Associazioni, dei coltivatori diretti, degli enti e delle istituzioni collegate al mondo agricolo. La presenza di miriade di aziende (circa 12.000) prevalentemente a carattere familiare, in cui accanto a condizioni di lavoro prive di requisiti di sicurezza sono presenti problemi legati alla manodopera a tempo determinato e di diverse nazionalità, rende conto delle difficoltà di sicurezza del lavoro tuttora presenti.

Nel corso del 2003 è proseguita l'attività di informazione e formazione con incontri, corsi e attraverso le cantine sociali sono stati diffusi 5.000 volantini sulla sicurezza del trattore. Inoltre sono state controllate 25 aziende agricole: 9 a conduzione familiare e 16 con lavoratori subordinati, in tutte erano presenti diverse macchine e attrezzature con mancanza di protezioni.

L'andamento del fenomeno infortunistico nel settore segnato da un dimezzamento del numero degli infortuni negli ultimi 10 anni sembra dar ragione delle politiche di prevenzione adottate.

**Infortuni
dimezzati in
10 anni**

Vigilanza nel comparto edile e cantieristica

Rappresenta il comparto a maggior rischio di infortunio grave e mortale, in cui la presenza di gravi problemi di sicurezza si affianca all'espandersi di altri fattori sociali come l'impiego di manodopera immigrata più soggetta a rapporti di lavoro irregolare e l'utilizzo di lavoratori autonomi e ditte artigiane nella forma di appalti e sub-appalti a cascata.

Le statistiche degli infortuni, confermate anche dai controlli nei cantieri effettuati dallo SPISAL, dimostrano che le morti e le lesioni permanenti sono dovute per lo più a cadute dall'alto per lavori in quota senza ponteggi o altri sistemi di protezione.

**Maggior
rischio di
infortuni
gravi e
mortalità**

**Cadute
dall'alto
causa di
morti e
lesioni
permanenti**

E' sempre più frequente non trovare la ditta che ha preso l'appalto ma altre miriadi di piccole imprese o lavoratori autonomi con una parcellizzazione dei lavori, con contratti solo verbali, all'insaputa dello stesso committente, che sconfinano nell'illegittimità del lavoro, nel sub-appalto di prestazioni di lavoro. In questi cantieri cade l'azione di coordinamento di prevenzione voluta dalla direttiva cantieri, viene annullato lo sforzo di progettazione e di pianificazione della sicurezza.

Per far fronte a questo contesto è importante l'impegno e la coesione delle parti sociali e dei professionisti del settore anche con obiettivi premianti nei confronti delle imprese professionalmente più idonee. Il programma di lavoro nel 2003 in attuazione del Piano triennale "Prevenzione nel comparto edile" e si è articolato pertanto in diverse azioni; di vigilanza, di incontri con i coordinatori per la sicurezza.

Lo scopo degli incontri con i coordinatori della sicurezza è stato quello di coinvolgere maggiormente questi soggetti nel loro ruolo gestione della sicurezza del cantiere. Hanno partecipato ai 6 incontri circa 180 coordinatori della sicurezza (circa 30 persone per 6 incontri).

5.4. Promozione della salute negli ambienti di lavoro

Inserimento e mantenimento lavorativo delle categorie deboli

La collaborazione con il Servizio di Integrazione Lavoro dell'ULSS 20 (SIL) ed il Servizio Medialabor dell'Istituto Don Calabria, riconosciuti dall'Amministrazione della Provincia quali servizi territoriali di mediazione lavoro, è finalizzata all'attuazione di specifici interventi volti a favorire l'inserimento lavorativo di persone disabili, anche attraverso la valutazione delle condizioni ambientali e le mansioni lavorative possibili nelle aziende soggette agli obblighi ex Legge 68/99. Un medico del lavoro dello SPISAL collabora alla valutazione clinica dei singoli casi, all'analisi-valutazione di congruità degli ambienti e dei posti di lavoro in situazione di inserimento lavorativo e definizione dei profili delle abilità necessarie, all'abbinamento tra mansioni, compiti ed abilità in fase di progettazione di tirocinio lavorativo e in fase di reinserimento/mantenimento al lavoro di soggetti divenuti disabili successivamente all'assunzione.

Inserimento
mirato al
lavoro dei
disabili

Inoltre un medico del lavoro partecipa alle Commissioni mediche per la valutazione funzionale della persona disabile, finalizzate ad individuare la capacità globale al lavoro, e al Comitato tecnico istituito presso il Servizio Inserimento Lavorativo della Provincia di Verona. A detto Comitato spettano, nell'ambito dell'applicazione della Legge 68/99, compiti relativi alla valutazione delle residue capacità lavorative dei soggetti disabili in funzione del loro inserimento mirato al lavoro, alla definizione degli strumenti e delle prestazioni atti a favorire l'inserimento lavorativo e alla predisposizione dei controlli periodici sulla permanenza delle condizioni di inabilità.

Corso di back-school preventiva

I dati di letteratura scientifica (EBM) riconoscono, tra gli interventi finalizzati al contrasto dei disturbi e delle patologie dorso-lombari che costituiscono un crescente e rilevante problema di salute per i lavoratori, una provata efficacia ai programmi di educazione alla salute rivolti a formare i lavoratori circa i modi per usare correttamente le proprie modalità gestuali, sicuramente durante l'attività lavorativa ma anche nel corso delle comuni attività della vita quotidiana, che spesso comportano l'assunzione di posture o l'effettuazione di movimenti "pericolosi" per la colonna vertebrale.

Nel corso del 2003 questa linea di prevenzione e promozione della salute, iniziata sperimentalmente nel 2001, è proseguita con l'effettuazione, nell'ambito degli interventi di formazione dei lavoratori finanziati dai fondi INAIL, di 18 incontri di 4 ore ciascuno sugli aspetti di salute correlati alla movimentazione manuale di carichi e sulle misure di prevenzione e protezione da adottare, coinvolgendo complessivamente 330 lavoratori (120 dipendenti di un'azienda metalmeccanica e 210 di strutture socio-sanitarie/case di riposo).

330
lavoratori
formati

Prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive nel mondo del lavoro.

Questa linea di lavoro, sostenuta dall' l'OPP (Organismo Paritetico Provinciale costituito da Ass. Industriali, API, Organizzazioni Sindacali), in continuità con quanto già realizzato negli anni precedenti, è stata condotta in collaborazione il SerT n. 3 di Soave, titolare di un progetto regionale di prevenzione finalizzato alla sensibilizzazione del mondo del lavoro rispetto a rischio relativi all'assunzione di sostanze psicoattive nel mondo del lavoro, con particolare riferimento all'alcool.

