

RAPPORTO ATTIVITÀ



PREMESSA

Il 2017 ha visto il nascere dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, costituita, come da Legge n. 19 del 25/10/2016 della Regione del Veneto, dall'unificazione delle tre ex ULSS che operavano nella provincia di Verona (ULSS 20 Verona, 21 Legnago e 22 Bussolengo). Per la nostra Azienda questa importante ridefinizione dell'assetto organizzativo ha portato, tra l'altro, al riconoscimento di un unico Dipartimento di Prevenzione.

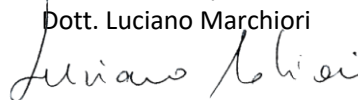
Il presente rapporto rappresenta un primo elaborato analitico della realtà dipartimentale sulla quale lavorare per unificare modalità organizzative e lavorative, consapevoli che la disomogeneità nei numeri non rispecchia necessariamente differenze nella produttività o nell'efficacia del servizio offerto all'utenza, ma l'evidenza del percorso di miglioramento da intraprendere.

L'obiettivo è che la nostra organizzazione evolva come comunità di pratiche di prevenzione, condivise tra servizi del Dipartimento di Prevenzione, Istituzioni, forze sociali e cittadini al fine di governare e, ove possibile, prevenire i problemi di sanità pubblica del nostro territorio, a costante miglioramento della qualità del servizio e soprattutto della qualità di vita dei cittadini.

Nel rapporto sono inseriti, ove disponibili, alcuni dati relativi agli eventi più significativi della prima parte del 2018. Da segnalare l'impegno profuso sul fronte della prevenzione e del monitoraggio relativamente agli inquinamenti da sostanze Perfluoroalchiliche – PFAS, dei richiedenti protezione internazionale, della prevenzione vaccinale delle malattie infettive, della sicurezza alimentare e della sicurezza negli ambienti di lavoro.

Verona, maggio 2018

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Luciano Marchiori



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

INDICE

1	IL CAMPO DI INTERVENTO	PAG. 1
1.1	CARATTERISTICHE GEOGRAFICHE	PAG. 1
1.2	IL CONTESTO ECONOMICO PRODUTTIVO ED OCCUPAZIONALE	PAG. 2
	FOCUS: OCCUPAZIONE E MERCATO DEL LAVORO	PAG. 3
1.3	LA POPOLAZIONE	PAG. 4
1.4	MORTALITÀ	PAG. 7
	FOCUS: INTOSSICAZIONI DA MONOSSIDO DI CARBONIO	PAG. 10
	FOCUS: INCIDENTI STRADALI E COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI	PAG. 11
	FOCUS: INFORTUNI SUL LAVORO	PAG. 15
2	DETERMINANTI DI SALUTE ED ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	PAG. 17
2.1	STILI DI VITA E CONDIZIONI DI RISCHIO	PAG. 17
2.2	MALATTIE PROFESSIONALI	PAG. 19
	FOCUS: MESOTELIOMI	PAG. 21
2.3	MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI	PAG. 21
	FOCUS: RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE	PAG. 27
2.4	SICUREZZA DEGLI ALIMENTI	PAG. 28
2.5	SCREENING ONCOLOGICI	PAG. 30
2.6	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE	PAG. 31
2.7	SALUTE E AMBIENTE	PAG. 34
	URBAN HEALTH E SPAZI VERDI	PAG. 34
	QUALITÀ DELL'ARIA	PAG. 34
	FITOSANITARI	PAG. 36
	INQUINAMENTO DA SOSTANZE PERFLUORO-ALCHILICHE (PFAS)	PAG. 38
2.8	SANITÀ ANIMALE ED ANTROPOZOONOSI	PAG. 44
3	IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PAG. 51
3.1	SEDI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI	PAG. 53
	FOCUS: COMUNICAZIONE, IL SITO WEB	PAG. 53
4	INDICATORI DI PRODUZIONE	PAG. 55
ALLEGATI		
1	AULSS 9. PERCENTUALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE ALLACCIATA ALL'ACQUEDOTTO.	PAG. 58



1 | IL CAMPO DI INTERVENTO

1.1 CARATTERISTICHE GEOGRAFICHE

L'AULSS 9 si compone di 98 Comuni, suddivisi in 4 Distretti Socio-Sanitari: i Distretti n. 1 (Verona Città) e n. 2 (dell'Est Veronese) rappresentano il territorio dell'ex Azienda ULSS 20 di Verona, mentre i Distretti n.3 (della Pianura Veronese) e n. 4 (dell'Ovest Veronese), rispettivamente, le ex Aziende ULSS n.21 (Legnago) e n.22 (Bussolengo).

FIGURA 1.1/1

Mappa dell'AULSS9 Scaligera



Complessivamente, l'ULSS 9 Scaligera opera su un territorio di quasi 3.097 km², che coincide con l'ambito territoriale della provincia di Verona, seconda provincia in Veneto per estensione e numero di abitanti, ed assicura servizi ed assistenza socio-sanitaria ad una popolazione di 921.557 residenti (dato ISTAT al 31.12.2016). Il territorio provinciale si sviluppa soprattutto nella direttrice Nord-Sud (distanza di percorrenza tra i Comuni più lontani – Castagnaro e Malcesine – 150 Km) e presenta una conformazione geomorfologica molto diversificata, essendo formato per la maggior parte da zone di pianura e collina, ma anche da montagna e lago (dislivello di altitudine pari a circa 1110 m s.l.m.).

TABELLA 1.1/1

Popolazione e Comuni dell'AULSS9 Scaligera al 31.12.2016, suddivisi per ex-ULSS [fonte: Bilancio demografico ISTAT al 31.12.2016].

Ex ULSS	DISTRETTO AULSS9	COMUNI	POPOLAZIONE
20	Distretto 1 (Verona Città)	Verona (1°, 2°, 3°, 6°, 7° e 8° circoscrizione), Bosco Chiesanuova, Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Lavagno, Roverè Veronese, San Martino Buon Albergo, Velo Veronese.	470.773
	Distretto 2 (dell'Est Veronese)	Verona (4° e 5° circoscrizione), Albaredo d'Adige, Arcole, Badia Calavena, Belfiore, Buttapietra, Caldiero, Castel d'Azzano, Cazzano di Tramigna, Cologna Veneta, Colognola ai Colli, Illasi, Mezzane di Sotto, Montecchia di Crosara, Monteforte d'Alpone, Pressana, Roncà, Roveredo di Guà, San Bonifacio, San Giovanni Ilarione, San Giovanni Lupatoto, San Mauro di Saline, Selva di Progno, Soave, Tregnago, Veronella, Vestenanova, Zimella.	
21	Distretto 3 (della Pianura Veronese)	Angiari, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Bovolone, Casaleone, Castagnaro, Cerea, Concamarise, Gazzo Veronese, Isola Rizza, Legnago, Minerbe, Nogara, Oppeano, Palù, Ronco all'Adige, Roverchiara, Salizzole, Sanguinetto, San Pietro di Morubio, Sorgà, Terrazzo, Villa Bartolomea, Zevio.	154.439
22	Distretto 4 (dell'Ovest Veronese)	Affi, Bardolino, Brentino Belluno, Brenzone sul Garda, Bussolengo, Caprino Veronese, Castelnuovo del Garda, Cavaion Veronese, Costermano, Dolcè, Erbè, Ferrara di Monte Baldo, Fumane, Garda, Isola della Scala, Lazise, Malcesine, Marano di Valpolicella, Mozzecane, Negrar, Nogarole Rocca, Pastrengo, Pescantina, Peschiera del Garda, Povegliano Veronese, Rivoli Veronese, San Pietro in Cariano, Sant'Ambrogio di Valpolicella, Sant'Anna d'Alfaedo, San Zeno di Montagna, Sommacampagna, Sona, Torri del Benaco, Trenzuelo, Valeggio sul Mincio, Vigasio, Villafranca di Verona.	296.345
AULSS 9			921.557

1.2 IL CONTESTO ECONOMICO PRODUTTIVO ED OCCUPAZIONALE

Le imprese registrate¹ al 31.12.2017 presso la Camera di Commercio di Verona risultano 96.344, con una variazione pari al +0,1% rispetto all'anno precedente. Più della metà (il 53%) del tessuto produttivo veronese è costituito da imprese individuali.

La distribuzione percentuale delle imprese registrate tra i diversi macrosettori di attività economica evidenzia un'incidenza pari al 16% per l'agricoltura (15.683 sedi di impresa), all'11% per il settore industriale, che comprende le attività manifatturiere in senso stretto e quelle estrattive, nonché le multiutilities (energia, reti idriche, rifiuti), complessivamente 10.052 e al 15% per le costruzioni (circa 14.294 imprese).

¹ Fonte: Economia veronese, Flash Imprese, gennaio-settembre 2017. CCIAA Verona. InfoCamere – StockView. Per impresa registrata, secondo la definizione di Movimprese (analisi statistica trimestrale della nati-mortalità delle imprese condotta da Infocamere) si intende l'impresa presente in archivio e non cessata, indipendentemente dallo stato di attività assunto (attiva, inattiva, sospesa, in liquidazione, fallita). L'impresa è invece attiva quando esercita l'attività e non risulta avere procedure concorsuali in atto.

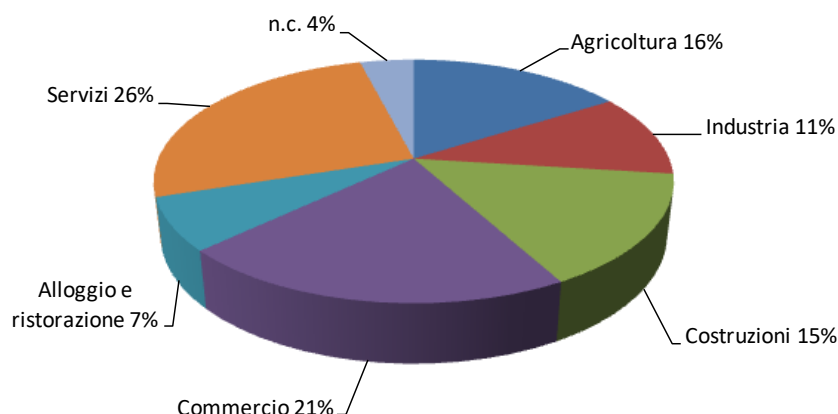
Il commercio conta 20.381 imprese registrate (21% del totale), mentre i servizi di alloggio e ristorazione (bar, ristoranti) incidono per il 7% (7.015 imprese). Sono 25.121 le attività dei servizi alle imprese (26% del totale).

Si registra una diminuzione del numero di imprese nelle costruzioni e nell' agricoltura ed un aumento nelle attività dei servizi di alloggio e ristorazione e servizi alle imprese.

Il 26,2% del tessuto produttivo veronese è costituito da imprese artigiane, che a fine 2017 raggiungono le 25.261 unità, registrando un tasso di evoluzione del -1,2%. Le imprese straniere (imprenditori extra UE) registrano un tasso di crescita del 3,6%.

GRAFICO 1.2/1

Provincia di Verona. Imprese registrate al 31.12.2017 per macrosettore di attività economica (composizione %)
[Fonte: Economia veronese 2017, Camera commercio Verona].



FOCUS OCCUPAZIONE E MERCATO DEL LAVORO

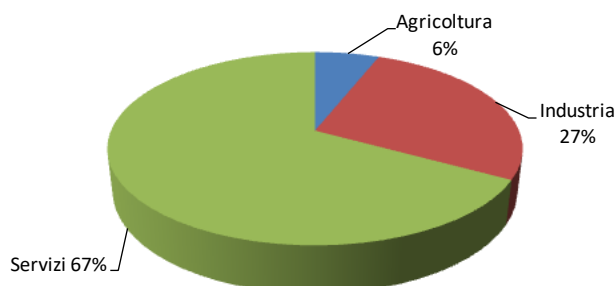
Nell'anno 2016 la media della rilevazione degli occupati, diffusa dall'ISTAT, è pari a 399.500 unità, determinando un tasso di occupazione del 69,2%. Il tasso di disoccupazione è pari al 5,3%, a fronte di un dato regionale del 6,8% e del dato nazionale pari all'11,7%. L'agricoltura conta circa 24.600 occupati (il 6,2% del totale), l'industria (industria in senso stretto e costruzioni) 109.000 occupati, con una quota del 27,3%, i servizi occupano 266.000 persone, coprendo di fatto il 66,6% degli occupati complessivi (Fonte ISTAT) <https://www.vr.camcom.it/sites/default/files/uploads/statistica/bollettino/capitolo%202.pdf>.

Un indicatore significativo per valutare le prospettive della domanda di lavoro nel breve termine è costituito dagli interventi della Cassa Integrazione Guadagni². Nella provincia di Verona, nel 2016, le ore autorizzate (ordinaria, straordinaria, in deroga) per macrosettori sono state 10.952.566, registrando un aumento su base annua pari a +12,1% rispetto al 2015.

² La Cassa Integrazione Guadagni è una prestazione che integra o sostituisce la retribuzione dei lavoratori sospesi o che lavorano ad orario ridotto presso aziende in momentanea difficoltà produttiva. La Cassa Integrazione Guadagni può essere ordinaria (CIGO) o straordinaria (CIGS). La CIG ordinaria è un intervento a sostegno delle imprese in temporanea difficoltà, in cui è certa la ripresa dell'attività produttiva; essa è finanziata tramite un contributo fisso a carico del datore di lavoro. La CIG è straordinaria quando l'azienda deve fronteggiare processi di ristrutturazione, riorganizzazione, riconversione o in caso di crisi aziendale. Tale intervento straordinario può, inoltre, essere concesso anche a seguito di fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa ed amministrazione straordinaria. La CIGS viene concessa per un periodo più lungo di quella ordinaria ed è finanziata, oltre che con un contributo del datore di lavoro, anche tramite un intervento dello Stato. In deroga, rientrano le aziende Artigiane non rientranti nella normativa sulla CIGS, le imprese industriali fino a 15 dipendenti, le imprese industriali con più di 15 dipendenti che non possono o non possono più (perché esaurite o perché superati i 36 mesi nel quinquennio) utilizzare le vigenti disposizioni in materia di ammortizzatori sociali. Aziende che pur utilizzando la CIGO o la CIGS hanno la necessità di sospendere i lavoratori apprendisti.

GRAFICO 1.2/2

Provincia di Verona. Occupati per macrosettore, composizione percentuale [fonte: ISTAT].



1.3 LA POPOLAZIONE

La popolazione residente in AULSS9 al 31.12.2016, come suddetto, ammontava a 921.557 persone, di cui l'11,4% di cittadinanza straniera; complessivamente, il bilancio demografico per l'anno 2016 (ultimo attualmente disponibile) presenta un saldo naturale negativo, solo in piccola parte bilanciato dal saldo migratorio positivo (fonte: ISTAT; tabella 1.3/1). In tabella 1.3/2 le principali nazionalità presenti sul territorio.

TABELLA 1.3/1

AULSS9. Bilancio demografico 2016, con dettaglio di nascite, decessi, saldo migratorio e stranieri residenti sul totale della popolazione residente [fonte: bilancio demografico ISTAT al 31.12.2016].

DISTRETTI	NASCITE	DECESSI	SALDO MIGRATORIO*	RESIDENTI AL 31.12.2016	STRANIERI RESIDENTI AL 31.12.2016	
					NUMERO	%
1 e 2	3.942	4.603	-453	470.773	59.030	12,5
3	1.296	1.577	101	154.439	15.561	10,1
4	2.535	2.575	508	296.345	30.251	10,2
AULSS 9	7.773	8.755	156	921.557	104.842	11,4

*differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza

TABELLA 1.3/2

Stranieri residenti in AULSS9 al 31.12.2016, suddivisi per nazionalità (numero totale e % sul totale degli stranieri residenti) [fonte: ISTAT].

NAZIONALITÀ	NUMERO TOTALE	% SUL TOTALE DEI RESIDENTI STRANIERI
Romania	31.062	29,6
Marocco	13.398	12,8
Sri Lanka	8.060	7,7
Moldova	6.772	6,5
Albania	6.228	5,9
India	4.752	4,5
Cina Rep. Popolare	3.857	3,7
Nigeria	3.431	3,3
Ghana	2.611	2,5
Serbia	1.823	1,7
Brasile	1.631	1,6
Ucraina	1.460	1,4
Tunisia	1.328	1,3
Polonia	1.287	1,2
Senegal	1.245	1,2
Pakistan	1.106	1,1
Altre nazionalità (ognuna inferiore all'1% del totale)	14.791	14,1
TOTALE	104.842	100

La piramide di popolazione (Figura 1.3/1) illustra la struttura della popolazione dell'AULSS9 Scaligera per sesso e fascia di età, con ripartizione italiani/stranieri. Tale ripartizione fa notare la diversa composizione delle due popolazioni: per la popolazione italiana la forma della piramide è “a botte”, con la fascia d'età più cospicua compresa fra i 30 e i 70 anni ed un'importante quota di anziani, mentre la piramide di popolazione relativa agli stranieri è caratterizzata dalla marcata prevalenza delle fasce di età infantili ed adulte, con la popolazione anziana scarsamente rappresentata.

FIGURA 1.3/1

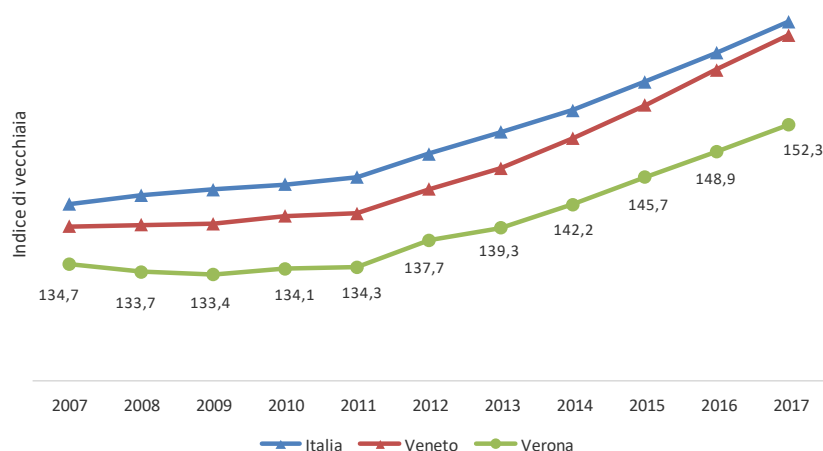
AULSS 9. Piramide di popolazione 2016 [fonte: Bilancio demografico ISTAT al 31.12.2016].



La popolazione dell'AULSS9 ha un'età media di 44 anni (nel corso di un decennio l'età media è aumentata di oltre un anno e mezzo), con una speranza di vita alla nascita di quasi 86 anni per le donne e di circa 81 anni per gli uomini. Per avere un'idea dell'invecchiamento della popolazione, basti pensare che per ogni 100 bambini risiedono in AULSS circa 152 anziani (indice di vecchiaia: percentuale della popolazione > 65 anni/popolazione 0-14 anni). Si riporta, nel grafico sottostante, l'andamento dell'indice di vecchiaia nella nostra ULSS negli ultimi 10 anni, che risulta in costante aumento.

GRAFICO 1.3/1

Provincia di Verona. Andamento dell'indice di vecchiaia (valori percentuali), anni 2007 – 2017 [Fonte: [ISTAT](#); popolazione al 01/01 di ogni anno].



I principali indicatori demografici sono riassunti in Tabella 1.3/3. Si nota come, sia a livello nazionale che regionale e locale, il divario tra la speranza di vita alla nascita maschile e quella femminile stia diminuendo.

TABELLA 1.3/3

Principali indicatori demografici per la provincia di Verona, il Veneto e l'Italia: confronto 2006-2016 [fonte: ISTAT].