Il progetto riguarda interventi di prevenzione primaria e secondaria rivolti a tutti gli attori presenti nel mondo del lavoro o che con esso interagiscono: RLS, RSPP, lavoratori, medici competenti e di medicina generale.

Il progetto si propone anche di creare e/o consolidare una rete di collaborazione tra rappresentanti aziendali e operatori dei servizi pubblici (SerT e Spisal), al fine di aumentare la consapevolezza della responsabilità del singolo e della comunità lavorativa nell'ambito della salute e dei comportamenti a rischio. Inoltre, si pone l'obiettivo di stilare un protocollo operativo nei confronti di lavoratori con problemi alcol-droga correlati per l'avvio precoce ai programmi di cura e riabilitativi.

L'attività svolta è consistita in incontri di sensibilizzazione per i referenti aziendali (Datori di lavoro, Responsabili del SPP, RLS, medici competenti, rappresentanti delle OO.SS.) sugli aspetti di promozione sopra indicati.

Consapevolezza
dei
comportamenti
a rischio

Riabilitazione

Interventi di counselling antitabagico.

Nel corso dell'anno si è dato avvio a momenti di informazione/sensibilizzazione dell'utenza che accede all'Ambulatorio di Medicina del lavoro sui problemi di salute fumo correlati, al fine anche di sperimentare uno specifico intervento di promozione di salute del Servizio.

Gli obiettivi specifici dell'intervento sono di incentivare i soggetti non fumatori a rimanere tali e stimolare i fumatori a smettere di fumare, intervenendo su particolari strati della popolazione.

I destinatari dell'intervento (complessivamente 60 soggetti) sono stati i lavoratori minori e giovani apprendisti in occasione di accertamenti sanitari per l'avvio al lavoro, le lavoratrici in gravidanza, addette ad attività insalubri-faticose-pericolose, in occasione di consulenza per l'interdizione al lavoro.

L'intervento è stato centrato su un colloquio individuale con la somministrazione di un questionario di rilevamento delle abitudini al fumo di sigaretta, illustrazione degli effetti sulla salute, motivazione/sostegno verso l'assunzione di comportamenti e stili di vita corretti, evidenziando i vantaggi correlati all'abolizione del fumo e fornendo anche l'indirizzo dei Servizi di riferimento di secondo livello.

60 persone
incontrate

Formazione in sicurezza e salute sul lavoro

Le rapide trasformazioni del mondo del lavoro, caratterizzate dal passaggio dalla dimensione uomo-macchina alla dimensione uomo-organizzazione-comunicazione, determinano nuove problematiche di sicurezza legate agli individui, ai gruppi ed ai loro comportamenti. E' da ritenersi strategico, al fine della prevenzione negli ambienti di lavoro, prevedere il potenziamento del progetto di formazione, condiviso dalle associazioni imprenditoriali e dalle organizzazioni sindacali, con l'adozione di metodologie adeguate alla formazione degli adulti.

Formazione significa intervenire in modo finalizzato ed organizzato sulla cultura professionale di individui e gruppi, attraverso il metodo dell'apprendimento consapevole, con l'obiettivo di modificare i comportamenti insicuri.

Formazione di
lavoratori e
datori di lavoro

In questo ambito lo SPISAL ha sviluppato la linea della promozione della salute anche attraverso la progettazione diretta di percorsi di formazione o la partecipazione a progetti di altri partner.

In totale hanno partecipato ai corsi 1.695 soggetti: lavoratori, datori di lavoro, r.l.s., r.s.p.p., per un totale di 878 ore di aula complessivamente erogate.

Portale Safetynet: www.safetynet.com

La missione del portale web Safetynet è la promozione della cultura in materia di salute e di sicurezza negli ambienti di lavoro.

L'obiettivo generale è quello di promuovere le capacità di autotutela dei cittadini singoli o associati attraverso gli strumenti messi a disposizione dalle tecnologie informatiche di comunicazione.

Le azioni in corso riguardano la pubblicazione e diffusione di documenti di carattere tecnico, scientifico, giuridico, finalizzati ad erogare servizi di:

- Comunicazione
- Informazione
- Formazione a distanza

Il target è individuato in Lavoratori, Rls, Datori di Lavoro, Rspg, OO.SS., Ass. Datoriali, Ordini e Categorie Professionali, Medici Competenti, consulenti.

Gli accessi giornalieri sono oltre 100, distribuiti tra le figure indicate sopra, oltre 900 sono gli iscritti alla mailing list.

Attualmente sono disponibili corsi di formazione a distanza per responsabili dei servizi di prevenzione e protezione e per l'inserimento di nuovo personale Spisal (12 partecipanti) ed un corso per medici e ASV sulla malaria (50 partecipanti).

Dal sito inoltre è scaricabile tutto il materiale cartaceo relativo alla domanda di concessioni, deroghe, autorizzazioni e certificazioni varie, garantendo così una notevole semplificazione delle procedure e una riduzione del numero di accessi dei cittadini.

Assistenza e sportello aziende

Oltre ad interventi di assistenza nei confronti di aziende, lavoratori, RSPP, e altre figure interessate che quotidianamente si presentano allo sportello Spisal per un totale di incontri, sono state seguite le aziende che hanno presentato progetti di nuova costruzione o di ampliamento e le aziende oggetto di controllo.

Per informare sugli obblighi ed adempimenti della normativa è stata predisposta una "Guida" che viene consegnata ad ogni nuova impresa.

Guida per le
imprese

PERSONALE DEL SERVIZIO:

Arcamone Patrizia, Benetti Diego, Bertani Remo, Bonfanti Massimo, Chiocchetta Maria Grazia, Consolaro Sandro, De Togni Giovanni, Ferro Bruno, Fiorini Cristina, Gallo Ilaria, Gobbi Mario, Gomitolo Paolo, Lelli Maria, Marchiori Luciano, Navolta Laura, Peruzzi Manuela, Reginato Giorgio, Rossi Lorella, Rubele Paola, Todesco Sonia, Zedde Antonio.

6.
**SERVIZIO IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE,
 COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI
 DI ORIGINE ANIMALE E DEI LORO DERIVATI**

**SERVIZIO IGIENE E SANITÀ ANIMALE, IGIENE DELLA PRODUZIONE DEGLI
 ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE**

Il campo di intervento

Dall'anagrafe informatizzata del Servizio Veterinario, nel territorio dell'ULSS n. 20 risultano esistere:

- n. 3.015 allevamenti di animali di tutte le specie da produzione con una popolazione animale così ripartita:

Tab.n.6.1: Popolazione animale

Specie animale	Numero capi
Bovini da riproduzione	32.000
Bovini da carne	82.000
Ovi-caprini	2.550
Equini	1.200
Suini	36.000
Polli (*)	6.120.000
Galline ovaiole (*)	864.200
Faraone (*)	236.000
Tacchini (*)	3.204.000
Anatre (*)	20.000
Conigli	200.000
Fagiani (*)	55.000
Quaglie (*)	400.000
Apiari	170
Itticolture	9

(*) Numero animali presenti per ciclo di allevamento.

Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE)

L'attività per il controllo della BSE si è svolta durante l'anno applicando i sistemi di sorveglianza attiva e passiva.

La sorveglianza attiva prevede la ricerca della malattia e la descrizione della situazione epidemiologica mediante l'esecuzione di test "a tappeto" su tutti i bovini sottoposti a macellazione regolare di età superiore a 24 mesi e su tutti i bovini sottoposti alla macellazione speciale d'urgenza, alla macellazione differita o morti in stalla o durante il trasporto. In effetti, proprio grazie all'introduzione della sorveglianza attiva, l'Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE) viene segnalata in Italia per la prima volta, in animali nati nel nostro paese, nel gennaio 2001. Questa è stata eseguita in macelli ed allevamenti del territorio per 930 esami complessivi

Di seguito si riportano alcuni dati del centro di referenza nazionale che descrivono la situazione italiana per quanto concerne i test eseguiti.

**Controlli a
 tappeto dei
 bovini
 macellati**

Tab.n.6.2: Dati di frequenza aggiornati al 31/12/2003. (Italia)

Anno	Test eseguiti	Casi autoctoni	Casi complessivi	Prevalenza(casi autoctoni/10.000 test)
2001	465.403	48	50	1,03
2002	745.521	34	36	0,46
2003	787.540	31	31	0,39

1 caso
positivo

Nel 2002 si è verificata una positività al test rapido, confermata dal centro di referenza di Torino, in una bovina di 5 anni nata e cresciuta nello stesso allevamento della nostra ULSS. A seguito di questa si è provveduto ad incrementare la sorveglianza passiva agendo sul controllo dei mangimi destinati ai ruminanti (ricerca delle farine di origine animale: sono stati eseguiti n° 115 campioni di mangime tutti con esito negativo), sul potenziamento dell'anagrafe (migliorando l'aggiornamento dei dati e l'accesso dell'utenza ai distretti), sull'educazione sanitaria usufruendo per questa di corsi per dirigenti formatori organizzati dal Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria. A questi corsi organizzati dal Servizio Veterinario hanno partecipato n°350 addetti del settore.

Il completamento dell'attività di sorveglianza è stato poi favorito dall'entrata in vigore del Reg. CEE N° 2002/1774 che ha ridefinito l'attività delle industrie di trasformazione dei sottoprodotti di origine animale. Il Servizio ha così provveduto ad istruire le pratiche per le nuove autorizzazioni presso gli impianti al fine di uniformarli e adeguarli all'attuale normativa.

Alimenti

Per garantire alimenti che garantiscano la maggior sicurezza possibile per la salute del consumatore, il Servizio ha provveduto ad agire a diversi livelli e con piani programmati, sia negli allevamenti che nelle industrie che producono e distribuiscono alimenti.

Attività di ispezione e vigilanza

Oltre alla 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. Negli allevamenti i controlli mirano alla verifica dello stato sanitario, del benessere degli animali, dell'utilizzo dei farmaci, dei mangimi, ecc.; mentre nelle industrie alimentari verificano l'aspetto igienico sanitario dei prodotti e delle lavorazioni. A completamento dell'attività di vigilanza trovano applicazione i campionamenti, mirati o casuali, contemplati nel Piano Nazionale Residui e quelli demandati alle A.ULSS da parte delle Autorità doganali.

Numero sopralluoghi eseguiti 16.500.

Tab.n.6.3: Statistica macellazioni

Macellazione carni rosse			Macellazioni carni bianche		
Capi 2002	Capi 2003	Differenza 2003-2002	Capi 2002	Capi 2003	Differenza 2003-2002
59.210	62.538	+3.328	38.926.759	30.541.901	-8.384.858

I dati riportati in tabella evidenziano:

- un netto calo delle produzioni di carni bianche (avicole) dovuto al fermo delle attività previsto dal Piano vaccinale di emergenza (attuato a causa della nota epidemia di Influenza Aviaria) e da un calo nei consumi;
- un discreto incremento nella produzione di carni rosse, segno di una riconfermata fiducia dei consumatori dopo la crisi BSE.

Cala la produzione di carni bianche, aumenta quella delle carni rosse

Piano nazionale residui

Ha come finalità quella di evidenziare i rischi di residui pericolosi per il consumatore negli animali e nei prodotti di origine animale a livello della filiera produttiva (allevamento, macello, stabilimento di lavorazione, conservazione) fino al consumo diretto.

Tale Piano, elaborato dal Ministero della Salute in ottemperanza a quanto previsto dalla U.E. nel "Libro Bianco", viene applicato dalla Regione secondo la realtà produttiva e zootecnica, di ogni A.U.L.S.S..

1.280 esami regolari

Numero esami 1.280: nessuna positività per anabolizzanti, cortisonici e antibiotici

Altri esami

Nelle attività sopradescritte possono emergere delle evidenze epidemiologiche che impongono maggiori controlli o approfondimenti di indagine perché alcuni prodotti rilevano rischi da inquinamento particolarmente pericolosi. Ne sono un esempio attuale i problemi di contaminazione aflatossina M1 nel latte, a seguito dei quali sono state eseguite indagini sulle stalle e sui caseifici.

Controllo tempestivo dell'aflatoossina nel latte

Il problema era stato evidenziato nel corso dell'estate durante la normale attività di vigilanza ed è stato risolto prontamente vietando l'uso di mais contenuto nei mangimi destinati alle bovine produttrici di latte.

Numero esami complementari 48.

L'attività di controllo igienico del latte, supportata dal personale di vigilanza, consiste nel seguire costantemente i valori del latte "conforme" (D.P.R. 54/97 carica batterica < 100.000 e di cellule somatiche < 400.000 riferiti alla media geometrica dei prelievi mensili effettuati dai laboratori autorizzati) e nel verificare il rispetto dei parametri degli allevamenti che immettono il latte sul mercato.

Miglioramento della qualità del latte

La constatazione del superamento di tali parametri obbliga l'utilizzo del latte per la trasformazione dello stesso in prodotti che richiedono tempi di maturazione superiori ai sessanta giorni.