INDICATORE	DESCRIZIONE	2006			2016		
		VERONA	VENETO	ITALIA	VERONA	VENETO	ITALIA
Tasso di natalità (per mille)	rapporto tra il numero dei nati vivi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente	10,4	10,0	9,6	8,4	7,7	7,8
Tasso di mortalità (per mille)	rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente	8,7	8,9	9,6	9,5	9,7	10,1
Crescita naturale (per mille)	differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità	1,7	1,0	0,0	-1,1	-2,0	-2,3
Numero medio di figli per donna		1,46	1,41	1,37	1,44	1,38	1,34
Speranza di vita alla nascita (maschi)	numero medio di anni che restano da vivere ad un neonato (sesso maschile)	78,9	78,8	78,4	81,1	81,0	80,6
Speranza di vita alla nascita (femmine)	numero medio di anni che restano da vivere ad una neonata (sesso femminile)	85,2	84,7	83,9	85,7	85,7	85,0
Età media		42,5	42,8	42,7	44,2	44,8	44,7

In tabella 1.3/4 il dettaglio, per l'anno 2017, di alcuni indicatori demografici, fra cui l'indice di vecchiaia, già discusso. Per quanto riguarda la dipendenza economica, ogni 100 persone in fascia attiva dal punto di vista lavorativo (cioè di età compresa tra i 15 ed i 65 anni) ce ne sono circa 56 inattive a loro carico. Sarebbe interessante confrontare il valore di questi indicatori negli italiani e negli stranieri, di solito indicativo della diversa struttura demografica della popolazione (il calcolo verrà effettuato successivamente, appena resi disponibili i dati ISTAT sul bilancio demografico 2017).

TABELLA 1.3/4

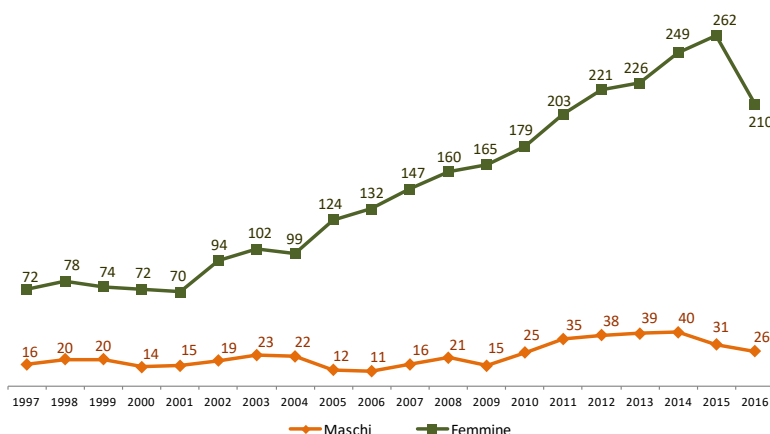
AULSS 9. Dettaglio di alcuni indicatori demografici (valori percentuali) per l'anno 2017 [fonte: ISTAT, popolazione al 1.01.2017].

INDICATORE	DESCRIZIONE	RESIDENTI TOTALI
Indice di vecchiaia	Quanti anziani ogni 100 bambini	152,3
Indice di dipendenza strutturale	Quanti anziani e bambini sono sostenuti da 100 persone in fascia attiva	55,9
Indice di dipendenza anziani	Quanti anziani sono sostenuti da 100 persone in fascia attiva	33,8

Il grafico n. 1.3/2 illustra, dal 1997 al 2016, l'andamento del numero di residenti dell'ULSS 9 Scaligera con età uguale o superiore ai cento anni, un indicatore sintetico che consente di apprezzare l'entità del fenomeno di allungamento della speranza di vita alla nascita, che nel periodo considerato risulta tendenzialmente in aumento, soprattutto nel sesso femminile.

GRAFICO 1.3/2

AULSS 9. Numero di residenti con età uguale o superiore ai cento anni, periodo 1997-2016 [fonte: Ufficio Statistica della Regione del Veneto; http://statistica.regione.veneto.it/jsp/popolazione/tot.jsp?anno=0000&x1_3=0&x2=4].



L'analisi dei dati demografici della popolazione residente ne fa quindi emergere la contrazione (per l'anno 2016, infatti, il saldo demografico, nonostante il contributo positivo apportato dal fenomeno immigratorio, rimane negativo) ed il progressivo invecchiamento: dal 2006 al 2016 si è verificato un aumento della speranza di vita alla nascita di più di due anni nei maschi e di mezzo anno nelle femmine (la cui speranza di vita nel 2006, comunque, era già piuttosto alta, pari ad 85,2 anni, contro i 78,9 anni dei maschi).

1.4 MORTALITÀ

Le prime due cause di morte registrate nel periodo 2010-2016 (2016: ultimi dati disponibili consolidati) sono rappresentate, anche in AULSS9, dalle malattie cardiocircolatorie e dalla patologia tumorale, responsabili assieme di oltre il 60% dei decessi (nel 2016, rispettivamente 34,5% e 28,1%) (vedi Tabella 1.4/1). In particolare, anche nel 2016 nei maschi sono risultati più frequenti i tumori, nelle femmine le malattie cardiocircolatorie. Tali dati sono in linea con quelli regionali.

Complessivamente, nel 2016 in AULSS 9 si sono registrati circa 200 decessi in meno rispetto al 2015, anno che era stato caratterizzato da un generale aumento della mortalità in Italia ed in altri paesi europei, soprattutto a carico della popolazione anziana e probabilmente attribuibile a fenomeni demografici e, appunto, al progressivo allargamento della popolazione anziana, fragile e quindi maggiormente suscettibile all'effetto di concause favorevoli (ad esempio ondate di calore estivo, di freddo invernale ed epidemie influenzali).

TABELLA 1.4/1

AULSS9. Decessi per grandi gruppi di cause: andamento 2010-2016, numero assoluto§ [Fonte: Controllo di Gestione].

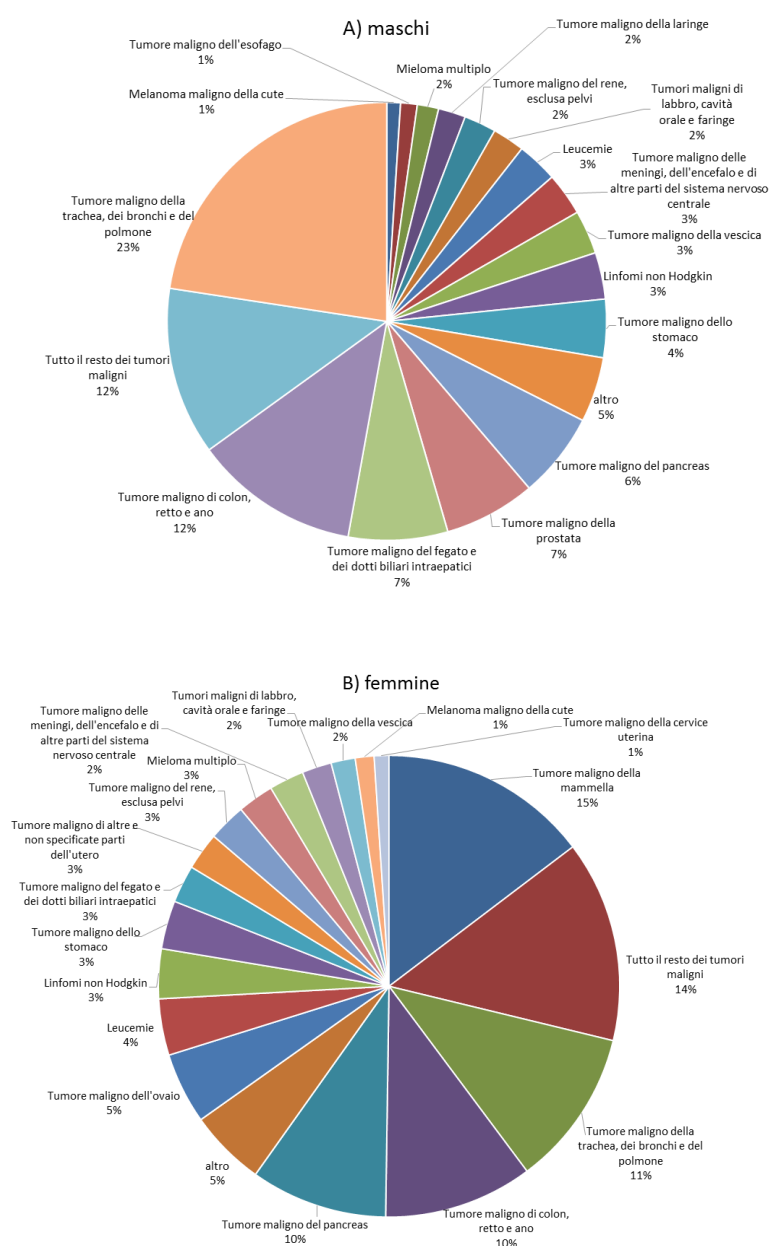
CAUSA DI MORTE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mal. del sistema circolatorio	3.012	2.845	3.006	2.873	2.948	3.111	3019
Tumori	2.482	2.493	2.560	2.438	2.390	2.467	2458
Mal. del sistema respiratorio	563	621	672	703	619	788	672
Mal. del sistema nervoso	366	367	420	417	375	442	462
Mal. Endocrine, nutrizionali e metaboliche	319	321	335	323	307	392	336
Disturbi psichici e comportamentali	261	263	305	283	300	365	367
Mal. apparato digerente	287	288	326	268	303	316	309
Cause esterne di morbosità e mortalità*	329	299	353	340	321	309	365
Alcune malattie infettive e parassitarie	140	154	166	182	186	231	261
Mal. dell'apparato genitourinario	133	140	153	168	144	202	193
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici	127	111	149	148	146	177	164
Mal. del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	31	40	41	29	36	49	37
Mal. del sangue e degli organi ematopoietici	36	44	46	46	42	41	60
Malformazioni congenite, anomalie cromosomiche	21	19	19	13	17	21	14
Mal. della cute e del tessuto sottocutaneo	15	16	11	17	16	17	12
Altre condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	18	22	25	18	12	16	13
Altro	1	0	2	0	1	1	1
TOTALE	8.141	8.043	8.589	8.266	8.163	8.945	8.743

§ si precisa che in questo contesto ci limitiamo a descrivere unicamente il numero assoluto di decessi (correlato alla numerosità e alla distribuzione della popolazione nelle diverse fasce di età), rimandando eventualmente ad un secondo momento analisi e confronti, attraverso lo studio dei tassi standardizzati di mortalità.

* comprendono incidenti da trasporto, aggressione, autolesione intenzionale e cadute.

Per quanto riguarda i tumori, le principali sedi coinvolte, distinte per sesso, sono illustrate nel Grafico 1.4/1. Come si può notare, nei maschi sono risultate più frequenti le neoplasie maligne di trachea, bronchi e polmone (23% del totale), seguite dai tumori maligni di colon, retto ed ano (12%); nelle femmine la mammella continua a rappresentare una delle sedi più frequenti di neoplasia maligna (corrispondente a circa il 15% del totale dei tumori).

AULSS9. Mortalità da causa tumorale, per sede del tumore, anno 2016. A) maschi, B) femmine [Fonte: Controllo di Gestione].



La Tabella 1.4/2 riporta il dettaglio dei decessi da cancro oggetto dei programmi di screening oncologico attivi nel nostro territorio (screening tumore della mammella, screening tumore del colon-retto e screening tumore della cervice uterina).

TABELLA 1.4/2

AULSS9. Mortalità per cancro oggetto di screening oncologico: numero di decessi per anno, andamento 2010-2016 [Fonte: Controllo di Gestione].

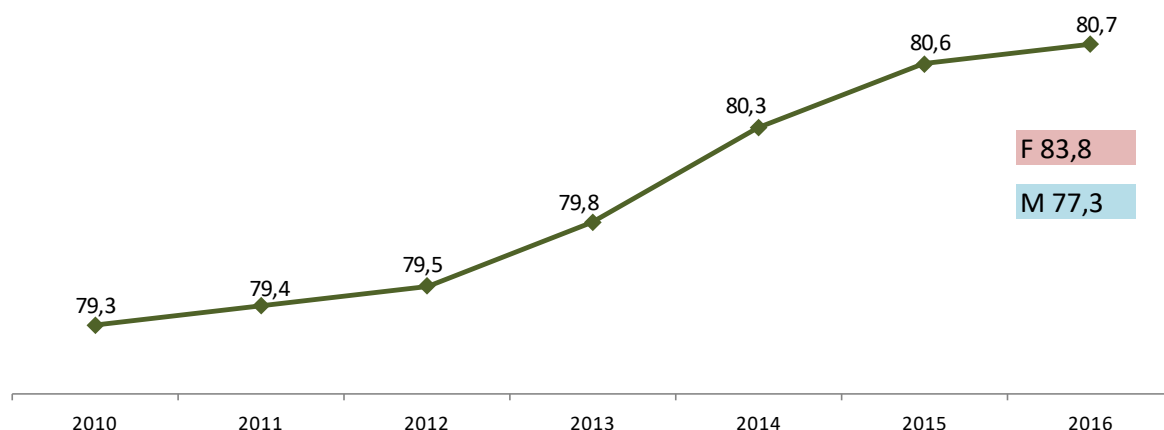
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cancro del collo dell'utero (C53)	7	5	3	9	7	10	11
Cancro del colon-retto (C18, C19, C20)	253	301	262	240	232	233	278
Cancro della mammella (C50)	172	158	171	168	154	141	151

Secondo i dati dell'ultimo report del Servizio Epidemiologico Regionale (SER), negli ultimi dieci anni nella Regione Veneto, a fronte di tassi osservati di mortalità stabili, i tassi standardizzati per età riferiti al tumore del colon-retto risultano in riduzione, soprattutto nella classe di età 50-74 anni, per la quale è attivo lo screening a partire da metà degli anni 2000. Anche i tassi di mortalità per tumore maligno della mammella nella donna sono in riduzione, seppure questa neoplasia rappresenti tuttora la prima causa di morte per tumore nel genere femminile, con elevata mortalità anche fra le giovani (già a 45-64 anni).

Il grafico sottostante riporta l'età media alla morte dei residenti nell'ULSS 9 Scaligera nel periodo 2010-2016 che, come si può notare, nonostante il breve arco temporale è aumentata complessivamente di quasi un anno e mezzo.

GRAFICO 1.4/2

AULSS9. Età media alla morte dei residenti [Fonte: Controllo di Gestione].



Il tasso di mortalità infantile (bambini morti entro il primo anno di vita) è considerato a livello internazionale un indicatore dello stato di salute e del livello socio-economico, ambientale e culturale di una popolazione. In AULSS 9 nel 2016 si sono registrati 21 decessi nel primo anno di vita, pari ad un tasso del 2,7 per mille nati vivi, sostanzialmente in linea con il dato regionale e nazionale (fonti: Controllo di Gestione; Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane <http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017>). Le principali cause di morte sono rappresentate da condizioni morbose perinatali e da malformazioni congenite.

La Tabella 1.4/3 mostra il numero di decessi nei residenti AULSS9 avvenuti per alcune delle cause di morte considerate evitabili (esclusa, ad esempio, la mortalità per tumori maligni oggetto di screening oncologici, trattati separatamente), in quanto potenzialmente riducibili o eliminabili attraverso adeguati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. La mortalità evitabile è quindi un indicatore correlato con le abitudini di vita, con lo stato dell'ambiente in cui si vive e si lavora e con l'efficacia del servizio sanitario stesso e può essere utilizzata per individuare le cause che determinano gli eventi, consentendo di prospettare adeguati interventi preventivi.

Dalla tabella si evince come la mortalità da autolesione intenzionale costituisca, nella nostra realtà, un fenomeno numericamente rilevante.

Limitatamente alla mortalità per infortunio sul lavoro, essendo il dato già disponibile, si segnalano 9 decessi nel 2017 (dato non riportato in tabella) [fonte: Regione Veneto “Rapporto sull’andamento degli infortuni mortali del quadriennio in corso. Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale -P.R.E.O. Regione del Veneto.”].

TABELLA 1.4/3

AULSS9. Mortalità evitabile (numero assoluto di decessi nei residenti), andamento 2011-2016 [Fonti: Controllo di Gestione; Osservatorio sulle Intossicazioni da CO – AULSS9; Regione Veneto “Rapporto sull’andamento degli infortuni mortali del quadriennio in corso. Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale -P.R.E.O. Regione del Veneto. 17.07.2017”].

CAUSA DEL DECESSO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Accidenti da trasporto	67	60	53	65	51	61
Autolesione intenzionale	67	78	76	68	52	74
Infortunio sul lavoro*	1	13	7	9	7	5
Intossicazione da Monossido di Carbonio (CO)	0	0	0	0	1	0

* esclusi infortuni in itinere, infortuni stradali ed occorsi a studenti e sportivi.

FOCUS INTOSSICAZIONI DA MONOSSIDO DI CARBONIO

Il monossido di carbonio è un gas inodore, incolore ed insapore che si sviluppa a causa di una combustione incompleta, in carenza di ossigeno e che può causare gravi intossicazioni, fino alla morte. In genere la sua produzione è conseguenza di irregolarità nell’installazione o nella manutenzione degli impianti di produzione di calore (caldaie, stufe, caminetti, ecc.) o dell’utilizzo di metodi di riscaldamento o di cottura dei cibi non adeguati (es. bracieri). Particolarmente pericolosa è la presenza di impianti termici in locali non idonei (camere da letto, bagni) e la coesistenza in uno stesso locale di caldaie a tiraggio naturale e caminetti a legna (la cui contemporanea accensione può far sì che il tiraggio del caminetto crei una depressione nel locale e determini quindi il ritorno dei fumi della caldaia). Frequentemente le intossicazioni dipendono anche dalla mancanza o dall’ostruzione dei fori di ventilazione.

Va posta attenzione anche all’uso di seconde case e di centri di ritrovo comunitari poco utilizzati, le cui canne fumarie inattive per lunghi periodi possono risultare ostruite per mancanza di interventi di pulizia o per la presenza di foglie secche, nidi di animali, ecc. Altra situazione a rischio è l’uso di bracieri per il riscaldamento o la cottura dei cibi in locali chiusi, pratica molto diffusa nelle abitazioni dei cittadini immigrati, che anche quest’anno nella nostra ULSS è stata responsabile di almeno 5 episodi di intossicazione domestica con il coinvolgimento di almeno 7 persone.

Dai dati raccolti sulle intossicazioni domestiche da CO dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dell’AULSS9, emerge complessivamente che nel 2017 si sono verificati 15 incidenti domestici da CO (10 nell’area di competenza dei Distretti 1 e 2, 1 nell’area del Distretto 3, 4 in quella del Distretto 4), che hanno causato l’intossicazione di almeno 34 persone, nessuna delle quali deceduta. Fra gli intossicati, più dei due terzi avevano cittadinanza straniera ed almeno 10 erano minori.

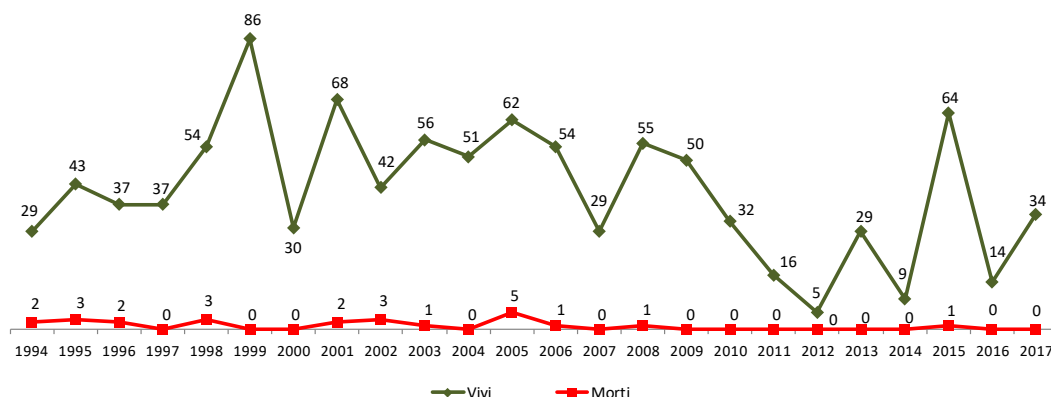
Le cause principali di tali incidenti comprendono l’utilizzo di metodi non adeguati di riscaldamento o di cottura dei cibi (bracieri) e irregolarità nell’installazione o nella manutenzione degli impianti di produzione di calore.