Il costante controllo e la persistente attività di educazione sanitaria degli allevatori evidenzia un costante miglioramento delle produzioni.

Malattie Infettive

Lo specifico compito di tutelare il patrimonio zootecnico dalle malattie infettive con particolare attenzione per quelle di interesse antropozoonosico, rappresenta da sempre una delle più importanti missioni del Servizio Veterinario.

Allevamenti
bovini
indenni da
TBC, leucosi
e brucellosi

Il patrimonio bovino, attualmente, risulta ufficialmente indenne da Tubercolosi, Leucosi Bovina e Brucellosi. Su disposizione della Regione, grazie alla bassa prevalenza e al sistema di sorveglianza nei macelli, si è passati dal controllo annuale al controllo biennale per la prima malattia, mentre per le altre il controllo sierologico individuale annuale è stato sostituito dal prelievo tre volte all'anno del latte di massa. I risparmi realizzati sono stati utilizzati per la profilassi dell'I.B.R. (Rinotracheite Infettiva Bovina) e di altre malattie come la Paratubercolosi e la Blue Tongue .

L'Influenza Aviaria rimane ancora un grave problema strutturale della nostra avicoltura con gravi danni per il settore che rappresenta una voce rilevante nell'economia della nostra provincia. Oltre alla vaccinazione con virus eterologo la regione ha predisposto un piano di riconversione del settore che prevede zone omogenee di accasamento e soste per alcuni allevamenti.

628.939 capi
avicoli
abbattuti

Nel corso dell'epidemia sono stati riscontrati n. 63 focolai con n. 38 ordinanze di abbattimento per un totale di 628.939 capi per i quali sono state avviate le pratiche dei rimborsi previsti dalle norme vigenti per un importo totale di Euro 10.622.728,29.

Virus a
bassa
patogenicità

E' appena il caso di ricordare che il virus responsabile dell'epidemia è un H7N3 a bassa patogenicità, diverso dal famigerato H5N1 ad alta patogenicità responsabile delle epidemie attualmente in atto nel continente asiatico.

Il settore apicoltura è sempre interessato dalla Varroa e dalla Peste America mentre stanno assumendo un ruolo di rilievo le infezioni virali e gli interventi di vigilanza e di educazione sanitaria sono sempre più importanti per gli apicoltori.

Prossimamente, in collaborazione con l'Università di Medicina Veterinaria di Padova e le Amministrazioni comunali interessate, verrà ripresa la ricerca di presenza della Leishmaniosi nella zona est di questa A.ULSS.

Educazione sanitaria

Oltre agli incontri con operatori del settore dell'allevamento bovino per la sensibilizzazione al problema BSE di cui si è già trattato, il Servizio ha organizzato convegni indirizzati agli allevatori per parlare di profilassi delle malattie infettive e dare compiute informazioni su Rinotracheite Infettiva Bovina, Paratubercolosi, Brucellosi e Leucosi Bovina Enzootica.

Formazione
allevatori
sull'
influenza
aviaria

Particolare riguardo è stato posto nella informazione ed educazione sanitaria degli allevatori per applicazione di tutte le misure di biosicurezza inerenti l'epidemia di Influenza Aviaria.

E' in fase di elaborazione un programma di istruzione rivolto alle scuole, con finalità zootecnico-ambientale ed alimentare-sanitario in collaborazione con alcune amministrazioni comunali.

Si è svolto il primo corso di "ACCUDIMENTO PICCOLI ANIMALI" in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze che verrà riproposto anche per l'anno 2004.

In collaborazione con l'Assessorato all'Agricoltura della Provincia è stata effettuata una campagna di informazione sulla protezione degli insetti pronubi, in particolare per la tutela del patrimonio apistico con la pubblicazione di opuscoli divulgativi destinati a tutti gli agricoltori.

Prosegue l'attività di formazione dei Medici Veterinari in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, con il SIVEMP (Sindacato medici veterinari) e con l'Università di Padova.

PERSONALE DEL SERVIZIO ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE: Avanzini Eugenio, Barbisio Paola, Brenzoni Claudio, Busti Renzo, Cantarelli Giancarlo, Cavazza Sergio, Dal Forno Arrigo, Derna Camillo, Formentoni Gianni, Lavagnoli Sonia, Micheloni Anselmo, Milia Francesco, Murari Riccardo, Nonis Stefano, Passarini Gastone, Poggiani Roberto, Rinaldi Aurelio, Ronconi Franco, Seghetto Silvio Silvano, Speri Marina, Strazzabosco Renzo, Tessari Emilio.

PERSONALE DEL SERVIZIO SANITA' ANIMALE: Baetta Cesare, Benini Nicola, Bonazzi Michela, Cestaro Fabrizio, Facchetti Mario, Furnari Carmelo, Guerra Giovanni, Macchiella Ezio, Mattone di Benevello Giuseppe, Mazzi Maurizio, Olivi Fiorella, Passarini Gastone, Saccardo Gianluca, , Toffali Paolo, Vantini Enzo, Zordan Myriam,

7. SERVIZIO VETERINARIO MULTIZONALE

Problemi del randagismo canino - Attività di contrasto

Catture di cani randagi o vaganti

E' un problema di salute pubblica e di tutela degli animali d'affezione, affidato dalla Regione Veneto ai Servizi Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali, con le Polizie Locali, di Stato e con i Carabinieri.

Il Servizio Veterinario Multizonale (SVM) effettua le catture sul territorio dell'Azienda ULSS 20 di Verona e, per convenzione tra i rispettivi Direttori Generali, anche sul territorio dell' Azienda ULSS 21 di Legnago e dell'Azienda ULSS 22 di Bussolengo.

Il Servizio si attiva durante il normale orario di lavoro ed in orario notturno e festivo, quando l'intervento riveste carattere di urgenza.

Servizio
sempre
attivo per le
urgenze

Abbiamo consolidato nel tempo un protocollo specifico per la chiamata, che prevede il preliminare interessamento della Polizia Municipale del luogo dove si trova il cane libero.

In considerazione della vastità dell'ambito operativo territoriale, pari a tutta la Provincia di Verona, è indispensabile questo passaggio, per escludere interventi inutili per cani momentaneamente sfuggiti alla vigilanza dei proprietari.