Analizzando l’andamento delle intossicazioni nei quattro trimestri del 2017 si rileva come la maggior parte degli incidenti sia occorsa nei mesi più freddi (da gennaio a marzo e da ottobre a dicembre), ma non solo (2 casi fra aprile e giugno e 2 fra luglio e settembre).

Vari sono gli Enti coinvolti, che collaborano con il Dipartimento di Prevenzione inviando la segnalazione di avvenuta intossicazione: PS, Istituto iperbarico, Polizia Municipale, Carabinieri, Vigili del Fuoco ed ARPAV.

GRAFICO 1.4/3

AULSS9. Intossicazioni da CO, andamento 1994-2017 [Fonte: Osservatorio sulle Intossicazioni da CO – AULSS9].

**FOCUS INCIDENTI STRADALI E COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI**

Nel 2016 nel territorio dell'AULSS 9 si sono verificati 3.010 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato 78 vittime e 3.970 feriti (in Veneto 14.034 incidenti con lesioni a persone, di cui 344 decedute e 19.142 ferite). Gli incidenti si sono verificati prevalentemente su strade urbane (70%), tuttavia l'indice di gravità rimane maggiore sulle strade extraurbane (dettaglio in Tabella 1.4/4).

Nella nostra Regione i tratti di rettilineo sono più frequentemente luogo di incidente sia nelle strade urbane che in quelle extraurbane, seguono poi le intersezioni, gli incroci e le curve per le strade urbane, le curve e le intersezioni per quelle extraurbane. Dalle rilevazioni ISTAT emerge, inoltre, che in Veneto il maggior numero di incidenti nel 2016 è avvenuto in primavera ed in estate, in corrispondenza di periodi di vacanza e nella fascia oraria diurna, tra le ore 8 e le 20; al contrario, gli incidenti mortali si concentrano principalmente nelle ore notturne e nel primo mattino (specie nei giorni di venerdì e sabato), raggiungendo i valori più elevati nella fascia oraria tra le 3 e le 4 e tra le 5 e le 6 del mattino (rispettivamente 10,4 e 9,3 morti ogni 100 incidenti, a fronte di 2,5 morti ogni 100 incidenti che si verificano nelle ore diurne) [fonte dati: ISTAT, Incidenti stradali in Veneto anno 2016].

TABELLA 1.4/4

Provincia di Verona. Prime 16 Strade Provinciali (SP) per numero di incidenti con lesioni a persone nell'anno 2016, con dettaglio di morti e feriti [fonte dati: ACI, 2016].

	2016		
	Incidenti	Feriti	Morti
SP 004 - Valpolicella	30	34	0
SP 017 - della Val d'Alpone	29	48	0
SP 005 - Verona Lago	27	48	1
SP 002 - Legnaghese Destra	23	28	0
SP 019 - Ronchesana	21	32	0
SP 020 - dell'Adige e del Tartaro	15	21	0
SP 026 - Morenica	15	25	1
SP 029 - del Pozzo dell'Amore	15	21	1
SP 024 - del Serraglio	14	20	0
SP 011 - della Val d'Adige	12	16	2
SP 038 - della Porcillana	12	21	2
SP 022 - dei Castelli	11	14	0
SP 027 - di Mongabìa	11	13	1
SP 010 - della Val d'Ilasi	10	14	0
SP 031 - del Bardolino	10	15	0
SP 006 - dei Lessini	9	12	3
Totale prime 16 SP	264	382	11
TOTALE COMPLESSIVO SP	477	676	20

Tra i comportamenti errati più frequentemente causa di incidente sono da segnalare, anche nel 2016, la guida distratta ed il mancato rispetto della precedenza e della distanza di sicurezza, che da soli determinano circa il 48% degli incidenti avvenuti in Veneto. Considerando solo le strade extraurbane, la guida distratta e il mancato rispetto della distanza di sicurezza incidono rispettivamente per il 21,5% e il 14,4%, mentre la velocità troppo elevata causa circa il 12,5% degli incidenti nella nostra regione. Le violazioni al Codice della Strada più sanzionate risultano, infatti, l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida.

Prendendo in considerazione solo i grandi comuni italiani, i dati ISTAT evidenziano come complessivamente, all'interno di un trend in riduzione del numero dei decessi per incidenti stradali nel periodo 2010 -2016 sia in Veneto che in Italia (rispettivamente - 13,1% e -20,2%), il comune di Verona abbia riportato una riduzione delle vittime doppia rispetto alla media nazionale (-48,1% rispetto al 2010) [fonte dati: ISTAT, Incidenti stradali anno 2016]. Per approfondimenti: https://www.istat.it/it/files//2017/10/Focus_incidenti_stradali_Veneto_13ott_17.pdf.

Per quanto suddetto, il tema della riduzione degli incidenti stradali risulta essere ancora una forte necessità per il nostro paese. I progressi in questi ultimi anni sono stati significativi, tuttavia si può fare ancora molto sul versante della prevenzione e sulla riduzione della mobilità veicolare a vantaggio degli spostamenti sul trasporto pubblico e sulla mobilità ciclopedonale.

In questo contesto, il Piano della Mobilità Sostenibile (PUMS) risulta essere per i comuni un significativo strumento che, se ben attuato, può comportare un'inversione di tendenza sulla predominanza degli spostamenti con mezzo privato a motore. In fase di redazione del Piano è richiesta la partecipazione attiva dei diversi stakeholders (fra i quali anche il Dipartimento di Prevenzione), al fine di condividere le strategie di azione sulla mobilità. Nel 2017 il Dipartimento di Prevenzione ha partecipato ad alcuni tavoli tecnici preparatori, ai quali seguirà una partecipazione più attiva al momento della redazione del piano.

Superfluo ricordare che investire sulla mobilità slow e sul trasporto pubblico provoca anche effetti sulla prevenzione del rischio di coronaropatie e sulla riduzione dell'inquinamento atmosferico.

Attivare interventi di moderazione del traffico nelle varie declinazioni tipologiche e favorire una ciclabilità sicura necessita di azioni su vari ambiti, sia in termini di promozione e partecipazione, che di aspetti culturali e di infrastrutture. In tal senso, la figura del mobility manager aziendale, in coordinamento con i comuni interessati, può facilitare le azioni da intraprendere nei percorsi casa lavoro.

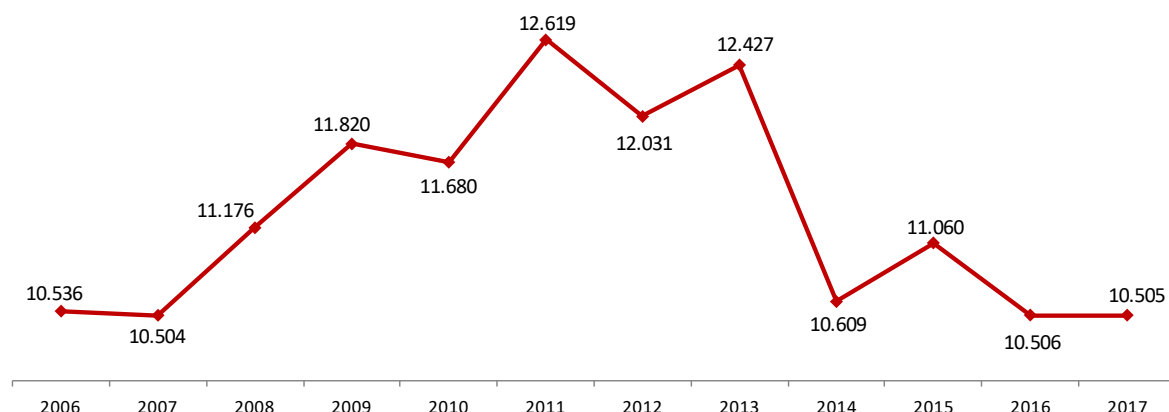
COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI (CML)

Nell'ambito dell'attività istituzionale di prevenzione degli incidenti stradali, il Dipartimento di Prevenzione, attraverso la Commissione Medica Locale patenti (CML), sottopone a visita utenti affetti da patologie specificatamente individuate dalla normativa in materia, compresi utenti sottoposti a provvedimenti di revisione per l'art. 186 (guida sotto l'influenza di sostanze alcoliche), per l'art. 187 (guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti) o per l'art. 128 del Codice della Strada (segnalazioni da parte delle forze dell'ordine, delle commissioni medico-legali o dei medici curanti per patologie e/o uso di sostanze psicoattive).

Il numero delle domande nel 2017 è rimasto stabile, pari a 11.305, grazie alla permanenza delle disposizioni previste dal decreto "Semplifica Italia", con il quale è stato eliminato l'obbligo di visita biennale di idoneità alla guida presso la CML per gli ultraottantenni, fatta eccezione per alcuni casi specifici. Rimangono attivate le sedi periferiche di Commissione più vicine alla residenza dei cittadini della zona SUD della Provincia (Ospedale di Legnago), oltre che del Distretto Socio Sanitario di Base n. 3 - Borgo Venezia, più facilmente accessibile rispetto alla sede centrale del Dipartimento.

GRAFICO 1.4/4

Numero visite effettuate dal 2006 al 2017 dalla Commissione Patenti di Verona.



La possibilità di reperire sul sito del Dipartimento di Prevenzione tutte le informazioni relative alla Commissione Patenti, di scaricare i modelli per inoltrare la domanda di visita medica e di contattare via e-mail la segreteria della Commissione è molto più utilizzata rispetto agli anni precedenti. L'utilizzo della posta elettronica per comunicare con la Commissione consente di dare risposte in tempi brevi e documentate.

Dal sito è possibile scaricare inoltre il modello per la richiesta dell'attestazione necessaria per ottenere un permesso provvisorio di circolazione (previsto solo in caso di rinnovo e con istanza presentata prima della scadenza) nel caso in cui la patente scada prima della data di effettuazione del controllo sanitario.

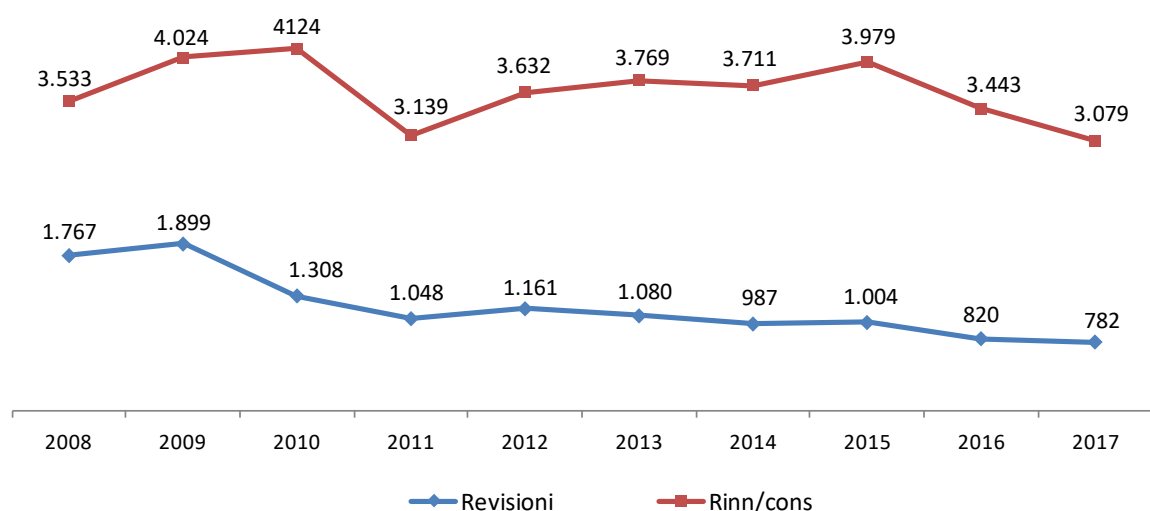
Le richieste effettuate online dal 1 gennaio al 31 dicembre 2017 per la prenotazione della visita patente sono state 3.991, su un totale di 11.305 domande.

CML: EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE

Nel 2017 i soggetti visitati per problemi alcool correlati (conseguimenti, revisioni, rinnovi) sono stati 3.861, pari al 36.8 % del totale. Il numero delle domande pervenute a seguito dell'emissione di nuovi provvedimenti della Prefettura per guida sotto l'influenza di sostanze alcoliche (art. 186 del Codice della Strada) nell'arco dell'anno è stato pari a 873.

GRAFICO 1.4/5

CML Verona. Numero di utenti visitati per revisioni e rinnovi/conseguimenti per art. 186 C.d.S. (guida sotto l'influenza di sostanze alcoliche) dal 2008 al 2017.



Dei 3.861 soggetti sottoposti a visita per alcool nel 2017, il 75.2 % (2.902) era costituito da utenti già visti in precedenza (rinnovi), il 20.2 % (782) da utenti visti per la prima volta o recidivi o plurirecidivi, cioè visitati per la seconda volta o più poiché fermati dalle Forze dell'Ordine e risultati positivi all'alcool test in più occasioni (revisioni), il restante 4.6 % (176) da utenti che dovevano conseguire la patente (neopatentati o con revoca della patente).

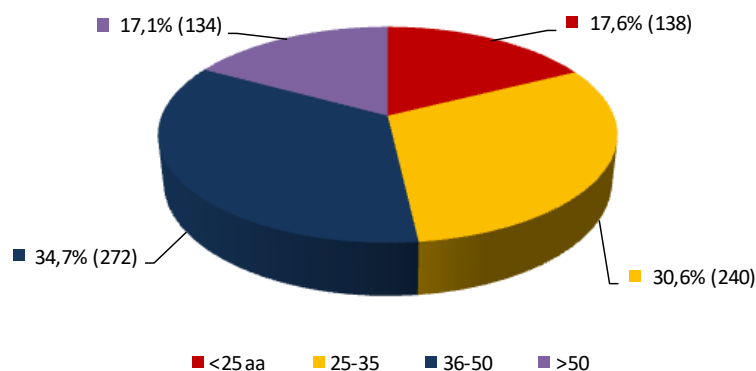
La percentuale dei soggetti sottoposti a visita per revisione per guida in stato di ebbrezza alcolica, riconosciuti non idonei per dipendenza o abuso in atto di sostanze alcoliche, è pari al 3.5 % (108).

La Commissione Medica Locale Patenti non si limita all'espressione di un giudizio di idoneità alla guida, ma effettua un'opera di educazione sanitaria. Ogni utente visitato riceve informazioni circa i danni che l'assunzione protratta ed eccessiva di alcool produce sull'organismo umano ed i pericoli connessi con la guida in stato di ebbrezza. Coloro che risultano affetti da sindrome da dipendenza alcolica o che presentano segni o sintomi da abuso cronico di alcool sono avviati ai Servizi Territoriali di Alcologia per un percorso terapeutico-riabilitativo.

L'analisi dei dati relativi alle revisioni per alcool ha evidenziato che la guida in stato di "ebbrezza alcolica" non è una condizione caratteristica solo dei giovani. Infatti, la percentuale di soggetti sanzionati per l'art. 186 con età inferiore ai 25 anni è pari al 17.6 %, mentre il 30,6 % ha un'età compresa tra i 25 ed i 35 anni, il 34.7 % tra i 36 e 50 anni e il 17,1 % è ultracinquantenne.

GRAFICO 1.4/6

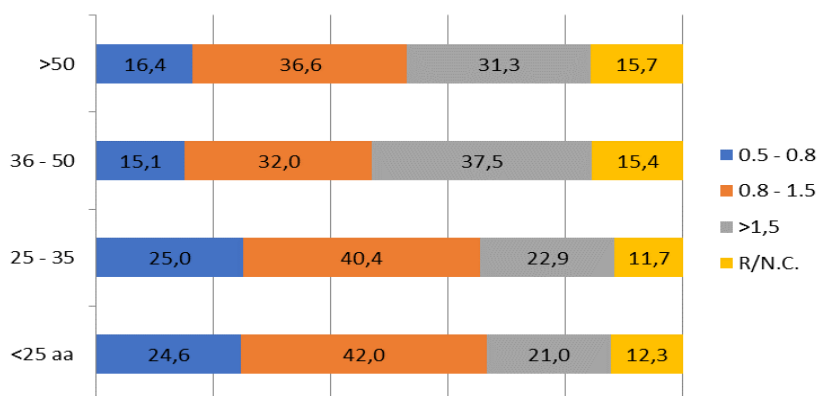
CML Verona. Numero di soggetti visitati per revisione art. 186 C.d.S. – fasce di età (anno 2017).



Dei soggetti sanzionati per l'art. 186 con un tasso di alcolemia >1,5, il 12,7 % ha un'età inferiore ai 25 anni, il 24,1 % un'età compresa tra i 25 e i 35 anni, il 44,7 % un'età compresa tra i 36 e i 50 anni ed il 18,4 % un'età superiore ai 50 anni. Malgrado il regime sanzionatorio estremamente severo, risulta ancora alta la percentuale di soggetti che si rifiutano di sottoporsi all'accertamento etilometrico su strada (media 14.2%).

GRAFICO 1.4/7

CML Verona. Percentuale di soggetti visitati per revisione art. 186 C.d.S. – fasce di età e tasso alcolico, anno 2017.



Alta la percentuale di soggetti visitati per problemi correlati all'uso di sostanze stupefacenti e riconosciuti non idonei: 17,0%. Anche la percentuale nei soggetti che accedono alla visita per problematiche correlate all'assunzione sia di stupefacenti che di alcool, pari al 13.6%, è aumentata (Graf. 6.2/7). La percentuale di non idonei nei soggetti sottoposti a revisione perché fermati alla guida in condizioni di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti (art. 187 CdS) è pari al 23.4 % ed ancora più alta, pari al 38.9%, in quelli con revisione sia per alcool che per stupefacenti (art. 186+187 CdS). Il dato assume connotazioni estremamente serie se si considera che i controlli sull'uso di sostanze stupefacenti effettuati su strada dalle Forze dell'Ordine, per problemi tecnici, sono estremamente esigui e di gran lunga inferiori rispetto a quelli effettuati per l'alcool.

TABELLA 1.4/5

CML Percentuale soggetti visitati riconosciuti non idonei anno 2016 - confronto % su campione omologo.

CAUSA	N. VISITE	NON IDONEI	N.I.%
Alcool	3861	137	3,5
Alcool, stupefacenti	347	49	14,1
Stupefacenti	375	51	13,6
Patologie	5.401	190	3,5
Altro	521	7	1,3
TOTALE	10.505	434	4,1

Significativa è anche la percentuale di soggetti riconosciuti non idonei affetti da deficit del visus, diabete e malattia del sistema nervoso (prevalentemente deficit cognitivi e demenza senile).