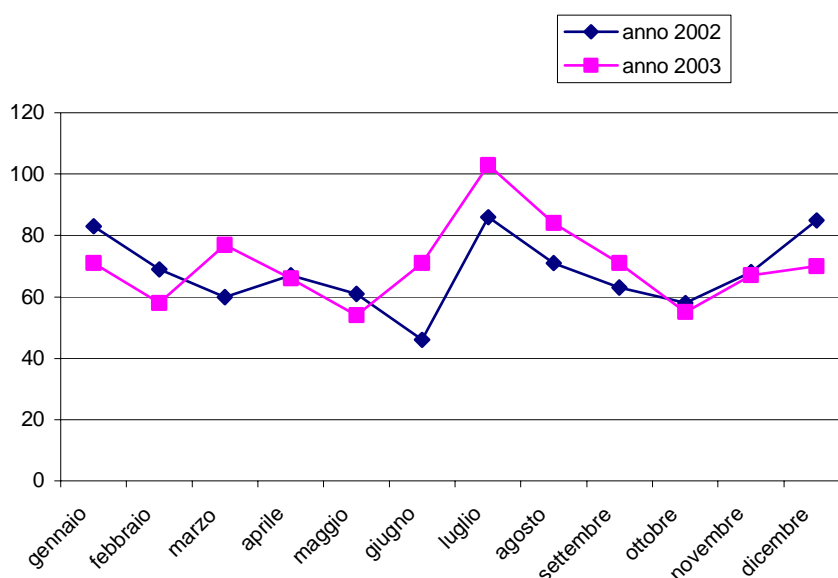
Le singole Amministrazioni Comunali si devono far carico economico della spesa per la custodia e mantenimento dei cani catturati, è quindi importante che esprimano un giudizio sulla necessità della cattura.

Con queste azioni da alcuni anni il numero delle catture nella provincia di Verona si sono stabilizzate; rimane da valutare l'impatto indotto dalla recente Ordinanza contingibile ed urgente emanata il 9 settembre 2003 dal Ministro della Salute, a tutela della pubblica incolumità da aggressione da cani potenzialmente pericolosi.

Abbiamo valutato l'andamento mensile dei cani catturati, comparato con i dati mensili dell'anno precedente, ottenendo il seguente flusso:

Picco di
catture
durante
l'estate

Graf.n.7.1: Flusso mensile delle catture di cani



Da una prima analisi sembra che dopo l'emanazione dell'Ordinanza non ci siano stati effetti di incremento di cani liberi.

Sicuramente il provvedimento Ministeriale ha incrementato in alcune persone la paura di aggressioni, le quali avvengono frequentemente perché non si conoscono i caratteri ed i ruoli nel mondo animale.

Per contrastare i danni abbiamo elaborato delle tabelle sintetiche di istruzioni e consigli di comportamento, pubblicate dal giornale l'Arena e consultabili nel sito internet www.ulss20.verona.it.

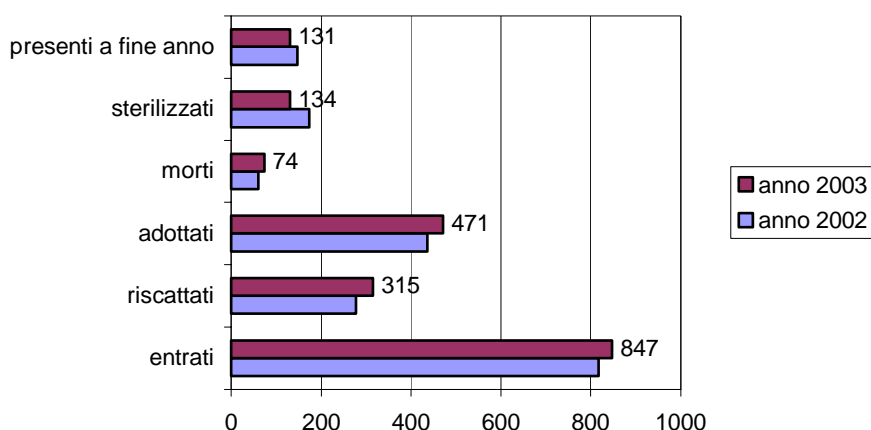
Si conferma un picco di catture nel periodo estivo, che coincide con gli spostamenti per gite o vacanze, quest'anno iniziate presto. tra fine maggio e giugno, per la stagione eccezionalmente calda.

**847 cani
catturati**

Lo confermano i dati sui riscatti dei cani da parte dei proprietari, oltre il 30% dei cani catturati, nel mese di luglio addirittura al 40%; è un dato positivo che indica un buon assetto nella gestione dell'anagrafe canina, la quale consente di identificare i proprietari.

Per contrastare il fenomeno nel momento della identificazione del proprietario viene fatta una indagine conoscitiva alla ricerca della causa dell'allontanamento del cane; ogni caso viene analizzato e contestualmente alla pratica amministrativa del riscatto, vengono notificati all'interessato i principi di educazione zoofila e sanitaria appropriata.

Graf.n.7.2: Flusso nel canile



Problemi del randagismo felino - Attività di contrasto

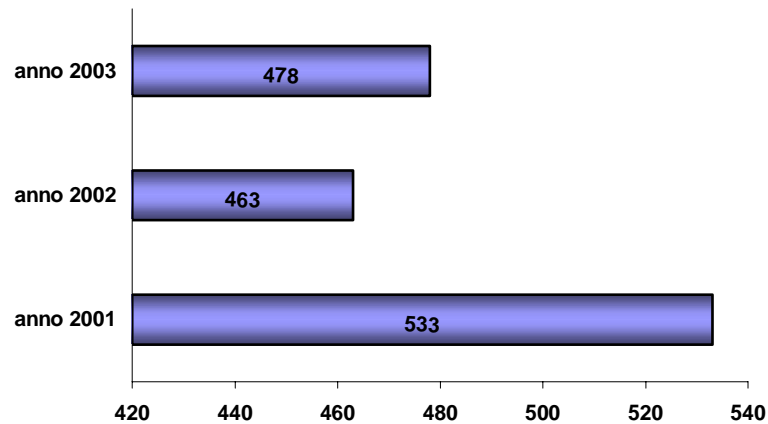
La legge nazionale 281/91 e la legge regionale 60/93 tutelano i gatti che vivono in libertà, tramite il coinvolgimento obbligatorio delle Aziende ULSS, dei Comuni e su base volontaria delle Associazioni Protezionistiche.

Si è constatato un aumento degli abbandoni di cuccioli e soggetti adulti nel periodo estivo.

Per contrastare il fenomeno sarà completato entro il prossimo semestre, in collaborazione con l'Ufficio Tutela Animali del Comune di Verona, un aggiornamento del censimento delle colonie feline. E' stato inoltre intensificato il piano di controllo demografico con:

1. cattura dei gatti liberi eseguita dagli operatori tecnici dipendenti
2. selezione dei soggetti non ancora sterilizzati
3. esame clinico e sterilizzazione chirurgica presso il canile sanitario
4. controllo degli operati per 4-5 giorni
5. reinserimento dei soggetti sterilizzati nella colonia di provenienza

Graf.n.7.3: Gatti sterilizzati.