FOCUS INFORTUNI SUL LAVORO

Dalla lettura dei dati INAIL (banca dati statistica) si rileva che le denunce di infortunio, dopo una diminuzione significativa fino al 2015, legata anche alla crisi economica, registrano un lieve incremento annuale; tale dato è confermato anche dalle ultime rilevazioni trimestrali dell'INAIL (Il trimestrale 2017, INAIL). Nella provincia di Verona i casi denunciati di infortunio per l'anno 2016 sono stati 15.991, pertanto si conferma sostanzialmente il dato dell'anno precedente. Nel computo rientrano anche i casi in franchigia che comportano un'assenza dal lavoro non superiore a tre giorni e quelli che l'INAIL, dopo valutazione, qualifica come non correlati al lavoro. Ai fini di una lettura più corrispondente, è consigliabile usare il dato degli infortuni con definizione "positiva", ossia riconosciuti dall'Istituto, che rappresentano mediamente ogni anno più del 60% dei denunciati.

La Tabella 1.4/6 riporta l'andamento infortunistico nell'ultimo quinquennio, con l'evidenza della modalità di accadimento, secondo la suddivisione INAIL. Da rilevare come ogni anno sia considerevole il numero degli infortuni dovuto agli spostamenti nel percorso casa-lavoro-casa (circa il 15%, in media, su quelli "positivi").

TABELLA 1.4/6

Infortuni denunciati in provincia di Verona, anni 2012-2016 [fonte: INAIL, estrazione aggiornata al 23.03.2018].

	2012	2013	2014	2015	2016
Totale denunce	17.527	16.570	15.835	15.651	15.991
Infotuni positivi (riconosciuti) totali	11.185	10.530	10.151	9.781	10.035
di cui in occasione di lavoro	9.498	8.954	8.655	8.371	8.582
- con mezzo di trasporto	526	474	458	411	416
- senza mezzo di trasporto	8.972	8.480	8.197	7.960	8.166
di cui in itinere	1.687	1.576	1.496	1.410	1.453

Nel 2017 nella nostra provincia gli infortuni mortali sul lavoro sono stati nove, esclusi quelli stradali ed in itinere³. Il settore maggiormente interessato è stato l'agricoltura, con sette infortuni. Le modalità di accadimento in questo settore si ripetono negli anni e nella maggioranza dei casi il lavoratore (prevalentemente coltivatore diretto) è rimasto schiacciato a seguito del ribaltamento del mezzo. I dispositivi di protezione (arco di protezione e cinture di sicurezza), seppur presenti, non erano stati attivati; un infortunio mortale è stato rilevato nel comparto dei trasporti ed uno nel comparto della metallurgia.

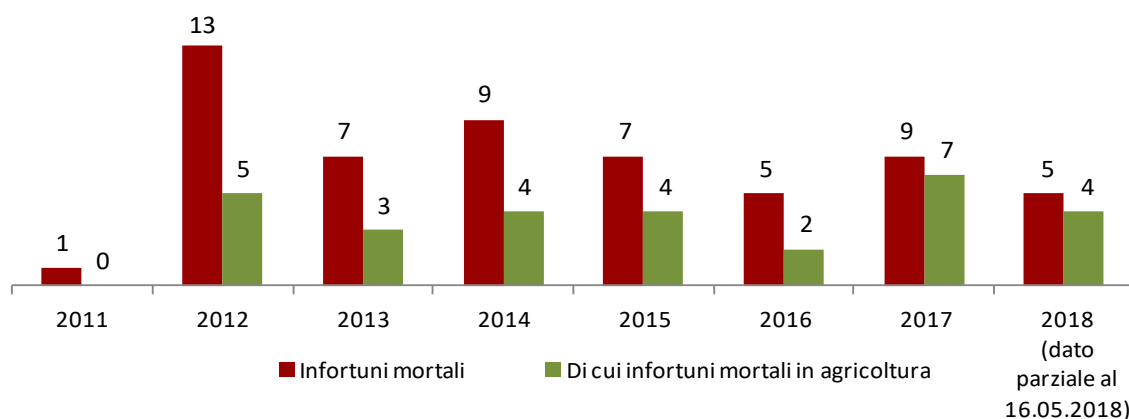
Nei primi mesi del nuovo anno (dati parziali al 16 maggio 2018) gli infortuni mortali denunciati sono stati 5, di cui 4 avvenuti in agricoltura ed uno nel comparto metallurgia (Fonte: Regione Veneto "Rapporto sull'andamento degli infortuni mortali del quadriennio in corso Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale - P.R.E.O.).

Questi eventi, considerata la bassa numerosità statistica e la loro casualità, non sono però sufficienti a fare inferenze sulle condizioni di sicurezza degli ambienti di lavoro, restano tuttavia indicativi di una tendenza utile ai fini conoscitivi.

Dal 2011 al 2018 (dati al 16 maggio 2018) gli infortuni mortali sono stati 54, 28 dei quali avvenuti in agricoltura, 11 in edilizia, 7 nell'industria, 6 nei servizi e 2 nel commercio.

GRAFICO 1.4/8

Infortuni mortali nella provincia di Verona, di cui infortuni mortali in agricoltura: anni 2011-2017 [Fonte: Rapporto sull'andamento degli infortuni mortali del quadriennio in corso P.R.E.O., Regione del Veneto].



In riferimento al preoccupante aumento degli infortuni mortali in agricoltura, la modalità più frequente di accadimento risulta essere il ribaltamento in ambiente collinare o montano.

All'origine dell'evento spesso vi è la precaria stabilità del mezzo in condizioni di viabilità a rischio (pendenza del terreno, franosità del terreno, presenza di ostacoli o fossati, ecc.), frequentemente associata alla mancanza dei dispositivi di protezione e di sicurezza o alla mancata messa in opera degli stessi.

La principale misura di prevenzione consiste nell'evitare il ribaltamento del trattore attraverso un'attenta valutazione delle caratteristiche ambientali e dei rischi connessi ai luoghi di lavoro e di circolazione, tenendo conto delle dinamiche fisiche derivanti dalle attrezzature e dai carichi allo stesso collegati. Fondamentale anche la formazione dell'operatore che utilizza il trattore agricolo, certificata dal possesso del "patentino".

³ Sono esclusi gli infortuni in itinere, quelli stradali e quelli occorsi agli studenti e alle colf e agli sportivi. Sono compresi anche quelli accaduti a lavoratori non assicurati INAIL e a lavoratori irregolari. I dati sono stati rilevati dalla pubblicazione curata dalla Regione Veneto "Rapporto sull'andamento degli infortuni mortali del quadriennio in corso Programma Regionale Epidemiologia Occupazionale (P.R.E.O.) Regione del Veneto" (link: <http://www9.ulss.tv.it/Minisiti/spisal/epidemiologia.html>).



17

Altre fonti di dati sono rappresentate, ad esempio, dall'osservatorio epidemiologico cardiovascolare, dal registro degli incidenti cerebro e cardiovascolari e dai registri tumori.

La Tabella 2.1/1 riporta, per il territorio dell'AULSS 9 Scaligera e suddivisi per Distretti, i dati più recenti a disposizione del sistema di sorveglianza PASSI, relativi al periodo 2014 - 2017.

TABELLA 2.1/1

Prevalenza dei principali stili di vita e fattori di rischio nella popolazione adulta dell'AULSS9, del Veneto e dell'Italia; dati PASSI 2014 – 2017, suddivisi per Distretto.

	FUMA	MANGIA 5 PORZIONI AL GIORNO DI FRUT- TA O VERDURA	ALCOL: CONSU- MO A MAGGIOR RISCHIO*	SEDENTARIETÀ	SOVRAPPESO - OBESITÀ
Distretti 1 e 2	22%	11%	20%	19%	35%
Distretto 3	21%	14%	24%	38%	47%
Distretto 4	26%	12%	27%	18%	41%
Veneto	22%	12%	25%	21%	40%
Italia	26%	10%	17%	34%	42%

* indicatore composito, che include consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto: consente di valutare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato.

Secondo i dati PASSI, nei quattro Distretti che costituiscono l'attuale AULSS 9, così come in Veneto ed in Italia, l'eccesso ponderale è più frequente nelle classi di età più avanzate, nei soggetti con livello di istruzione medio-basso e con difficoltà economiche. Solo una quota di popolazione intervistata compresa tra l'11% ed il 14% consuma le cinque porzioni al giorno di frutta e di verdura raccomandate dall'OMS nelle linee guida per una corretta alimentazione per il loro ruolo protettivo rispetto allo sviluppo di molte patologie. È completamente sedentario il 18-19% dei soggetti intervistati nei Distretti 1, 2 e 4 ed il 38% degli intervistati nel Distretto 3.

Dichiara di fumare il 21-22% circa della popolazione intervistata dei Distretti 1, 2 e 3, il 26% di quella del Distretto 4. L'abitudine al fumo è più frequente nei maschi, nelle età comprese fra i 18 ed i 34 anni ed in presenza di difficoltà economiche. In riferimento al consumo di alcool, si stima che più della metà della popolazione intervistata consumi bevande alcoliche e che una quota di intervistati compresa fra il 20% ed il 27% abbia abitudini di consumo a maggior rischio. Complessivamente, circa il 12-15% degli intervistati beve fuori pasto ed il 10-14% è bevitore "binge" (definito come consumo di 5 o più Unità Alcoliche per gli uomini o 4 o più Unità Alcoliche per le donne in una singola occasione). I dati locali e, in generale, regionali veneti riferiti al consumo di alcol si confermano peggiori rispetto alla media nazionale.

A maggior completezza, si segnala la presenza di un altro sistema di sorveglianza attivo nella nostra Regione, il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive, trattato brevemente più avanti in questo capitolo; in merito alla prevenzione degli infortuni sul lavoro, i dati di riferimento sono quelli forniti da INAIL e, per gli infortuni mortali, dall'osservatorio regionale PREO (Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale).

SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE NELLA SCUOLA PRIMARIA

Come suddetto, a livello internazionale è ormai riconosciuto che il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica. In particolare, l'obesità e il sovrappeso in età infantile hanno delle implicazioni dirette sulla salute del bambino e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie in età adulta.

Dal 2007, il Ministero della Salute ha promosso il sistema di sorveglianza OKKio alla SALUTE, che ha lo scopo di descrivere, con periodicità biennale, la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari e dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria (8 anni), e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'attività fisica.

All'ultima indagine del 2016 hanno partecipato in Veneto 103 classi e 1858 bambini. Tra i bambini della nostra Regione, l'1% risulta in condizioni di obesità grave, il 5% obeso, il 19% sovrappeso, il 74% normopeso e l'1,2% sottopeso.

Complessivamente, il 25% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Quando almeno un genitore è obeso il 28% dei bambini è in sovrappeso e il 13% obeso. Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali; la nostra Regione si colloca a livello intermedio, con valori di sovrappeso e di obesità inferiori a quelli nazionali. Rispetto alle precedenti rilevazioni, nella nostra Regione si assiste ad una modesta diminuzione progressiva della prevalenza di bambini obesi e ad un leggero aumento dei bambini in sovrappeso: tale aumento dovrà essere confermato dalle prossime rilevazioni.

Nella nostra Regione il 59% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata (che fornisce un apporto sia di carboidrati che di proteine, ad es. latte e cereali), il 5% non fa colazione ed il 37% non la fa qualitativamente adeguata. Solo il 9% dei bambini consuma 5 porzioni al giorno tra frutta e verdura (come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità).

Il 38% dei bambini assume bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno. Una lattina di bevanda zuccherata contiene circa 35 grammi di zucchero (pari a circa 7 cucchiaini), superiore alla quantità massima giornaliera di 6 cucchiaini raccomandata per i bambini dall'American Heart Association. Molte di queste caratteristiche variano a seconda del livello di istruzione della madre, con valori più sfavorevoli nei figli di madri con titolo di studio più basso (elementare o media). Per un confronto, si riportano i dati relativi alle abitudini alimentari delle ultime rilevazioni.

TABELLA 2.1/2

OKkio alla SALUTE: abitudini alimentari, valori regionali rilevazioni dal 2008 al 2016 e valore nazionale 2016.

	VALORE REGIONALE 2008	VALORE REGIONALE 2010	VALORE REGIONALE 2012	VALORE REGIONALE 2014	VALORE REGIONALE 2016	VALORE NAZIONALE 2016
Ha fatto colazione il mattino dell'indagine	94%	95%	94%	95%	96%	92%
Ha fatto una colazione adeguata	64%	64%	62%	63%	59%	59%
Ha fatto una merenda adeguata a metà mattina	16%	28%	36%	52%	39%	43%
Assume 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	2%	7%	7%	8%	9%	9%
Assume bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	50%	53%	48%	46%	38%	36%

SORVEGLIANZA SUI CONSUMI ALIMENTARI

I consumi alimentari sono costantemente in trasformazione a causa delle modificazioni dello stile di vita, della disponibilità sul mercato di nuovi prodotti alimentari e dei cambiamenti socio-demografici. L'aggiornamento delle informazioni sui consumi alimentari è essenziale per monitorare la situazione della dieta della popolazione italiana in termini di assunzione giornaliera (alimenti, nutrienti), adeguatezza nutrizionale, esposizione al rischio alimentare ed impatto ambientale (impronta idrica e di carbonio), per ottenere indicazioni per eventuali interventi di prevenzione nutrizionale e di politica agro-alimentare.

Con questo scopo è in atto lo studio "IV SCAI - Studio sui Consumi Alimentari in Italia", coordinato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA), a cui partecipa con attività ambulatoriale il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione dell'Azienda ULSS 9 Scaligera. Nel 2017 lo studio si è indirizzato all'indagine dei consumi nei bambini dai 3 mesi ai 9 anni di vita e ha visto la collaborazione dei pediatri di libera scelta; successivamente, nel 2019, lo studio proseguirà sulla popolazione adulta.

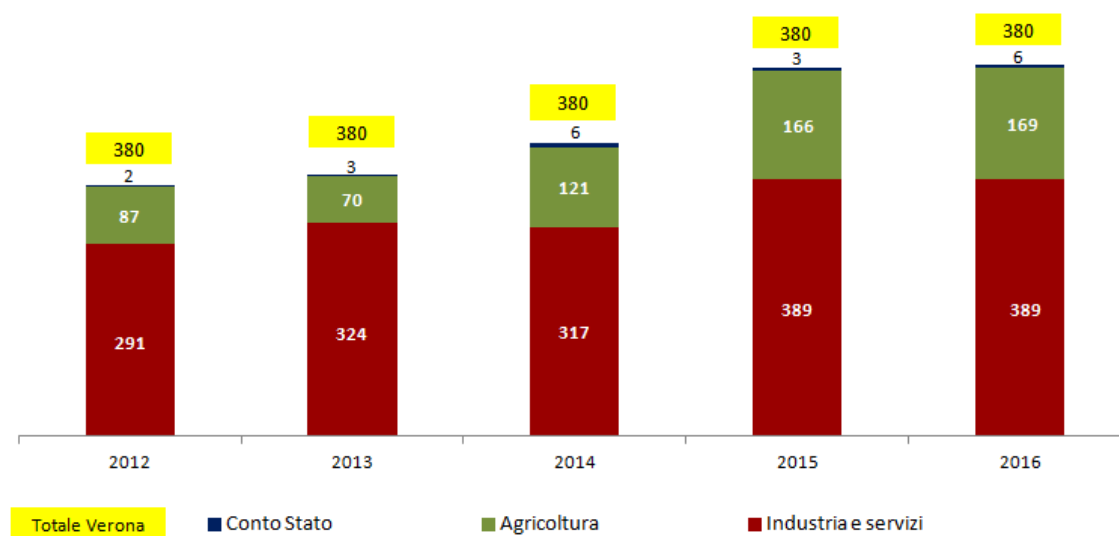
2.2 MALATTIE PROFESSIONALI

Nel 2016 (ultimo dato attualmente disponibile) le malattie professionali denunciate all'INAIL⁴ sono state 564. Il grafico seguente ne riporta l'andamento negli ultimi cinque anni, suddiviso fra Agricoltura, Industria e Servizi e Conto Stato.

⁴ Il Testo Unico n. 1124/65 dispone che, a fronte di una patologia di origine occupazionale, l'INAIL ha il compito di indennizzare i danni provocati alla salute della lavoratrice o del lavoratore, prevedendo prestazioni di carattere economico, sanitario e riabilitativo. La denuncia all'INAIL, delle malattie professionali ai sensi degli articoli 52 e 53, D.P.R. n. 1124/1965 avviene obbligatoriamente da parte di ogni medico, che ne riconosca l'esistenza.

GRAFICO 2.2/1

Provincia di Verona: Malattie professionali denunciate in occasione di lavoro nei settori produttivi: anni 2012-2016 [Fonte: INAIL Banca dati statistica, marzo 2017].



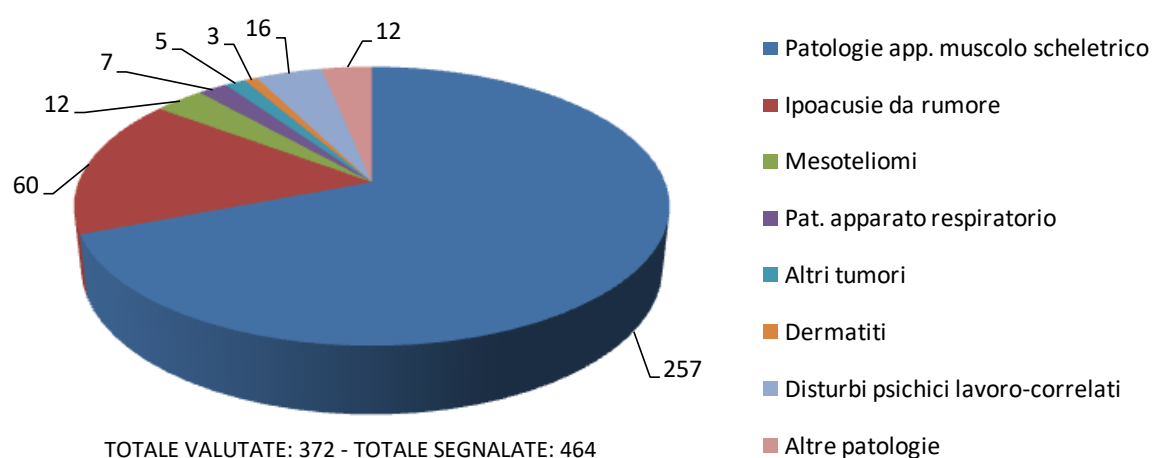
Sul totale dei casi denunciati, l'INAIL ne ha riconosciuto positivamente circa il 45% (media nel quinquennio considerato).

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento del numero di denunce di malattia professionale, in particolare in Agricoltura, dovuto prevalentemente ad un'aumentata segnalazione di patologie dell'apparato muscolo scheletrico dopo l'entrata in vigore del DM 9 aprile 2008 "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura". Tali denunce relative al settore agricolo riguardano quasi interamente i titolari di azienda o i loro collaboratori familiari. Per quanto riguarda invece i comparti dell'Industria e dei servizi le denunce coinvolgono principalmente lavoratori subordinati. L'analisi della banca dati statistica dell'INAIL rivela che, per la Provincia di Verona, nell'ultimo quinquennio, le malattie professionali denunciate hanno interessato principalmente la fascia d'età 45-60 anni.

Le malattie professionali valutate dallo SPISAL⁵; nell'anno 2017, sono state 372 a fronte delle 464 segnalate. Oltre all'incidenza percentuale delle patologie muscolo-scheletriche (69% del totale) si evidenzia il dato dei 12 casi di mesotelioma e i cinque casi di altri tumori

GRAFICO 2.2/2

Malattie professionali valutate dallo SPISAL della Provincia di Verona, anno 2017.



⁵ Gli SPISAL sono istituzionalmente destinatari delle segnalazioni di malattia professionale da parte dei medici ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65 (denuncia di malattia professionale) e dell'art. 365 del Codice Penale (referto medico).

RISCHI DA LAVORO

In provincia di Verona circa il 50% dei lavoratori occupati è soggetto a sorveglianza sanitaria. Il principale rischio per la salute per il quale i lavoratori risultano sottoposti a sorveglianza sanitaria, è rappresentato dalla “movimentazione manuale dei carichi”, fattore di rischio che associato all’invecchiamento della popolazione lavorativa determina importanti problemi nell’ambito del recupero funzionale del lavoratore e della sua idoneità al lavoro. Seguono i rischi da “videoterminale”, da “rumore”, da “sovraccarico biomeccanico degli arti superiori” e da esposizioni ad agenti chimici e biologici.

FOCUS MESOTELIOMI

Tra le malattie professionali denunciate si segnalano quelle neoplastiche e, tra queste, in particolare quelle conseguenti all’esposizione ad amianto: tumore del polmone e mesotelioma pleurico. Il mesotelioma pleurico è un tumore strettamente correlato all’utilizzo di amianto avvenuto fino agli inizi degli anni 1990 e caratterizzato da un lungo periodo di latenza, in media 30 anni. Il picco della curva epidemica è atteso tra il 2010 e il 2020. Nella maggior parte dei casi la malattia insorge nei soggetti che hanno avuto un’esposizione nei luoghi di lavoro dove, rispetto ad altre circostanze, le condizioni di esposizione erano le peggiori.

In Veneto si rileva un andamento crescente della sua incidenza, più marcato negli uomini. Nella provincia di Verona si è passati da un tasso dello 0,49 per 100.000 abitanti (1987-1992) ad un tasso pari a 2,61 per 100.000 abitanti (2005-2011), inferiore alla media regionale, pari a 3,47 per 100.000 abitanti; Venezia e Padova appaiono le province più esposte. Il 73% dei casi riguarda gli uomini, mentre nel genere femminile sono percentualmente consistenti i casi di mesotelioma nei quali è stata rilevata la convivenza con soggetti esposti ad amianto sul lavoro, o l’aver abitato in stretta vicinanza ad insediamenti produttivi inquinanti.

TABELLA 2.2/1

Regione Veneto: andamento nel tempo dell’incidenza di mesotelioma in Veneto e per Provincia, anni 1987-2011. UOMINI (tassi standardizzati x 100.000 abitanti. Pop standard: Italia 2001). [Fonte: Relazione Socio Sanitaria 2013 della Regione del Veneto].

PROVINCIA	1987-1992	1993-1998	1999-2004	2005-2011
Belluno	1,26	1,41	3,11	1,73
Padova	1,54	1,92	2,84	4,54
Rovigo	0,95	1,30	2,65	3,20
Treviso	1,16	1,45	2,09	2,67
Venezia	2,46	3,91	4,66	5,55
Verona	0,49	1,32	2,22	2,61
Vicenza	1,06	1,50	2,36	2,26
VENETO	1,33	1,98	2,86	3,47

2.3 MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI

Le malattie infettive e diffusive sono soggette ad un sistema di notifica obbligatoria attuato con il DM 15/12/90 "Sistema informativo delle malattie infettive" (SIMI), finalizzato a raccogliere una serie di informazioni specifiche sulla malattia, come ad esempio fattori di rischio, quadro clinico, misure di profilassi. Tale sistema di sorveglianza permette di monitorare le attività di prevenzione e controllo poste in essere e di confrontare i dati sull’andamento delle diverse malattie oggetto di notifica. Per alcune malattie infettive (morbillo, tossinfezioni alimentari, HIV-AIDS, Epatiti virali acute, TBC, Malaria, Meningiti Batteriche, Legionellosi...) sono inoltre attive delle sorveglianze speciali.

La tabella 2.3/1 riporta le malattie infettive notificate nel territorio dell’AULSS 9 nell’anno 2017, relative ai residenti, per un totale di 1.527 segnalazioni.

Tra le prime 20 malattie notificate si notano, in particolare, la numerosità delle malattie infettive tipiche dell'infanzia e prevenibili attraverso la vaccinazione (varicella, morbillo, parotite e pertosse), l'entità dei casi di scarlattina e di salmonellosi non tifoidea, la diffusione della legionellosi ed i casi di malaria d'importazione. Questi ultimi sottolineano la necessità di porre attenzione ad alcune categorie a rischio, quali i viaggiatori per turismo e per lavoro ed i migranti che rientrano temporaneamente nel Paese di origine.

TABELLA 2.3/1

Anno 2017, notifiche di malattie infettive nei residenti dell'AULSS9, suddivise per distretto [fonte: SIMIWEB, criteri di estrazione: malattia notificata nel 2017 nei soli residenti]. NOTA: le caselle con sfondo grigio identificano l'assenza di casi notificati per quella malattia.

MALATTIA NOTIFICATA		DISTRETTI 1 E 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	AULSS 9 SCALIGERA
1	Scarlattina	112	18	144	274
2	Varicella	146	19	70	235
3	Scabbia	39	75	16	130
4	Epatite A	61	17	27	105
5	Tubercolosi	68	13	15	96
6	Morbillo	55	19	17	91
7	Sifilide	41	5	12	58
8	Schistosomiasi	28	1	19	48
9	Diarrea infettiva	28	12	5	45
10	Legionellosi	34	2	7	43
11	Salmonellosi non tifoidea	17	12	5	34
12	Pertosse	18	4	11	33
13	Esantema critico (sesta malattia)	1		25	26
14	Faringite streptococcica			26	26
15	Mononucleosi infettiva	12	2	12	26
16	Malaria	18	1	2	21
17	Tossinfezioni alimentari	9		11	20
18	Acariasi	17			17
19	Herpes Zoster	13	1	2	16
20	Parotite epidemica	7	1	6	14
21	Malattia di Lyme (borreliosi)	4		7	11
22	Amebiasi	6		5	11
23	Malattia batterica invasiva da agente non identificato	2	8		10
24	Filariasi	7		3	10
25	Malattia batterica invasiva da <i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	3	1	10
26	Campylobacteriosi	3	3	4	10
27	Pediculosi	3	1	5	9
28	Sindrome bocca mani piedi			9	9
29	Dengue	5	2	1	8
30	Epatite B	6		2	8
31	Gastroenterite	2	6		8
32	Influenza con isolamento virale			6	6
33	Strongiloidiasi	3		2	5
34	Micobatteriosi non tubercolare	3		2	5
35	Malattia batterica invasiva da <i>Staphylococcus aureus</i>		5		5
36	Anchilostomiasi e necatoriasi	3		1	4
37	Meningo-encefalite virale	1	1	2	4
38	Dermatofitosi	2	1		3
39	Eritema infettivo (quarta e quinta malattia)	1	1	1	3
40	Malattia batterica invasiva da <i>Neisseria meningitidis</i>		2	1	3

Continua nella pagina successiva

Segue dalla pagina precedente

MALATTIA NOTIFICATA		DISTRETTI 1 e 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	AULSS 9 SCALIGERA
41	Malattia batterico invasiva da <i>Listeria monocytogenes</i>	1		1	2
42	Blenorragia	2			2
43	Malattia batterico invasiva da <i>Streptococcus pyogenes</i>		2		2
44	Meningoencefalite da virus herpes	1	1		2
45	Zika virus	1			1
46	Chikungunya			1	1
47	Coxachiosi			1	1
48	Elminti (altre infestazioni da)	1			1
49	Impetigine			1	1
50	Influenza			1	1
51	Leptospirosi			1	1
52	Listeriosi	1			1
53	Malattia batterico invasiva da <i>Pseudomonas aeruginosa</i>			1	1
54	Malattia da citomegalovirus (cmv)	1			1
55	Malattia di creutzfeldt-jakob	1			1
56	Mollusco contagioso			1	1
57	Ossiuriasi			1	1
58	Rosolia	1			1
59	Tetano	1			1
60	Toxoplasmosi	1			1
61	West nile		1		1
62	Malattia batterico invasiva da <i>Escherichia Coli</i>			1	1
63	Condilomi Acuminati			1	1
TOTALE		793	239	495	1527

TUBERCOLOSI

I casi di tubercolosi accertati nei residenti dell'AULSS9, con comparsa dei sintomi nell'anno 2017, sono stati 60.

Di questi, il numero risulta essere doppio nei residenti stranieri rispetto a quello nei residenti italiani (41 casi nei residenti stranieri contro i 19 casi nei residenti italiani, per un tasso di incidenza nei residenti stranieri stimato in circa 39 casi/100.000, rispetto ai poco più di 2 casi/100.000 nei residenti italiani). Questi dati complessivamente rispecchiano una condizione di maggiore vulnerabilità della popolazione straniera, correlata sia alle condizioni di alta endemia tubercolare propria dei Paesi di provenienza, che alle precarie condizioni abitative, di vita e socio-sanitarie in cui alcuni immigrati si trovano a vivere, specialmente durante i primi anni dopo l'arrivo in Italia.

Altre popolazioni vulnerabili su cui, in Paesi a bassa incidenza di tubercolosi, come l'Italia, è opportuno impostare attività di prevenzione e controllo includono, ad esempio, persone senza fissa dimora, tossicodipendenti e detenuti [fonte: Epicentro; <http://www.epicentro.iss.it/default.asp>].

TABELLA 2.3/2

AULSS 9 Scaligera. Casi accertati TBC (polmonare e/o extrapolmonare) con comparsa dei sintomi nell'anno 2017 [fonte: SISP ex ULSS 20, 21 e 22].

	RESIDENTI§		TOTALE
	ITALIANI	STRANIERI	
Distretti 1 e 2	13	19	32
Distretto 3	0	13	13
Distretto 4	6	9	15
TOTALE	19	41	60

§ Il numero di casi riportati tra i residenti dei Distretti possono non corrispondere a quelli mostrati in Tabella 2.3/1 "notifiche malattie infettive" a causa del diverso criterio di estrazione (per data di comparsa dei sintomi anziché per data di notifica della malattia).

MORBILLO

Il 2017 è stato caratterizzato, a livello nazionale, da un'importante epidemia di morbillo; infatti, dal 1 gennaio al 31 dicembre 2017 sono stati segnalati 4.991 casi, con 4 decessi (fonte: ISS Morbillo & Rosolia News; Rapporto N° 37 - Gennaio 2018).

Nello stesso periodo, nella Regione Veneto si sono registrati 288 casi di morbillo, dei quali complessivamente 98 in AULSS 9. L'epidemia è stata limitata ad un breve periodo di tempo e piuttosto contenuta; la maggior parte dei casi si è verificata in giovani adulti non vaccinati e in comunità chiuse (ad esempio popolazione ROM).

TABELLA 2.3/3

Italia. Casi di morbillo segnalati nel 2017 e relativa classificazione [Fonte: adattamento da ISS, Morbillo & Rosolia News; Rapporto N° 37 - Gennaio 2018].

REGIONE	CLASSIFICAZIONE					TOTALE*	INCIDENZA X 100.000	% CONFERMA
	NON ANCORA CLASSIFICATO	NON CASO	POSSIBILE	PROBABILE	CONFERMATO			
Piemonte		68	155	94	380	629	14,3	60,4
Valle d'Aosta					1	1	0,8	100
Lombardia		98	52	57	678	787	7,9	86,1
P.A. di Bolzano		1		4	18	22	4,2	81,8
P.A. di Trento			1	2	16	19	3,5	84,2
Veneto		23	17	31	240	288	5,9	83,3
Friuli Venezia Giulia		4			15	15	1,2	100
Liguria			5	6	36	47	3	76,6
Emilia Romagna		16	7		85	92	2,1	92,4
Toscana		27	27	22	321	370	9,9	86,8
Umbria		3	4	17	57	78	8,8	73,1
Marche	1	6	1	5	53	59	3,8	89,8
Lazio	50	77	232	145	1.322	1.699	28,8	77,8
Abruzzo	4	21	21	10	142	173	13,1	82,1
Molise					2	2	0,6	100
Campania	2	5	29	10	69	108	1,8	63,9
Puglia		2	1		24	25	0,6	96
Basilicata				1	10	11	1,9	90,9
Calabria	5		16	6	73	95	4,8	76,8
Sicilia		7	47	34	344	425	8,4	80,9
Sardegna	1	3		1	45	46	2,8	97,8
TOTALE	63	361	615	445	3.931	4.991	8,2	78,8

* casi possibili, probabili e confermati

EPATITE A

Nel corso del 2017 sono stati notificati 105 casi epatite A in cittadini residenti nel territorio dell'AULSS9, dando luogo ad un'epidemia di tale patologia infettiva. Dei 105 casi notificati in AULSS9, 61 sono riferiti ai distretti 1 e 2 (Ex Ulss20), 17 al distretto 3 (Ex Ulss21), ed infine 27 al distretto 4 (Ex Ulss22).

Ricordiamo che il virus è presente nelle feci da 7-10 giorni prima dell'esordio dei sintomi e fino a una settimana dopo, mentre è presente nel sangue solo per pochi giorni. La trasmissione avviene usualmente per via oro-fecale (attraverso il consumo di acqua contaminata, di alcuni cibi crudi o non cotti a sufficienza), ma anche per contatto diretto da persona a persona, soprattutto attraverso rapporti sessuali orogenitali non protetti. Quest'ultima modalità di trasmissione ha verosimilmente giocato un ruolo importante nell'epidemia descritta (non solo nella nostra ULSS, ma anche in tutta Italia), anche se non è possibile verificarne la dimensione per la difficoltà di raccolta dei fattori di rischio.

TABELLA 2.3/4

AULSS 9 Scaligera. Casi accertati Epatite A – confronto notifiche anno 2016-2017 [fonte: SISP ex ULSS 20, 21 e 22].

	2016	2017
Distretti 1 e 2	1	61
Distretto 3	2	17
Distretto 4	4	27
AULSS9	7	105

LEGIONELLOSI

L'uomo contrae la legionellosi per via respiratoria, mediante inalazione o aspirazione di aerosol o di particelle derivate da essiccamento contenenti *Legionella*. Il rischio di infezione è principalmente correlato alla suscettibilità individuale e al grado d'intensità dell'esposizione, rappresentato dalla quantità di *Legionella* presente e dal tempo di esposizione. I principali fattori di rischio individuali che favoriscono l'acquisizione della malattia sono l'età avanzata, il fumo di sigaretta, la presenza di malattie croniche e l'immunodeficienza. Rappresentano impianti considerati generalmente a rischio quelli idrici, le torri di raffreddamento e i condensatori evaporativi; inoltre, sono a rischio di contaminazione (e quindi di trasmissione del batterio) i riuniti odontoiatrici, le vasche idromassaggio, gli autolavaggi e gli umidificatori, presenti ormai in modo diffuso in molti contesti per il raffrescamento dell'aria (bar, spiagge, supermercati...).

I casi totali di legionellosi notificati nel 2017 nei residenti dell'AULSS 9 sono stati 43, dei quali 34 nei distretti 1 e 2, 2 nel distretto 3 e 7 nel distretto 4. L'incidenza della legionellosi nella nostra ULSS per l'anno 2017 risulta, pertanto, sostanzialmente in linea con quella del 2016.

Per approfondimenti: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/legionellosi/epidlta.asp>;
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/legionellosi/aggiornamenti.asp>.

COPERTURE VACCINALI

La riduzione delle coperture vaccinali ha rappresentato un fenomeno generalizzato, che ha riguardato anche altre Regioni italiane ed osservata anche fuori dall'Italia, dovuto al diffondersi di un clima di minore fiducia nei confronti delle vaccinazioni. Tale situazione ha indotto il Ministero della Salute ad emanare il Decreto Legge n.73 del 07.06.2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale (convertito in Legge n. 119 del 31.07.2017, con modificazioni), che prevede l'obbligo di 10 vaccinazioni per l'ingresso alle scuole dell'infanzia ed a quelle dell'obbligo, coinvolgendo quindi tutti i soggetti nella fascia d'età 0-16 (nello specifico: vaccinazioni anti-poliomielitica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-difterica, anti-*Haemophilus Influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia ed anti-varicella, quest'ultima obbligatoria solo a partire dalla coorte di nascita 2017).

In Veneto, dopo alcuni anni in cui il trend delle coperture vaccinali è stato decrescente, per i nati nell'anno 2015 si delinea la prosecuzione dell'inversione di questa tendenza, con il mantenimento di un trend positivo che conferma quanto già registrato nell'anno precedente (fonte: Regione del Veneto "Report sull'attività vaccinale dell'anno 2017. Copertura vaccinale a 24 mesi – coorte nati nel 2015. Febbraio 2018").

In AULSS 9, le coperture a 24 mesi per le vaccinazioni incluse nel vaccino esavalente (antidifterica, anti-tetanica, anti-pertossa, anti-polio, anti-Hib ed anti-epatite B) rimangono al di sotto della soglia del 95%, indicata come obiettivo dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 [fonte: Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale - PNPV 2017-2019]. La tabella ed il grafico sottostante illustrano le coperture vaccinali aggiustate per poliomielite a 24 mesi di vita (coorti di nascita 2008-2015) nell'ULSS 9.

TABELLA 2.3/5

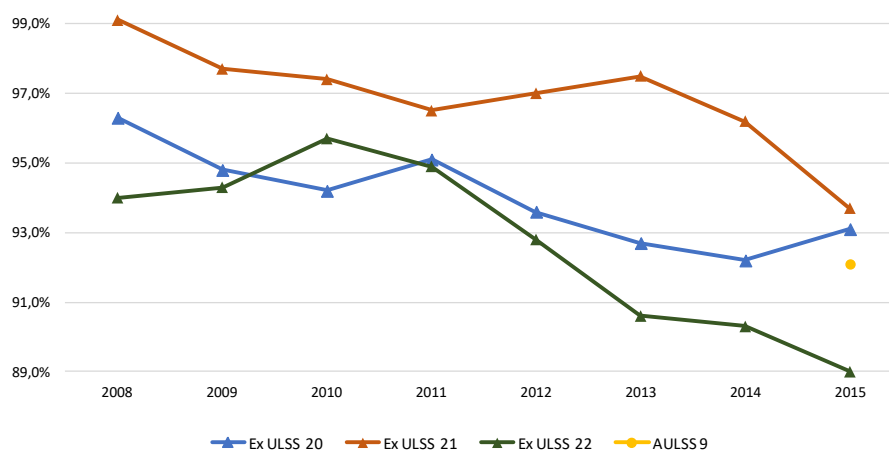
AULSS9. Confronto tra le coperture vaccinali aggiustate per 3a dose di vaccino antipoliomielite a 24 mesi di vita, coorti di nascita 2008-2015 [Fonti: Relazione Sanitaria Dipartimento di Prevenzione 2016; Regione del Veneto "Report sull'attività vaccinale dell'anno 2017. Copertura vaccinale a 24 mesi – coorte 2015. Febbraio 2018"].

ANNO	DISTRETTI 1 E 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	AULSS 9
2008	96,3%	99,1%	94,0%	-
2009	94,8%	97,7%	94,3%	-
2010	94,2%	97,4%	95,7%	-
2011	95,1%	96,5%	94,9%	-
2012	93,6%	97,0%	92,8%	-
2013	92,7%	97,5%	90,6%	-
2014	92,2%	96,2%	90,3%	-
2015	93,1%	93,8%	89,0%	92,1%

§ I dati della copertura vaccinale per la coorte 2015 (24 mesi) sono riferiti al 31/12/2017.

GRAFICO 2.3/1

AULSS9. Andamento delle coperture vaccinali aggiustate per 3a dose di vaccino antipoliomielite a 24 mesi di vita, coorti di nascita 2008-2015 [Fonte: rielaborazione da Regione del Veneto "Report sull'attività vaccinale dell'anno 2017. Copertura vaccinale a 24 mesi – coorte 2015. Febbraio 2018"].