Nel 2003 sono state eseguite n°478 catture e sterilizzazioni, comprensive delle richieste pervenute dall'Azienda ULSS 22, a seguito di un rapporto di convenzione.

Le condizioni di igiene, salute ed alimentazione dei gatti liberi sono buone, mantenute tali anche dal controllo demografico attuato da questo Servizio, integrato sporadicamente da alcuni interventi di Associazioni, che si rivolgono direttamente a loro spese presso ambulatori privati, per la sterilizzazioni.

Problemi di controllo degli insetti nocivi e roditori

La gestione della sanità ambientale e la protezione da insetti nocivi e roditori è particolarmente importante nelle strutture a valenza sanitaria, assistenziale e riabilitativa, al fine di ridurre al minimo il rischio di contaminanti patogeni trasmessi da vettori ed evitare le molestie dirette alle persone ospitate.

Ad inizio anno viene predisposto un piano di interventi preventivi, in collaborazione con la Dirigenza Medica; considerate le necessità di disinfestazione e derattizzazione di tutti gli edifici gestiti da questa Azienda ULSS 20; sono assicurate anche le eventuali urgenze (vespe, calabroni, ratti, ecc..) tramite orario di servizio e di pronta disponibilità.

Hanno inoltre assicurato su richiesta della Regione Veneto le disinfestazioni ufficiali in n° 38 allevamenti focolaio di influenza aviaria nel territorio di questa Azienda per un totale di mq. 175.600 e in n°48 allevamenti focolaio di influenza aviaria nel territorio delle Aziende ULSS 21 e 22 per un totale di mq. 410.700.

Interventi di disinfestazione e derattizzazione in strutture sanitarie

Problema del controllo zanzare in ambito urbano

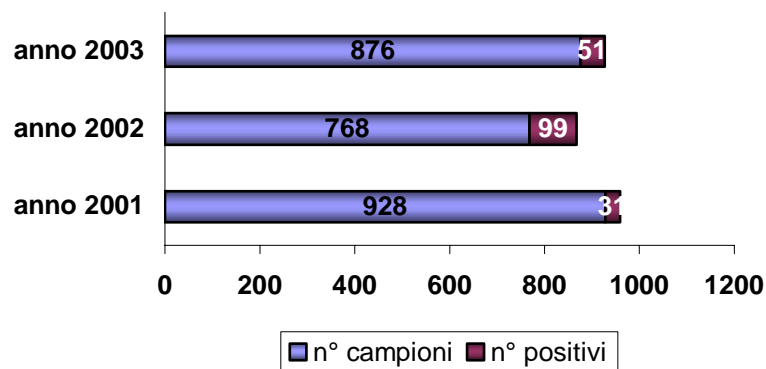
Il territorio dell'Azienda ULSS 20 di Verona, nella parte pedemontana e di pianura, è interessato da una progressiva infestazione da *Aedes albopictus* - zanzara tigre, che si è sovrapposta a partire dal 1996 alla comune *Culex pipiens molestus*- zanzara della notte.

Aumenta la presenza della zanzara tigre

Azioni di contrasto

Lo studio del tipo di infestante è stato fatto mediante la raccolta di n° 45 campioni di acque stagnanti in ambito urbano, nel periodo 24.03.2003 - 23.09.2003, analizzati nel laboratorio biologico della Ditta Appaltatrice ESOFORM, dai quali sono state identificate 404 larve di *Culex pipiens molestus* e 321 larve di *Aedes albopictus*. E' stata inoltre organizzata una rete di postazioni di ovitrappola, estesa a tutte le zone urbane a rischio di infestazione da zanzara tigre, gestita direttamente dal personale del Servizio Veterinario Multizonale. Nel seguente grafico è riportato l'andamento dell'infestazione nell'ultimo triennio.

Graf.n.7.4: Andamento dell'infestazione.

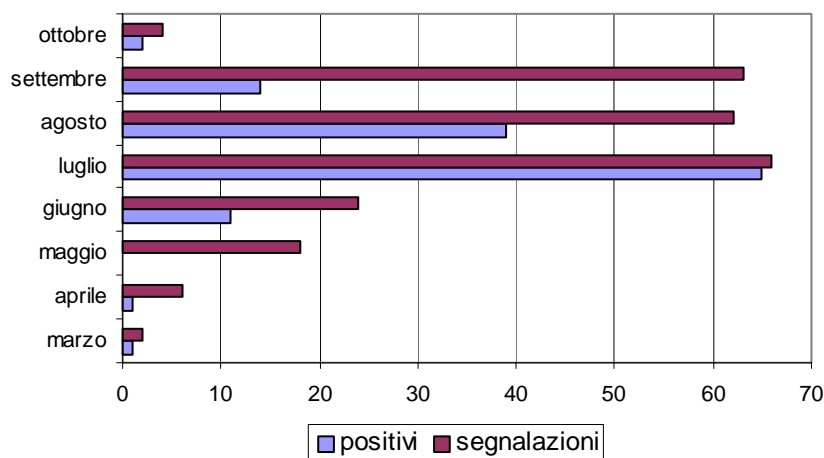


La percentuale dei positivi oscilla tra il 3,3% ed il 12,8%, ritenendola stabilizzata attorno all'8% medio nell'ultimo triennio.

Un importante indicatore è il flusso delle segnalazioni fatte dai cittadini e dagli Enti, registrato in una banca dati per consentire la ricerca per data, luogo e frequenza. E' importante comparare le segnalazioni ai riscontri positivi, per data e luogo.

8% dei
campioni
positivi

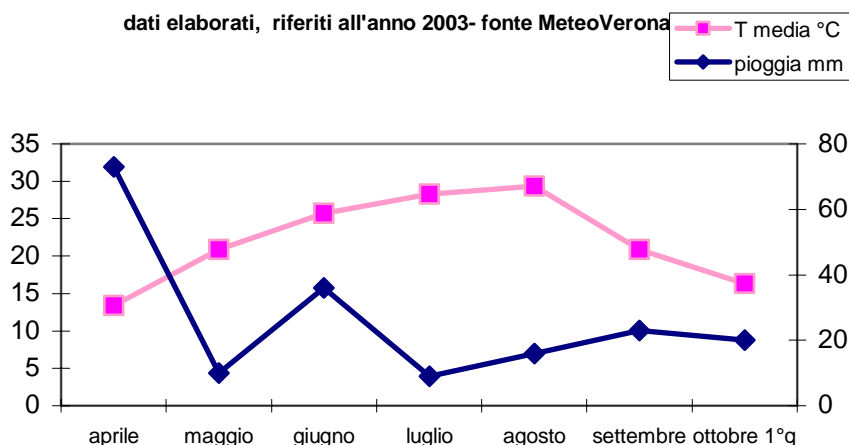
Graf.n.7.5: Monitoraggio *Aedes albopictus* - anno 2003



Un altro indicatore importante da tener presente è l'andamento climatico e meteorologico, che ovviamente influisce direttamente sul ciclo dell'insetto e quindi condiziona la programmazione degli interventi antilarvali ed adulticidi.

In particolare sono importanti le medie delle temperature mensili e della piovosità, riportate nel grafico.

Graf.n.7.6: Medie delle temperature mensili e della piovosità.

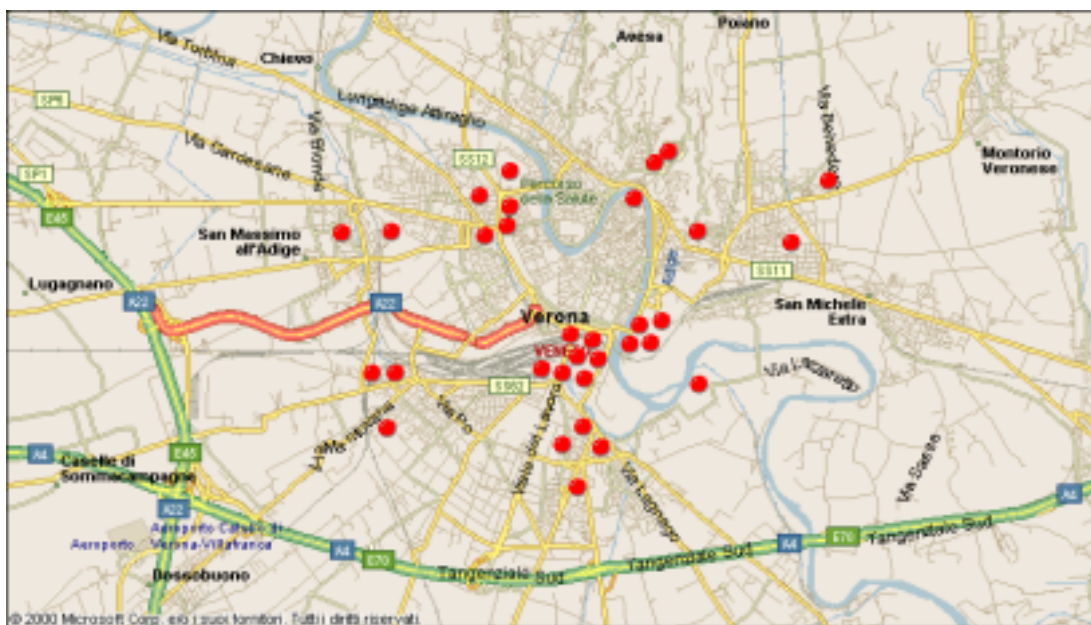


Ci sorprende come la scarsa piovosità non abbia minimamente ridotto il proliferare delle zanzare, specialmente della specie *Aedes albopictus*. Ciò è un'ulteriore conferma della capacità di sfruttare piccole raccolte di acqua, specialmente i pozzetti sifonati e le caditoie delle abitazioni, i classici sottovasi e spesso la negligenza nell'abbandonare recipienti vuoti, vaschette, sacchetti di plastica, vasi ornamentali, ecc. sufficienti ad incrementare lo sviluppo delle larve. La temperatura elevata di questa eccezionale estate, a partire da maggio (4 giornate oltre i 30°C) con temperature medie mensili superiori ai 20°C , mantenute fino a tutto il mese di settembre, hanno esaltato la capacità riproduttiva delle zanzare. Secondo le nostre osservazioni il ciclo si interrompe quando le temperature medie non superano i 15°C , praticamente ciò è avvenuto dopo la prima quindicina di ottobre.

I trattamenti

Nei 24 Comuni maggiormente esposti ai focolai di zanzare sono stati effettuati 9 trattamenti preventivi antilarvali, iniziati il mese di marzo e terminati il mese di settembre. I presidi impiegati sono stati diversi, valutando la stagione, il clima e la rotazione dei preparati. All'inizio è stato utilizzato un prodotto biologico, il *bacillus thuringensis* allo 0,02% di soluzione acquosa, poi il *temefos* allo 0,03% di soluzione acquosa ed infine il *fentoato* allo 0,5 di soluzione acquosa. In agosto e settembre, malgrado i trattamenti preventivi, tutta la città di Verona, escluso il centro storico, risultava molto infestata da *Aedes albopictus*, tanto da richiedere diffusi e ripetuti trattamenti adulticidi in tutte le aree verdi pubbliche. I trattamenti sono continuati senza interruzione fino al 10 di ottobre, quando fortunatamente la caduta del lungo periodo di caldo ha riportato condizioni sfavorevoli alla proliferazione di zanzare e conseguente necessità di effettuare pasti di sangue. Sono risultate positive al termine del monitoraggio per *Aedes albopictus* le zone urbane di Roveredo di Guà, Buttapietra ed in modo pesante il territorio del Comune di Verona, che presenta numerosi focolai attivi indicati nella seguente cartina.

Zanzara
tigre a
Verona



I pallini indicano il luogo dove i campioni sono risultati positivi. In particolare risulta molto infestata la fascia che comprende il Boschetto, Basso Acquar, Stradone S.Lucia e Fenilon, che non ha una grande densità di residenti e quindi si registrano meno segnalazioni. Segnalazioni che invece sono frequenti in zone ad alta densità abitativa, come Borgo Roma, Golosine - S. Lucia, Borgo Milano, Saval, Borgo Venezia ed alcune aree a ridosso delle Torricelle nella zona di San Giovanni in Valle.

Previsioni

I trattamenti preventivi e di emergenza nelle aree pubbliche sono sufficienti a controllare la proliferazione di zanzare della specie *Culex pipiens molestus*, non sono adeguati a debellare le zanzara tigre, se non vengono integrati da analoghi interventi nelle aree private. A tale proposito la Regione Veneto ha predisposto dei depliant e poster che abbiamo messo a disposizione dei Comuni, dei Distretti Sanitari di Base e delle Circoscrizioni di Verona. Nei prossimi anni è prevedibile una ulteriore diffusione della zanzara tigre, pertanto è opportuno che nei Comuni maggiormente infestati, come il Comune di Verona, il Sindaco adotti apposite Ordinanze tramite le quali si obblighino i privati ad attuare azioni di contrasto al proliferare delle zanzare, presso il proprio domicilio; come è stato fatto nell'estate 2003 dai Comuni di Treviso e Bologna.