**TABELLA 2.3/6**

AULSS9. Coperture vaccinali aggiustate a 24 mesi di vita per Morbillo (1° dose), suddivise per ex Aziende ULSS. Coorti 2008-2015. Ogni dato è aggiornato al corrispettivo anno di rilevazione [Fonte: Regione del Veneto "Report sull'attività vaccinale dell'anno 2017. Copertura vaccinale a 24 mesi – coorte 2015. Febbraio 2018"]

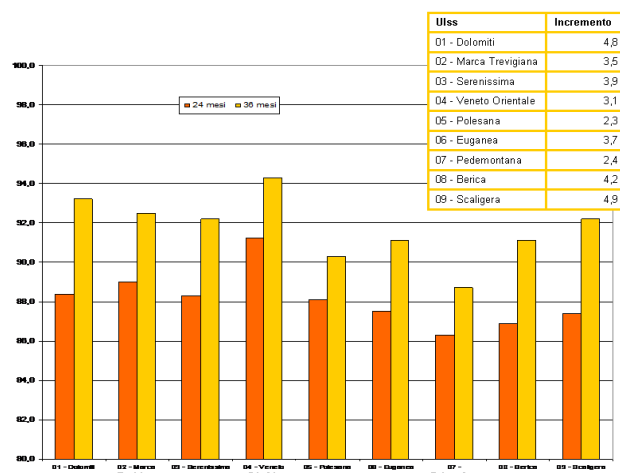
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ex ULSS 20	90,5	91,9	90,7	91,7	88,5	88,9	88,5	89,6*
Ex ULSS 21	95,6	95,4	95,9	95,4	95,1	97,0	95,1	
Ex ULSS 22	91,3	92,5	92,6	90,8	86,6	84,6	85,3	
REG. VENETO	92,4	93,0	92,5	91,0	88,6	87,1	89,2	91,5

*AULSS 9 Scaligera

In linea con il quadro presente in Italia ed in Veneto, permane anche a livello della nostra ULSS la tendenza a posticipare l'inizio del ciclo vaccinale nei nuovi nati; infatti, per la coorte dei nati nel 2014, si nota come la differenza tra le coperture grezze a 24 e a 36 mesi per il vaccino antimorbillo sia di quasi cinque punti percentuali (figura 2.3/1).

FIGURA 2.3/1

Regione Veneto. Confronto delle coperture vaccinali grezze a 24 e a 36 mesi di vita per Morbillo (1a dose) per Azienda ULSS, coorte dei nati nel 2014. Dati al 31.12.2017. [Fonte: Regione del Veneto "Report sull'attività vaccinale dell'anno 2017. Copertura vaccinale a 24 mesi – coorte 2015. Febbraio 2018"].



In AULSS9 è attualmente in corso una riorganizzazione dei servizi che ha comportato il passaggio del personale vaccinatore alle dirette dipendenze del Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, con l'obiettivo di migliorare i livelli di efficacia ed efficienza date le risorse impiegate, raggiungendo al contempo gli obiettivi di copertura vaccinale previsti dalla norma.

FOCUS RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

Da fine 2014 è attivo a livello regionale un "Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso di immigrati" che prevede, per le persone coinvolte, oltre alla sorveglianza delle principali malattie diffuse, anche la somministrazione dei vaccini previsti dalla legge 31 luglio 2017 n.119 recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ai minori e agli adolescenti compresi nella fascia di età 0-16 anni, e di anti-poliomielite, difterite, tetano e morbillo, parotite e rosolia (MPR) agli adulti. I migranti di nuovo arrivo ricevono la prima visita medica, le vaccinazioni e lo screening antitubercolare. Tale protocollo è stato applicato anche alla popolazione di richiedenti protezione internazionale ospitati nelle strutture di accoglienza, che nell'anno 2017 sono state 1391 (dato rilevato dal numero di prime visite). Inoltre il SISP, su richiesta o autorizzazione da parte della Prefettura, effettua sopralluoghi presso i Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), al fine della verifica dell'idoneità degli stessi relativamente agli aspetti igienico-sanitari di competenza. A tale proposito, si segnala che da fine marzo 2017 è attivo un accordo fra Prefettura ed AULSS 9 Scaligera, sottoscritto per adesione dall'associazione Il Samaritano – Caritas, che pone in essere procedure di verifica condivise.

In Tabella 2.3/7 si riporta l'elenco delle attività effettuate nel 2017 dal SISP relativamente alle persone richiedenti protezione internazionale.

TABELLA 2.3/7

AULSS9 - Richiedenti protezione internazionale. Prestazioni effettuate nel 2017 dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ex ULSS 20, 21 e 22 [fonte: SISP].

	DISTRETTI 1 e 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	AULSS9 SCALIGERA
N. visite effettuate da personale SISP (prime visite)	584	452	355	1.391
N. visite specialistiche effettuate	603*	242**	245**	1090
Totale vaccinazioni effettuate	1.773	414	97	2.284
Test mantoux	570	205	2	777
Quantiferon (prescritti)	133	2	282	417
Radiografie del torace (prescritte)	154	79	306	539
N. sopralluoghi a Centri Accoglienza Straordinaria (CAS)	6	1	6	13

* Il numero di visite specialistiche effettuate nei Distretti 1 e 2 corrisponde a tutte le visite specialistiche effettuate dai medici specialisti interni all'UOC SISP. ** Per i Distretti 3 e 4 le visite specialistiche indicate sono visite prescritte dai medici SISP, ma eseguite da specialisti di altre unità operative dell'AULSS9.

2.4 SICUREZZA DEGLI ALIMENTI

SICUREZZA ALIMENTARE (ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE ED ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO)

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'ULSS 9 Scaligera effettua una continua vigilanza sugli operatori del settore alimentare (imprese alimentari, ristorazione pubblica, ristorazione collettiva, ecc.), in base alla normativa vigente e alla programmazione regionale, o in seguito all'attivazione di allerte alimentari. Nell'ambito dell'attività di vigilanza, nel corso del 2017 sono stati effettuati n. 1031 campioni di alimenti sui quali sono stati effettuati diversi tipi di analisi (chimiche, microbiologiche, ricerca di micotossine, di pesticidi, di OGM, dosaggio di isotopi radioattivi, ricerca di PFAS) previste da Piani Regionali in seguito ad attivazioni di indagini, o su delega da parte di altre Autorità.

È stata rilevata una sola non conformità per un campione di fagioli secchi, in cui è stata rilevata la presenza di un principio attivo (fitosanitario) il cui utilizzo non è consentito in Italia.

TABELLA 2.4/1

AULSS 9. Tipologia di analisi effettuata su alimenti di origine non animale – Anno 2017.

TIPOLOGIA DI ANALISI	TOTALE
Analisi chimiche (escluse micotossine e residui fitosanitari)	229
Analisi microbiologiche	316
Micotossine	16
Fitosanitari (residui su alimenti)	117
PFAS	307
OGM	9
Dosaggio isotopi radioattivi	15
Campioni extra Piano	22
TOTALE	1.031

Sono stati inoltre effettuati 3800 campionamenti di acque destinate al consumo umano, prelevate dalla rete dell'acquedotto e da pozzi privati.

Oltre ai controlli (di routine e di verifica) previsti dalla legislazione vigente, sono stati effettuati specifici monitoraggi in relazione alla vulnerabilità delle zone e alle fonti di pressione esistenti sul territorio, con ricerca di erbicidi, organo cloro derivati, idrocarburi policiclici aromatici, metalli pesanti, arsenico, PFAS (v. capitolo "Inquinamento da PFAS").

In totale, sono stati rilevati 278 superamenti dei limiti di legge: 81 per parametri microbiologici, 42 per arsenico, 1 per nitrati, 1 per cloroformio, 58 per ferro, 82 per ammoniaca, 12 per manganese, 1 per torbidità. Molti superamenti (tutti quelli da arsenico - presente nel distretto della Pianura Veronese per cause legate alla natura del terreno) sono stati registrati nell'acqua prelevata da pozzi privati. Tutte le non conformità sono state tempestivamente comunicate al gestore dei servizi idrici che ha provveduto ad adottare le azioni correttive più opportune o al proprietario del pozzo privato. In 8 casi è stato necessario adottare un'ordinanza sindacale di limitazione d'uso dell'acqua. In diversi Comuni del veronese una rilevante proporzione di utenze non è allacciata all'acquedotto, ma si approvvigiona da un pozzo privato (vedi allegato 1). Come sottolineato sopra, si sono registrate diverse criticità nell'acqua attinta da pozzi privati in specifiche aree, in relazione alla presenza di arsenico, organoalogenati e all'inquinamento da PFAS (v. capitolo "Inquinamento da PFAS"). Per questo motivo è fondamentale che i proprietari di pozzi privati effettuino controlli periodici dell'acqua presso laboratori accreditati.

INTOSSICAZIONI/TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Nel corso del 2017 sono pervenute al Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'ULSS 9 Scaligera, presso i tre distretti di Verona, della Pianura e dell'Ovest Veronese, 17 segnalazioni di episodi riferibili a malattie trasmesse da alimenti (sintetizzati in tabella 2.4/3), che si sono manifestate con sintomatologia gastrointestinale (nausea, vomito, diarrea, ecc.).

In alcuni casi si è riusciti ad individuare gli agenti eziologici delle malattie e gli alimenti che li hanno veicolati, grazie alle indagini attivate con celerità sul campo e alle interviste dirette dei soggetti coinvolti; la causa della presenza/sviluppo di germi patogeni era da addebitarsi a errate prassi di conservazione di alimenti già sottoposti a cottura: la successiva conservazione a temperatura ambiente di grosse pezzature di carne destinate ad essere somministrate nella forma del tipico piatto della tradizione veronese (bollito con la pearà) ha permesso la rapida moltiplicazione della forma vegetativa delle spore del *Clostridium perfringens*. Anche la presenza di *Bacillus cereus* in una preparazione gastronomica (riso con pollo) è correlabile alla sua errata conservazione a temperatura ambiente, con riutilizzo per il consumo nel pasto successivo.

TABELLA 2.4/2

AULSS9. Sintesi delle segnalazioni riferibili a malattie trasmesse da alimenti, anno 2017.

TIPO DI INSEDIAMENTO	SOGGETTI COINVOLTI	AGENTE EZIOLOGICO	MATRICE RESPONSABILE O ALIMENTI SOSPETTI
Comunità alloggio	21	<i>Bacillus cereus</i>	Riso con pollo
Manifestazione fieristica	5	<i>Clostridium perfringens</i>	Bollito misto
Ristorazione	27	<i>Clostridium perfringens</i>	Bollito misto
Ristorazione	40	n. d.	Preparazioni somministrate a buffet
Ristorazione	21	n. d.	Sushi
Ristorazione	7	n. d.	Pesce crudo
Ristorazione	4	n. d.	Bigoli al ragù di anatra
Ristorazione	n.d.	n. d.	Paella
Ristorazione	n.d.	n. d.	Tonno
Ristorazione	1	n. d.	Insalata di mare
Ristorazione	1	n. d.	Controfiletto di manzo
Commercio al dettaglio	2	n. d.	Tranci di tonno

n.d.: non determinato

Altri sospetti episodi tossinfettivi sono stati trattati con solerzia ma non sono emersi elementi adeguati di causa/effetto: le indagini attivate non hanno portato a un'identificazione certa dell'agente eziologico e della matrice alimentare interessata. Le informazioni assunte dalle persone coinvolte hanno portato solo a individuare l'alimento sospetto, ma non è stato possibile analizzarlo oppure le analisi non hanno mostrato alterazioni. L'intervento ispettivo ha comunque avuto buon esito nel sollevare il problema con l'operatore del settore alimentare e nel prevenire l'adozione di procedure scorrette sia riguardo la preparazione che la successiva conservazione/somministrazione degli alimenti chiamati in causa. In alcuni casi si sono riscontrate irregolarità igienico-sanitarie ed è stata comminata una sanzione amministrativa. Sono stati oggetto di investigazione, al fine di prevenire eventuali problematiche a carico di altri soggetti, anche casi isolati di possibili tossinfezioni derivanti da singole segnalazioni. Una menzione particolare merita un episodio riguardante un alimento poi oggetto di attivazione di stato di allerta europeo in quanto, nei tranci di tonno lavorati e distribuiti, era stata dosata una quantità di istamina superiore ai valori consentiti dalla legislazione europea.

La tempestiva segnalazione di sospetta intossicazione/tossinfezione alimentare facilita le indagini per identificare le cause e l'adozione di provvedimenti a tutela della salute.

INTOSSICAZIONI DA FUNGHI

Nel corso del 2017 si sono verificati tre casi di intossicazioni da funghi trattati presso i servizi di emergenza/urgenza degli ospedali del territorio. In tutti e tre i casi le persone, prima di consumare i funghi, non hanno fatto ricorso all'Ispettorato micologico aperto al pubblico presso le sedi dell'Azienda ULSS.

Per le sedi e gli orari dell'Ispettorato micologico si invita a consultare il sito <https://sian.aulss9.veneto.it> alla voce "Servizio di consulenza micologica".

2.5 SCREENING ONCOLOGICI

Gli screening oncologici sono programmi di medicina pubblica gratuiti basati su test diagnostici poco invasivi offerti ad una popolazione a rischio per un determinato tumore, al fine di individuare precocemente la patologia in persone asintomatiche, con l'obiettivo di diagnosticarla quando è ancora curabile.

Affinché venga attivato un corrispondente programma di screening, la patologia deve avere rilevanza sociale, cioè deve costituire un problema (per diffusione o per gravità) per la salute della popolazione ed è necessario che siano disponibili sia un trattamento efficace per la patologia indagata, effettuabile allo stadio in cui viene rilevata, sia servizi di secondo livello di approfondimento diagnostico, qualora si rendesse necessario. Inoltre, il test deve essere accettato da parte della popolazione, per questo è importante che sia facilmente attuabile e che individui la patologia in uno stadio preclinico.

Attualmente i test di screening sono tre:

- Screening cervico-uterino: mira ad individuare le lesioni precancerose del collo dell'utero e consiste nell'esecuzione di un Pap Test ogni tre anni per le donne fra i 25 ed i 29 anni e di un test HPV ogni cinque anni per le donne fra i 30 ed i 64 anni. Il test HPV è stato gradualmente introdotto dal 2015 attraverso una fase di transizione che ha previsto, nel 2016, l'offerta alle donne in età tra i 46 ed i 64 anni, e nel 2017 alle donne tra i 41 ed i 64 anni. Nel 2018 andrà a regime e pertanto verrà proposto alle donne tra i 30 ed i 64 anni.
- Screening mammografico: ha l'obiettivo di individuare i tumori del seno e consiste in una mammografia biennale per le donne fra i 50 ed i 74 anni.
- Screening coloretale: mira ad individuare i tumori e gli adenomi del colon-retto e consiste in un test per la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) da eseguire ogni due anni nei per i soggetti fra i 50 ed i 69 anni.

TABELLA 2.5/1

AULSS9. Attività di screening oncologico anno 2017 [fonti: coordinamento screening oncologici].

		POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUA	INVITATI	TASSO DI ESTENSIONE CORRETTO %**	ADESIONI	TASSO DI ADESIONE CORRETTO***	DIAGNOSI DI CANCRO O LESIONE PRE-CANCEROSA****
CERVICE UTERINA*	Distretti 1 e 2	42.357	41.895	107,7%	17.380	47,9%	150
	Distretto 3	13.985	10.516	82,5%	5.998	64,6%	7
	Distretto 4	27.332	24.430	95,4%	11.343	55,6%	52
	ULSS 9	83.674	76.841	99,6%	34.721	52,6%	209
MAMMELLA*	Distretti 1 e 2	38.266	29.905	89,0%	19.661	74,4%	204
	Distretto 3	12.392	9.299	86,0%	6.075	78,4%	57
	Distretto 4	22.937	15.962	82,8%	8.949	66,7%	52
	ULSS 9	73.595	55.166	86,6%	34.685	72,8%	313
COLON RETTO*	Distretti 1 e 2	61.944	54.907	90,6%	31.863	62,1%	217
	Distretto 3	20.850	15.829	84,6%	11.021	71,1%	73
	Distretto 4	38.557	35.256	95,2%	21.037	64,1%	75
	ULSS 9	121.350	105.992	91,0%	63.921	64,2%	365

* calcolato da programma statistico regionale (QulikView: dati del 23.4.2018) e gestionale screening oncologici (per le diagnosi dello screening coloretale). Non sono ancora disponibili i dati elaborati dal Coordinamento Regionale degli Screening Oncologici;

** tiene conto anche degli esami eseguiti al di fuori del programma di screening e degli inviti inesitati. Si precisa che per essere opportunamente valutata, l'estensione dovrebbe essere considerata nell'intervallo di screening (che è biennale per screening mammografico e coloretale, mentre è triennale per screening citologico), quindi le eccedenze rispetto al 100% sono da considerarsi compensative nell'intervallo complessivo. Per l'estensione corretta, a livello nazionale e regionale lo standard accettabile è ≥ 80% e lo standard desiderabile è ≥ 90%;

*** tiene conto delle esclusioni dopo l'invito e degli inviti inesitati;

**** per lo screening del tumore della cervice-uterina sono indicate le diagnosi CIN2+; per lo screening del tumore della mammella sono indicate le diagnosi di carcinoma; per lo screening del tumore del colon-retto sono indicate le diagnosi di carcinoma e adenoma avanzato.

2.6 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE

Il piano della Prevenzione Aziendale (PPA) è lo strumento di applicazione locale del Piano Regionale della Prevenzione (PRP), derivato a sua volta dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). I Principali Programmi Regionali di Promozione della Salute in capo al Dipartimento di Prevenzione contenuti nel PRP 2014-2018 (ed espressi nei PPA delle ex ULSS 20-21-22) possono essere ricompresi in:

- Promozione stili di vita sani (“Guadagnare Salute”)
- Promozione della Salute Materno Infantile (“GenitoriPiù”, “Ospedali e Comunità Amici del Bambino OMS/UNICEF per l’allattamento materno”, “Nati per Leggere”)
- Prevenzione incidenti stradali e domestici.

Ulteriori attività di Promozione della Salute sono tuttavia presenti trasversalmente in diverse linee di attività, come per esempio relative alle malattie infettive, all’ambiente, al mondo del lavoro e così via, ed attuati anche in collaborazione con altri servizi ed istituzioni in una logica intersettoriale.

PROMOZIONE STILI DI VITA SANI (GUADAGNARE SALUTE)

Promuovere stili di vita sani e agire sui principali fattori di rischio delle malattie cronicodegenerative (Malattie Croniche Non Trasmissibili - MCNT) è l’idea che sta alla base del Programma Interministeriale “[Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari](#)”. L’obiettivo primario è quello di agire in modo integrato e coordinato per diffondere stili di vita sani e corretti agendo sui quattro principali fattori di rischio modificabili (scorretta alimentazione, alcol, inattività fisica e fumo). Il programma ha l’obiettivo di garantire in ogni contesto un’omogenea e più attuale attività di promozione della salute lungo i tre principali assi: advocacy, educazione e cittadinanza attiva.

Il compito del gruppo di lavoro aziendale è di aumentare l’integrazione/sinergia tra i servizi impegnati nella prevenzione delle MCNT, la realizzazione degli obiettivi di rilevamento previsti dai Sistemi di Sorveglianza, il potenziamento delle politiche e strategie per contrastare l’epidemia di malattie non trasmissibili (in primis disturbi cardiovascolari e tumori) attraverso azioni sulla comunità e sull’individuo, in un’ottica di equità.