Necessità di interventi anche nelle aree private

Controllo dei topi e ratti in ambito urbano

Il territorio urbano della città di Verona ed in misura minore negli altri Comuni dell'Azienda ULSS 20 è in evoluzione e risente dei seguenti cambiamenti sociopolitici:

- immigrazioni da regioni a basso standard igienico urbano
- abbandono di ex insediamenti produttivi
- degrado degli immobili
- lentezza nel recupero di strutture fatiscenti
- aree incolte inserite nel contesto urbano
- abbandono di alimenti sul suolo pubblico

Aree degradate

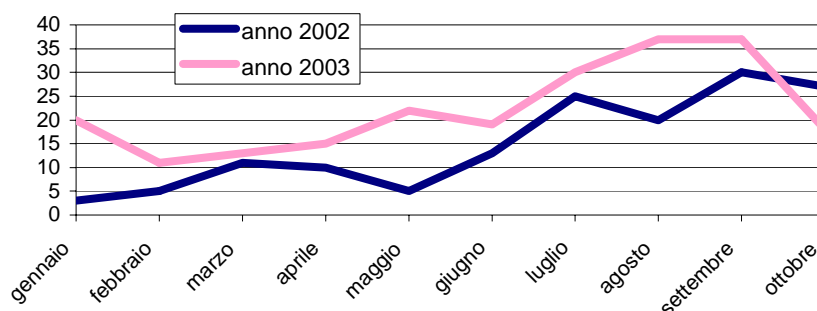
Questo contesto favorisce la proliferazione di topi e ratti, mammiferi ben organizzati, che adeguano rapidamente la riproduzione alle condizioni favorevoli o sfavorevoli ambientali. Si

stima che in condizioni ottimali da una coppia di ratti dopo un biennio si riproducano circa 350 mila soggetti.

Le azioni di contrasto mirano a ridurre i fattori negativi (processo a lungo termine di sicura efficacia) ed alla programmazione di interventi derattizzanti (processo a breve termine di scarsa efficacia).

Anche quest'anno l'Azienda ULSS 20 si è fatta totale carico degli oneri relativi agli interventi derattizzanti in aree pubbliche. Il programma è stato elaborato tenendo presente la tipologia del territorio ed il flusso delle segnalazioni, registrate con strumenti informatici e riportate nella grafico.

Graf.n.7.7: Flusso delle segnalazioni.



Il flusso evidenzia delle curve simili, con livelli bassi durante le derattizzazioni massive di primavera ed autunno, più alti nei mesi estivi nei quali si effettuano i ripassi.

Nell'estate del 2003 c'è stato un discreto aumento degli avvistamenti durante tutto il periodo estivo, forse favorito dalle alte temperature.

Treatments

Consistono nel posizionamento di esche alimentari contenenti sostanze anticoagulanti, in luoghi non accessibili (tane, tubi, tombini stradali, fessure naturali, cavi degli alberi, ecc.) ad animali e persone.

Previsions

I ratti e topi sono commensali abituali dell'uomo, con eccellenti capacità organizzative, ben dotati fisiologicamente nell'apparato locomotorio ed in tutti gli organi di senso, non è possibile e neppure corretto per l'ecosistema mettere in atto un piano che punti alla eradicazione completa della specie.

I trattamenti non possono essere lo strumento principale di contenimento, dovrebbero essere usati solo dopo che siano state attuate tutte le azioni di prevenzione.

PERSONALE DEL SERVIZIO:

Baldazzi Claudia, Bertagnoli Federico, Bertoni Roberto, Bonomi Giuseppe, Brancaleoni Dario, Caliarì Giancarlo, Danzi Walter, De Vittor Gianluigi, Faedo Giovanni, Ferrarini Francesco, Filippi Loris, Imperatore Ronaldo, Pagan dè Paganis Andrea, Sbardellati Flavio Tosi Alessandra.

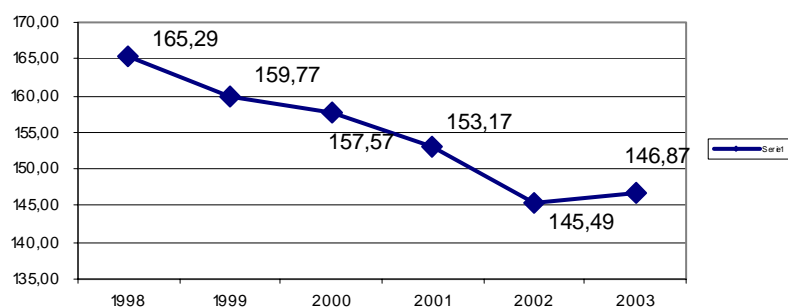
8. QUANTO COSTA IL DIPARTIMENTO

Tab.n.8.1: Bilancio consuntivo delle spese dei servizi del Dipartimento di Prevenzione (1).

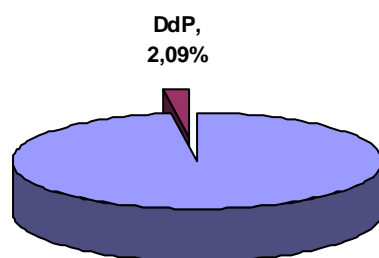
SERVIZI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Spese 2002	Spese 2003
Ufficio Amministrativo Unico	1.480.508,23	1.362.815,70
Servizio Igiene e Sanità Pubblica	4.258.955,96	4.382.000,58
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	944.928,13	916.466,17
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	1.314.877,61	1.474.814,73
Servizio Veterinario Ufficio Coordinamento	11.292,41	10.021,45
Servizio Sanità Animale ed Igiene degli Allevamenti	2.108.092,47	2.163.572,60
Servizio Controllo Igiene Alimenti di Origine Animale	2.313.505,27	2.113.842,65
Servizio Veterinario Multizonale	891.529,39	850.820,52
Totale	13.323.689,47	13.274.354,40

(1) Dati ex Unità Controllo di Gestione 9/2/04

Graf.n.8.1: Presenze medie di personale dipendente



Graf.n.8.2: Incidenza costi anno 2003.



Anno	Costi	€	Incidenza costi DdP
2003	A.ULSS 20	635.724.205	2,09%

Dati ex Unità Controllo di Gestione