In linea con tali obiettivi, sono inoltre state condotte attività specifiche di altri programmi, sia nella scuola che nelle comunità, in un’ottica di collaborazione tra Istituzioni. In particolare, i temi della corretta Alimentazione sono stati sviluppati dal SIAN; il contrasto al Fumo e all’Alcol dal SERD ed ha incluso la partecipazione del Dipartimento di Prevenzione con un’attività diretta attraverso tecnici della prevenzione per il monitoraggio del Fumo negli ambienti di vita e di lavoro; per quanto riguarda il contrasto alla sedentarietà, sono state implementate a cura del SPPS varie proposte rivolte alla popolazione, che hanno previsto il coinvolgimento delle realtà locali impegnate a vario titolo nella la promozione dell’attività motoria (Comuni, Università, Associazioni, Università).

Di particolare rilievo nel 2017 l’adesione del Dipartimento di Prevenzione all’iniziativa regionale “il Treno della Salute” che ha visto operatori variamente impegnati in prima linea con la popolazione nella promozione degli screening e nel counselling sull’alimentazione e l’attività motoria, nonché nel contrasto al tabagismo. Il Servizio Progetti e Promozione della Salute del Dipartimento è inoltre stato assegnatario anche per il 2017 della gestione del Programma Regionale “MuoverSi – Promozione dell’attività motoria nel ciclo di vita” (sito www.muoversidipiù.it) nell’ambito del quale ha continuato a gestire le attività previste dal programma stesso tra cui spicca il laboratorio esperienziale presso Villa Buri (<http://muoversidipiù.it/laboratori/attivita/>)

PROMOZIONE DELLA SALUTE MATERNO-INFANTILE (GUADAGNARE SALUTE FIN DA PICCOLI)

GENITORIPIÙ

Le azioni promosse da [GenitoriPiù](#) riguardano i seguenti 8 determinanti: assunzione di acido folico prima del concepimento e nei primi tre mesi di gravidanza; contrasto a fumo e alcol in gravidanza e dopo la nascita; promozione, protezione e sostegno dell’allattamento; corretto posizionamento nel sonno per prevenzione della SIDS (morte in culla o *Sudden Infant Death Syndrome*); promozione della sicurezza a casa ed in auto; promozione delle vaccinazioni e della lettura precoce.

GenitoriPiù si collega a Guadagnare Salute e comprende altre azioni preventive, in un'ottica *life course* e di equità, che tiene conto dell'importanza degli interventi precoci e delle più recenti conoscenze sull'epigenetica.

Il gruppo di lavoro aziendale GenitoriPiù, costituito da una rappresentanza di ciascuno dei servizi del Percorso Nascita (Punto Nascita Ospedale di San Bonifacio, Consultori familiari, Distretti, Servizi Vaccinali, Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Pediatri di famiglia) ha riunito periodicamente la rete degli operatori coinvolti nel promuovere gli 8 determinati di salute.

Il Servizio Progetti e Promozione della Salute del Dipartimento è inoltre stato assegnatario anche per il 2017 della gestione del Programma Regionale "GenitoriPiù – Coordinamento promozione Materno-Infantile" (sito www.genitoripiu.it).

"OSPEDALI E COMUNITÀ AMICI DEL BAMBINO OMS/UNICEF" PROMOZIONE PROTEZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO

L'allattamento materno è un riconosciuto capitale di salute di enorme portata nel breve e lungo periodo, inoltre concorre alla riduzione di mortalità e di morbidità nel bambino e nella madre. L'OMS raccomanda la promozione dell'allattamento materno esclusivo alla dimissione dal punto nascita e fino al 6° mese compiuto e il mantenimento del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare, sostenendo un allattamento prolungato, garantendo un sostegno alle madri ed alle famiglie. Costituisce la prima raccomandazione del Programma Guadagnare Salute per una corretta alimentazione. Lo strumento riconosciuto e basato sulle evidenze con cui perseguire gli obiettivi sopraelencati, è il Progetto OMS/Unicef "Insieme per l'allattamento: Ospedali e Comunità Amici dei Bambini", programma incluso nel Piano Regionale della Prevenzione, del quale il Servizio Progetti e Promozione della Salute del Dipartimento è stato assegnatario anche per il 2017.

Il SPPS nel 2017 ha accompagnato i punti nascita dell'Azienda 9 nel percorso di Baby Friendly Hospital Initiative: l'ospedale di San Bonifacio nel mantenimento degli Standard Unicef; l'ospedale di Bussolengo nella rivalutazione e conferma del riconoscimento BFH, e l'ospedale di Legnago nel proseguimento del percorso a tappe per ottenere il riconoscimento finale di BFH. Il SPPS affianca anche i Servizi territoriali per l'implementazione del progetto sulla Comunità Amica dei Bambini BFCI.

All'interno dei Programmi regionali GenitoriPiù e "Ospedali e Comunità Amici dei Bambini OMS-UNICEF" è in corso nei Distretti 1 e 2 la sperimentazione di una "[Agenda della Gravidanza](#)", strumento per la donna in gravidanza che contiene, accanto a schede cliniche, anche informazioni utili per l'accompagnamento della donna nelle scelte durante tutto il percorso nascita, con inoltre messaggi di salute coerenti con le azioni di GenitoriPiù, con gli standard della Baby Friendly Hospital Initiative e con la Baby Friendly Community Initiative OMS/UNICEF. In base all'esito di tale sperimentazione la Regione Veneto valuterà l'estensione dell'Agenda della Gravidanza su tutto il territorio regionale.

PROMOZIONE DELLA LETTURA PRECOCE: IL PROGETTO "NATI PER LEGGERE"

Le evidenze scientifiche sottolineano la connessione tra la lettura precoce e lo sviluppo delle abilità cognitive e sociali che mettono in grado gli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da preservare la propria salute (Health Literacy). Il ruolo della stimolazione precoce attraverso la lettura frequente da parte dei genitori con un oggetto-libro adatto all'età del bambino, assume assieme all'allattamento, secondo gli studi di epigenetica, un significato cruciale per il futuro in salute dei singoli e della comunità.

PREVENZIONE INCIDENTI STRADALI E DOMESTICI

Sono proseguiti, in collaborazione con tecnici ACI (Automobile Club Italia), gli incontri periodici con gruppi di neogenitori sulla prevenzione degli incidenti automobilistici e sul corretto uso degli appositi dispositivi per il trasporto sicuro del bambino in auto.

Il progetto "Baby Bum. La vita cambia, cambia la casa" promuove la sicurezza domestica dei bambini dai 0 ai 3 anni attraverso la distribuzione di materiale informativo, per operatori e genitori, da inserire nel libretto pediatrico e disponibili in diverse lingue (inglese, arabo, cinese).

Il progetto scelto per la Promozione della Sicurezza Domestica dei Bambini nell'età della scuola dell'infanzia, denominato "AffyFiutapericolo", affronta il problema della sicurezza domestica mettendo a disposizione degli insegnanti, opportunamente formati, un kit gratuito, "La valigia di AffyFiutapericolo", per la promozione della sicurezza in casa e negli ambienti dove vivono i bambini, coinvolgendo anche i genitori. Anche nel 2017 è proseguito il coinvolgimento delle scuole dell'infanzia sia pubbliche che private, in collaborazione con le diverse istituzioni di riferimento.

PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE

L'alimentazione è uno dei fattori di maggior impatto sulla salute, durante tutto il corso della vita. In generale si raccomanda lo stile alimentare mediterraneo, con un ricco apporto di alimenti di origine vegetale (almeno 5 porzioni tra frutta e verdura al giorno, cereali preferibilmente integrali ad ogni pasto, legumi, olio di oliva), un moderato consumo di pesce, carni bianche, uova e latticini e una frequenza ridotta di carni rosse, carni trasformate e dolci.

Le attività di prevenzione nutrizionale e di promozione di una sana alimentazione del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione sono mirate alle varie fasi della vita (con un'attenzione particolare alle età più precoci in cui si pongono le basi per la salute futura) e si svolgono in contesti diversi (scuola, strutture sanitarie, iniziative pubbliche), privilegiando gli interventi che coinvolgono più settori.

Nel 2017, oltre all'abituale attività di valutazione di menù scolastici e della ristorazione collettiva, sono stati condotti interventi di educazione alimentare rivolti ad alunni della scuola primaria (laboratorio multimediale "Ca' Dotta", progetto "Il Signor Iodio e il Signor Poco Sale"), a studenti di scuole secondarie di 2° grado, alla popolazione in occasione dell'iniziativa regionale "Il treno della salute".

Da settembre 2017 è stato inoltre attivato il percorso di prevenzione nutrizionale di gruppo "CambioGiro" presso la sede di Verona del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. Tale percorso è ispirato alle tecniche del counseling motivazionale e si rivolge a piccoli gruppi di soggetti adulti sani (in sovrappeso o meno) interessati a un miglioramento delle proprie abitudini alimentari. L'obiettivo è rendere le persone capaci di gestire in maniera corretta la propria giornata alimentare e il proprio stile di vita attraverso la presa di coscienza di abitudini non corrette e di alternative percorribili. Per ogni gruppo attivato sono stati organizzati quattro incontri della durata di due ore a cadenza mensile in cui vengono approfonditi i temi: stili di vita (anche grazie alla partecipazione di personale dell'U.O.S. Servizio Progetti e Promozione della Salute per quanto riguarda l'attività motoria), giornata alimentare e dieta mediterranea, lettura delle etichette e metodi di cottura degli alimenti. Per ulteriori informazioni consultare il sito: <https://sian.aulss9.veneto.it/iweb/2019/argomento.html>

RIDUZIONE DEGLI SPRECHI ALIMENTARI

Secondo uno studio promosso dalla Food and Agriculture Organization (FAO), circa un terzo della produzione alimentare globale viene persa o sprecata lungo il tragitto che gli alimenti compiono per giungere dal campo alla tavola, con impatti rilevanti in termini sociali, economici ed ambientali.

Dal 2005 il SIAN di Verona sostiene progetti di recupero delle eccedenze alimentari, mettendo a punto procedure per il recupero in condizioni di sicurezza igienico-sanitaria delle eccedenze alimentari della ristorazione scolastica e della grande distribuzione organizzata. Tale attività è continuata, dal 2015 al 2018, nell'ambito del progetto REDUCE (Ricerca, EDUcazione, Comunicazione: un approccio integrato per la prevenzione degli sprechi alimentari) coordinato dal Dipartimento di Scienze e Tecnologie Agroalimentari (DISTAL) dell'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.

Per ulteriori informazioni consultare il sito: <https://sian.aulss9.veneto.it/iweb/425/categorie.html>
<http://www.sprecozero.it/cose-il-progetto-reduce/>.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Nel 2017 lo SPISAL ha promosso un Bando di concorso pubblico denominato "Verona Aziende Sicure 2.0", che ha previsto un finanziamento rivolto alle Aziende, agli Enti ed alle Associazioni, rivolto a progetti finalizzati a promozione della salute, sicurezza e benessere organizzativo negli ambienti di lavoro. Ventisette di questi sono stati finanziati e stanno concludendo i progetti di miglioramento. <https://spisal.aulss9.veneto.it/iweb/2519/argomento.html>.

2.7 SALUTE E AMBIENTE

URBAN HEALTH E SPAZI VERDI

I determinanti di salute in ambito territoriale sono un importante fattore che influisce sullo stato di benessere di una popolazione, insieme agli aspetti legati alla genetica, al sesso, allo stato socio economico ed all'istruzione. Gli aspetti ambientali sono importanti anche nel combattere le disuguaglianze in salute: è ormai noto, ad esempio, che un assetto territoriale con presenza di verde all'interno di percorsi ciclopeditoni risulta essere un ottimo investimento di prevenzione sulla diminuzione del rischio delle coronaropatie. I parchi nelle varie declinazioni tipologiche, i viali alberati, i parchi attrezzati per il gioco con libero accesso, gli orti urbani, ecc. costituiscono una "spinta gentile" ("nudging") che facilita, anche per le persone più svantaggiate, il contatto e la fruizione del territorio.

In linea con le indicazioni europee (UE "VII Programma d'azione ambientale" 2013), si tratta di attivare contesti territoriali di rete, dove il tema del verde venga declinato come *green planning* o *green infrastructure* con molteplici ricadute anche sul tema del contrasto ai cambiamenti climatici e al fenomeno "dell'isola di calore". In questo contesto l'assetto territoriale svolge molteplici funzioni di prevenzione e protezione della popolazione ed occorre ricordare che un territorio che offre opportunità di salute determina anche un aumento del capitale sociale.

QUALITÀ DELL'ARIA

All'inquinamento atmosferico è attribuibile una quota rilevante di morbosità acuta e cronica (in particolar modo in riferimento a manifestazioni respiratorie e cardiovascolari) e una diminuzione della speranza di vita dei cittadini che vivono in aree con livelli di inquinamento elevato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che l'inquinamento atmosferico ambientale causi nel mondo circa 3,7 milioni di decessi (800.000 solo in Europa) e il 3% della mortalità cardiorespiratoria.

In termini di mesi di vita persi, l'inquinamento accorcia mediamente la vita di ciascun italiano di 10 mesi; 14 per chi vive al Nord, 6,6 per gli abitanti del Centro e 5,7 al Sud e isole.

Il progetto CCM VIAS ha evidenziato che l'effettivo rispetto dei limiti previsti dalla normativa vigente, e soprattutto l'ulteriore diminuzione del 20% della concentrazione media annuale degli inquinanti, avrebbero ricadute positive sulla salute pubblica e sull'economia. In particolare, con la completa adesione in tutta Italia ai limiti di legge si otterrebbe un risparmio di vite, rispetto al 2005, di 11.000 per il PM_{2,5} e 14.000 per l'NO₂ (fonte: VIAS, Metodi per la Valutazione Integrata dell'Impatto Ambientale e Sanitario dell'inquinamento atmosferico).

Nella Provincia di Verona e, in generale, in Veneto e nella Pianura Padana, a causa della somma degli effetti generati dalle diverse sorgenti di emissione in atmosfera e dalle condizioni atmosferiche di elevata stabilità e scarsa circolazione dei venti che favoriscono l'accumulo di particolato nei bassi strati dell'atmosfera e non consentono l'effetto di pulizia dell'atmosfera dato dalle piogge, si rilevano annualmente situazioni di superamento dei valori limite stabiliti dal Decreto Legislativo 155/2010 per gli inquinanti atmosferici, soprattutto in relazione alle polveri sottili (tale decreto ha stabilito in 50 µg/m³ il valore limite giornaliero per la protezione della salute umana per il PM₁₀, da non superare per più di 35 giorni l'anno). Gli studi epidemiologici in merito alle polveri sottili, peraltro, indicano che non vi è una soglia di concentrazione al di sotto della quale non si manifestino effetti negativi sulla salute in conseguenza all'esposizione. Inoltre, nonostante il principale fattore di rischio per lo sviluppo del tumore al polmone rimanga il fumo di tabacco ed il rischio associato all'esposizione alle polveri sottili sia molto inferiore, il suo impatto è rilevante in quanto risulta essere esposta l'intera popolazione.

Dai dati dell'inventario regionale INEMAR si stima che le emissioni di polveri PM₁₀ e PM_{2,5} di origine primaria derivino principalmente dalla combustione non industriale (in particolare dalla combustione delle biomasse legnose in ambito domestico) e dal trasporto su strada. La concentrazione di PM₁₀ è influenzata, oltre che dall'emissione di sostanze inquinanti, anche da fenomeni meteorologici che giustificano l'ampia diffusione delle polveri nel territorio e la difficile correlazione delle loro concentrazioni locali con fonti di inquinamento puntuale (Fonte: ARPAV "Concentrazione delle polveri sottili nel 2016 in provincia di Verona"). Di seguito si riporta una sintesi dei dati ARPAV relativi al PM₁₀ nel territorio dell'AULSS9: in Tabella 2.7/1 i principali parametri statistici per l'anno 2016 ed in Grafico 2.7/1 l'andamento 2010-2017 del numero annuo di superamenti del limite di 50 µg/m³.

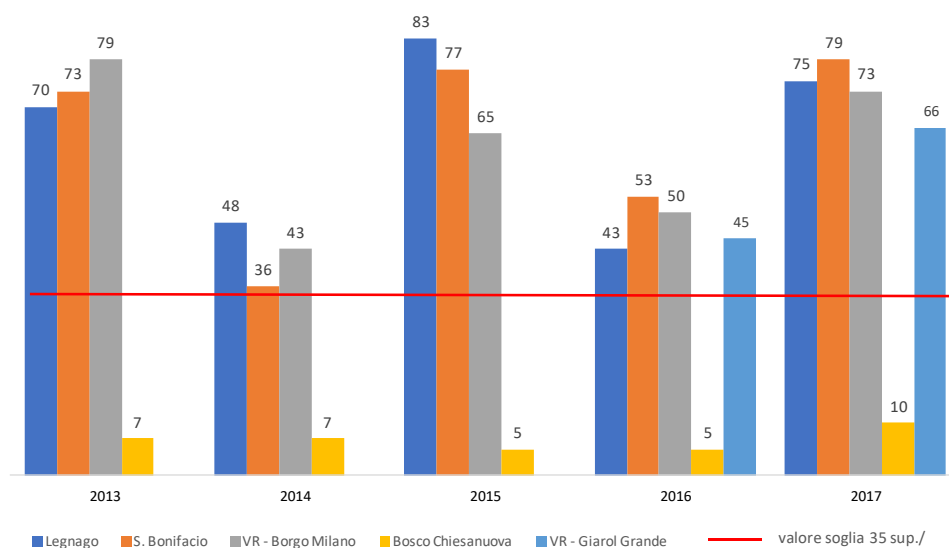
TABELLA 2.7/1

Provincia di Verona. Confronto PM10 anno 2016 e 2017: principali parametri statistici (dati provvisori per l'anno 2017, in attesa di pubblicazione della Relazione Regionale della Qualità dell'Aria) [Fonte: ARPAV http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/aria/pm10_statistiche-2017; <http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/aria/riferimenti/documenti>].

STAZIONE DI RILEVAMENTO	TIPO STAZIONE	ANNO 2016		ANNO 2017	
		N. GIORNI DI SUP. LIMITE GIORNALIERO (50 µG/M3)	MEDIA ANNUALE (µG/M3)	N. GIORNI DI SUP. LIMITE GIORNALIERO (50 µG/M3)	MEDIA ANNUALE (µG/M3)
VR-Borgo Milano	Traffico	50	30	73	34
VR-Giarol Grande	Fondo	45	29	66	31
Legnago	Fondo	43	30	75	36
San Bonifacio	Traffico	53	33	79	36
Bosco Chiesanuova	Fondo	5	16	10	15

GRAFICO 2.7/1

PM10, andamento del numero annuo di superamenti del limite giornaliero di 50 µg/m³, anni 2013-2017 [fonte: ARPAV, Open data. <http://www.arpa.veneto.it/dati-ambientali/open-data/atmosfera/pm10>; <http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/aria/riferimenti/documenti>].



* La stazione di monitoraggio Giarol Grande è stata attivata il 01/01/2016.

Dalla tabella 2.7/1 e dal grafico 2.7/1 si può osservare come, per quanto riguarda i PM10, il 2017 sia stato un anno piuttosto critico, a fronte della presenza di un trend in generale diminuzione. Infatti, complice l'inverno poco piovoso e i lunghi periodi di stabilità atmosferica, il valore limite giornaliero di 50 µg/m³ è stato superato per più di 35 giorni all'anno (limite normativo) nella totalità delle centraline automatiche presenti nella nostra provincia, fatta eccezione per quella di Bosco Chiesanuova, ed in alcune centraline il numero di superamenti si è avvicinato o ha superato il doppio di tale limite (D.Lgs 155/2010 s.m.i.) raggiungendo a San Bonifacio i 79 superamenti. In particolare, nel solo mese di gennaio 2017, a causa delle piogge scarse o assenti, si sono registrati dai 10 ai 20 giorni di superamento del valore limite giornaliero in quasi tutte le stazioni, con picchi anche molto elevati di particolato.

Per quanto riguarda i valori medi annuali, nel 2017 il valore limite di 40 µg/m³ risulta rispettato in tutte le centraline della nostra provincia. Tuttavia, come segnalato da ARPAV, le concentrazioni medie annue, per quanto al di sotto del valore limite, risultano incrementate rispetto a quelle misurate nel 2016 [fonte: ARPAV http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/aria/pm10_statistiche-2017; <http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/aria/riferimenti/documenti>]. Tali criticità relative alla qualità dell'aria presenti nella nostra provincia risultano comuni al resto della regione e, più in generale, a tutte le regioni del Bacino Padano, accomunate da condizioni orografiche ed atmosferiche sfavorevoli alla dispersione degli inquinanti (ad esempio scarsa circolazione dei venti).

Per questo, nel giugno 2017, Ministero dell'Ambiente, Regione Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Piemonte hanno sottoscritto il Nuovo Accordo di Bacino Padano, finalizzato all'adozione di azioni e provvedimenti congiunti volti al contrasto all'inquinamento atmosferico e al miglioramento della qualità dell'aria. Ad esempio, l'accordo prevede l'individuazione di due diversi livelli di allerta, in base al numero di giorni consecutivi di superamento del valore limite giornaliero di PM10, in conseguenza dei quali vengono adottate misure temporanee omogenee. I bollettini sui livelli di allerta PM10 per la nostra Regione vengono pubblicati e sono consultabili sul sito di ARPAV dal 15 ottobre al 15 aprile di ogni anno.

Per approfondimenti si rimanda al sito di ARPAV: http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/aria/file-e-allegati/pm10-2017_informazione-al-pubblico/DGR%20836_2017.pdf; <http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/aria/riferimenti/documenti>; <http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/aria/informazione-al-pubblico-sui-livelli-di-pm10>. Nel sito del Dipartimento di Prevenzione dell'AULSS 9 e nelle relazioni Sanitarie del Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 degli anni precedenti (<https://prevenzione.aulss9.veneto.it/>) sono inoltre reperibili ulteriori informazioni sugli effetti sanitari dell'esposizione all'inquinamento atmosferico, sulle precauzioni comportamentali individuali da adottare nelle situazioni critiche conseguenti ad elevate concentrazioni di inquinanti invernali (PM10) o estivi (O₃), sul piano di azione e risanamento della qualità dell'aria (PQA), nonché su alcune proposte di miglioramento dell'aria del Comune di Verona e sull'importanza, anche a tale scopo, della qualità e della valorizzazione dell'ambiente urbano, del verde pubblico e della progettazione del territorio.

FITOSANITARI

I prodotti fitosanitari (un sottoinsieme dei pesticidi), sono un gruppo estremamente eterogeneo di sostanze organiche e inorganiche utilizzate nel settore agricolo ed extra-agricolo per la difesa delle piante, delle derrate alimentari, per il diserbo o per favorire o regolare le produzioni vegetali. Se da un lato il loro impiego migliora la quantità e la qualità delle produzioni agricole contenendo i parassiti, dall'altro è una delle cause della diffusione di sostanze dannose nell'ambiente e nel ciclo biologico degli organismi viventi (contaminazione dell'acqua e della catena alimentare), costituendo un rischio per la salute degli operatori e di altri gruppi di popolazione esposti. L'uso improprio può portare a forme di intossicazione acuta e cronica. La prima rappresenta un rischio in particolare per gli operatori del settore quando, ad esempio, eseguono i trattamenti senza l'adozione di adeguate precauzioni comportamentali ed opportuni accorgimenti tecnici. Nel periodo 2010-2015 la regione Veneto ha occupato il primo posto in Italia per quantità di agrofarmaci distribuita per ettaro di Superficie Agricola Utilizzata (SAU); l'analisi dettagliata per Aziende ULSS all'interno della Regione fa poi rilevare come la vendita di prodotti fitosanitari sia maggiore proprio nell'AULSS 9: nella provincia di Verona nel 2016 è stato venduto il 47% della quantità totale di sostanze attive commercializzate in Veneto. Nel 2016 si sono vendute in Veneto 16.920 tonnellate di prodotti fitosanitari (con un aumento di quasi 1,7% rispetto all'anno 2015), di cui circa 7164 tonnellate nella provincia di Verona. Come illustrato dal Grafico 2.7/2, i fungicidi rappresentano la classe di sostanze più venduta (69%), seguiti da erbicidi (12%), molluschicidi/nematocidi (10%) ed insetticidi (6%). Lo zolfo (fungicida) continua ad essere la sostanza attiva più venduta, attestandosi tra il 26 ed il 39% delle vendite nel periodo 2008-2016. In Tabella 2.7/2 il dettaglio delle sostanze attive più vendute nel 2016 nella Regione del Veneto.

GRAFICO 2.7/2

Regione del Veneto. Distribuzione delle vendite delle sostanze attive totali, per classe d'uso, anno 2016 (fonte: ARPAV, Vendita di prodotti fitosanitari nella Regione Veneto. Rapporto anno 2016).

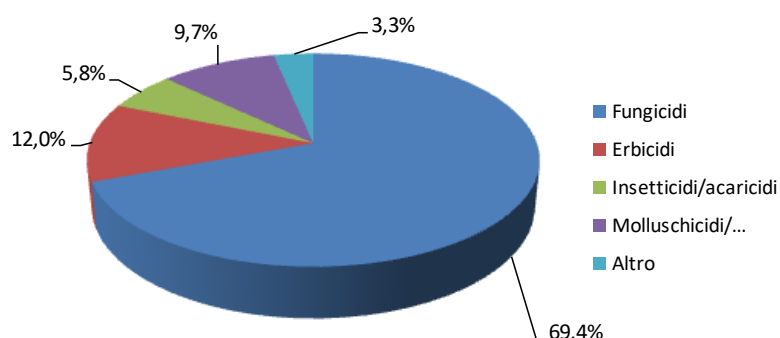


TABELLA 2.7/2

Regione del Veneto. Sostanze attive più vendute nel 2016 (fonte: ARPAV, Vendita di prodotti fitosanitari nella Regione Veneto. Rapporto anno 2016).

SOSTANZA ATTIVA VENDUTA	CLASSIFICAZIONE FUNZIONALE	QUANTITÀ (Kg)
Zolfo	Fungicida	2.950.824
1,3-Dichloropropene	Nematocida	555.246
Glifosate	Erbicida	460.721
Folpet	Fungicida	378.549
Mancozeb	Fungicida	374.730
Rame Ossicloruro	Fungicida	273.361

Per quanto riguarda la pericolosità dei fitosanitari venduti in Veneto, il 65% dei prodotti riporta in etichetta la classe “*pericolo per l’ambiente acquatico - GHS 09*”, mentre in merito agli effetti sulla salute umana il 41% riporta la classe “*attenzione - GHS 07*”, con riferimento a possibili effetti tossici lievi o sensibilizzazione e irritazione cutanea, il 25% riporta la classe “*pericolo per la salute - GHS 08*” che annovera sostanze con effetti sulla salute più rilevanti (tra cui sostanze sospettate di essere mutagene o cancerogene o tossiche per la riproduzione), ed il 5% riporta la classe “*tossicità acuta - GHS 06*” che prevede effetti di tossicità elevata a breve termine; il 2% risulta non classificato. Anche in questo caso l’analisi dettagliata per Aziende ULSS all’interno della Regione mostra come la vendita di prodotti caratterizzati da tossicità acuta e pericolo per la salute sia nettamente maggiore proprio nell’AULSS 9.

Il controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti rappresenta una delle priorità nell’ambito della sicurezza alimentare. Il dato nazionale è pari allo 0,8% di irregolarità riscontrate nel 2016; per quanto riguarda la presenza di residui al di sotto dei limiti normativi, si va da un minimo dell’1,4% per il *baby food* ad un massimo del 59% per la frutta (fonte: Ministero della Salute).

Nel 2017 in AULSS9 le matrici alimentari di origine vegetale analizzate per i residui di pesticidi sono state in totale 117: nessuna irregolarità è stata riscontrata nei Distretti di Verona e della Pianura Veronese, mentre nel Distretto Ovest Veronese si è rilevata una non conformità in un campione di fagioli secchi, per la presenza di una sostanza attiva non ammessa a livello europeo. In riferimento ai prodotti di origine animale, a livello di tutta la filiera produttiva (allevamento, macello, stabilimento di lavorazione, conservazione, fino al consumo diretto), nel 2017 sono stati eseguiti 10 controlli, risultati tutti negativi.

L’acqua erogata dagli acquedotti viene periodicamente monitorata anche per la presenza di anti-parassitari, con una frequenza di controllo più elevata nei punti in cui in passato si è osservata la presenza di tali sostanze.

Nel corso del 2017 nell’ULSS 9 Scaligera non si sono registrate irregolarità, benché si sia riscontrata la presenza –al di sotto dei limiti normativi- di erbicidi (desetilatrastina) nel Comune di San Giovanni Lupatoto. Nel 2017 è stato inoltre attivato un piano regionale di monitoraggio della sostanza attiva glifosate nelle acque destinate al consumo umano che prevedeva 13 punti di campionamento nella provincia di Verona, nei quali non sono emerse contaminazioni dell’acqua prelevata da acquedotto.

Nel territorio dell’AULSS 9 nel 2017 sono stati effettuati 46 controlli sulle rivendite e 71 sugli utilizzatori di prodotti fitosanitari (aziende agricole, imprese contoterziste, aziende floricole e sementiere), nell’ambito del programma regionale P.Re.fit.

Presso i Comuni sono stati effettuati 30 sopralluoghi di verifica sull’utilizzo dei prodotti fitosanitari, durante i quali sono state fornite informazioni sull’adozione del Regolamento comunale sul corretto impiego dei prodotti fitosanitari proposto dalla regione Veneto in linea con quanto indicato nel Piano d’Azione Nazionale per l’uso sostenibile dei prodotti fitosanitari. Durante il 2017 sono stati organizzati a livello provinciale 5 corsi di formazione rivolti ai rivenditori per il rinnovo dei certificati di abilitazione alla vendita dei prodotti fitosanitari. È proseguita inoltre l’attività di formazione e sensibilizzazione rivolta ad agricoltori, rivenditori e alla popolazione.

INQUINAMENTO DA SOSTANZE PERFLUORO-ALCHILICHE (PFAS)

Nell'estate 2013, a seguito di una campagna di misurazione di sostanze chimiche emergenti sui principali bacini fluviali italiani, promossa dal Ministero dell'Ambiente, è emerso un inquinamento diffuso da sostanze perfluoro-alchiliche (PFAS) in alcuni ambiti delle province di Vicenza, Verona e Padova. I PFAS sono stati riscontrati nelle acque superficiali, nelle acque sotterranee e anche in campioni di acque destinate al consumo umano. Le sostanze perfluoro-alchiliche sono composti chimici di sintesi utilizzati in molteplici applicazioni industriali e in prodotti di largo consumo, già a partire dagli anni Cinquanta. Sono usati principalmente per rendere resistenti ai grassi e all'acqua diversi materiali, quali tessuti, tappeti, carta, rivestimenti di contenitori per alimenti, nonché come emulsionanti e tensioattivi in prodotti per la pulizia, insetticidi, schiume anti-incendio, vernici. Questi composti sono altamente persistenti nell'ambiente, con una rilevante capacità di diffusione nell'ambiente idrico. Le molecole più utilizzate e studiate sono l'acido perfluoroottanoico (PFOA) e l'acido perfluoroottansolfonico (PFOS).

EFFETTI DEI PFAS SULLA SALUTE UMANA

Le attuali conoscenze relative agli effetti dei PFAS sulla salute derivano da studi condotti su animali e da indagini epidemiologiche su lavoratori e popolazioni esposte. Le principali ricerche sull'uomo sono state condotte negli Stati Uniti, nell'ambito del cosiddetto *C8 Health Project*, che ha riguardato circa 70.000 persone esposte a PFAS tramite l'acqua potabile in Ohio e in West Virginia a partire dagli anni '50.

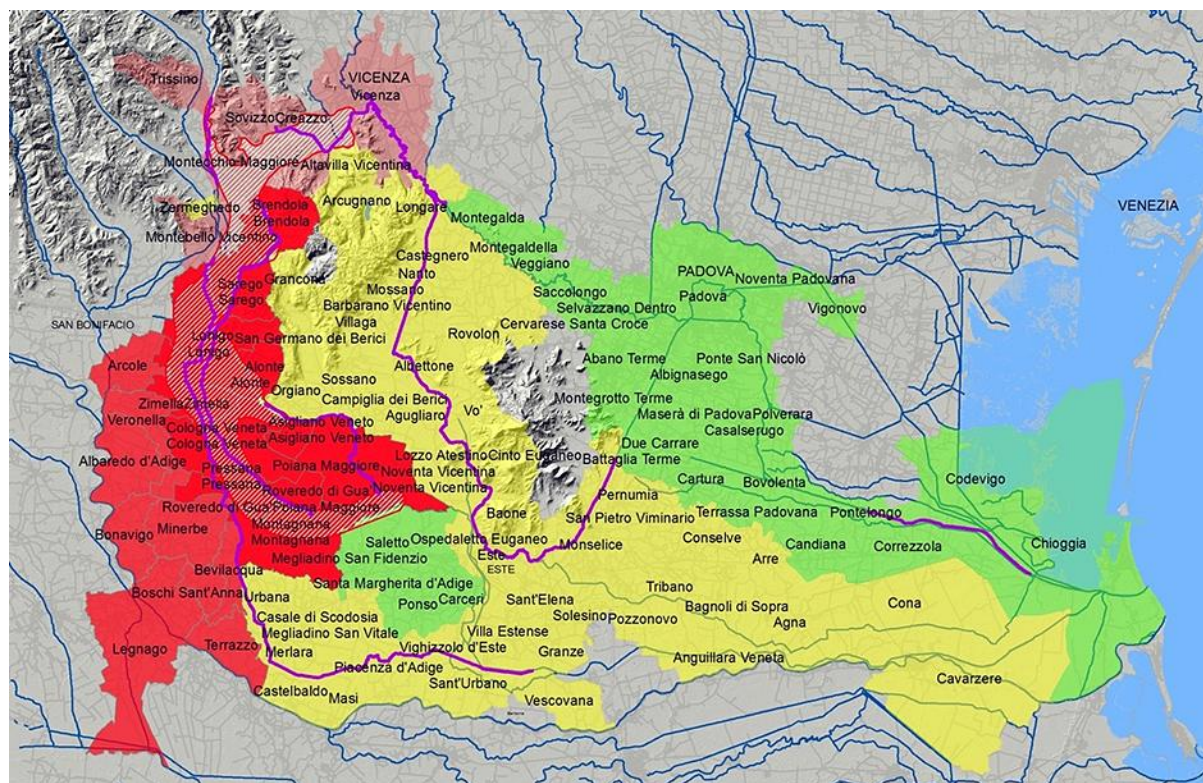
Nel 2012 i ricercatori (*C8 Science Panel*) hanno concluso, sulla base dei propri risultati, di altri studi presenti nella letteratura scientifica e della revisione dei dati tossicologici, che esiste un'associazione probabile tra esposizione a PFOA e ipercolesterolemia, ipertensione in gravidanza e pre-eclampsia, malattie della tiroide e alterazioni degli ormoni tiroidei, colite ulcerosa, tumore del rene e tumore del testicolo. Altri studi hanno mostrato una riduzione della risposta immunitaria alle vaccinazioni dei bambini, un aumento dei livelli di acido urico e dell'enzima epatico ALT nel sangue e un ridotto peso alla nascita.

Da un'analisi condotta nell'ottobre 2016 dal Sistema Epidemiologico Regionale (SER) e dal Registro Tumori del Veneto, nei 21 Comuni esposti a PFAS non sono risultate differenze significative nei tassi di incidenza di tumori maligni nell'anno 2013, rispetto alla media regionale. Un ulteriore rapporto del SER ha inoltre evidenziato, per gli stessi comuni, un moderato ma significativo eccesso, rispetto al dato medio regionale, della prevalenza di patologie cardiovascolari e della mortalità per le medesime cause, peraltro ascrivibile a ben noti fattori di rischio cardiovascolare. Tali risultati si basano, infatti, su studi geografici che non permettono di correlare direttamente il dato rilevato a cause specifiche, quali ad esempio l'esposizione a PFAS, ma hanno lo scopo di fornire elementi utili per ulteriori approfondimenti, attualmente in corso con la campagna di bio-monitoraggio sulla popolazione, trattata più avanti in questo capitolo.

COMUNI INTERESSATI DALL'INQUINAMENTO NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS9 SCALIGERA

La Regione ha individuato l'area di massima esposizione sanitaria a PFAS (la cosiddetta "area rossa", evidenziata in Figura 2.7/1), sulla base delle concentrazioni di PFAS nelle acque di acquedotto nel 2013 precedentemente all'applicazione dei filtri, dei livelli di PFAS nelle acque superficiali e sotterranee, e dei risultati dello studio di biomonitoraggio condotto.

Mappa delle aree interessate dalla contaminazione PFAS [DGR Veneto 2133/2016, Allegato A].



Nel territorio dell'Azienda ULSS 9 Scaligera i Comuni coinvolti sono 13: Albaredo D'Adige, Arcole, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella (nel territorio dell'ex ULSS 20, per un totale di 34.219 residenti); Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Legnago, Minerbe, Terrazzo (nel territorio dell'ex ULSS 21, per un totale di 37.661 residenti). Si tratta dei comuni serviti dalla rete di acquedotto alimentata dal campo pozzi di Almisano di Lonigo (VI), che è risultato contaminato da PFAS.

Le acque destinate al consumo umano *“non devono contenere microrganismi e parassiti, né altre sostanze, in quantità o concentrazioni tali da rappresentare un potenziale pericolo per la salute umana”* (D.lgs. 31/2001, che attua la direttiva 98/83/CE). La normativa inerente le acque destinate al consumo umano fissa requisiti minimi di sicurezza (*“valori di parametro”*, cioè limiti di concentrazione che garantiscono un consumo sicuro nell’intero arco della vita) per un numero relativamente limitato di sostanze di interesse prioritario. I PFAS non sono inclusi tra queste sostanze. A livello internazionale, diversi enti regolatori pongono valori di riferimento molto diversi fra loro. La US-EPA (Agenzia Statunitense per la Protezione dell’Ambiente) ha rivisto nel 2016 i valori provvisori per l’acqua potabile indicati nel 2009 (pari a 0,2 µg/L per PFOS e a 0,4 µg/L per PFOA), proponendo un valore raccomandato pari a 0,07 µg/L per ciascuno dei due componenti e per la loro somma. Nel 2018 la Commissione europea ha presentato una proposta per la revisione della direttiva 98/83/CE concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano, in cui vengono suggeriti valori pari a 0,1 µg/L per i singoli PFAS e di 0,5 µg/L per la somma di tutti i PFAS. La proposta è in corso di valutazione.

Nel 2013, quando è stata riscontrata la presenza di PFAS nelle acque destinate al consumo umano, la Regione Veneto ha chiesto il supporto tecnico-scientifico del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore della Sanità, che hanno stabilito in via provvisoria i seguenti "livelli di performance (obiettivo)", definiti come valori tossicologicamente accettabili, raggiungibili mediante l'applicazione di efficaci processi di trattamento delle acque: PFOA 0,5 µg/L (=500 ng/L), PFOS 0,03 µg/L (=30 ng/L), somma altri

PFAS (devono essere ricercati almeno PFBA, PFBS, PFPeA, PFHxA, PFHxS, PFHpA, PFNA, PFDeA, PFUnA, PFDoA) 0,5 µg/L (=500 ng/L).

L'Istituto Superiore di Sanità ha inoltre sottolineato la necessità, nel medio-lungo periodo, di rimuovere le fonti di pressione e di cercare approvvigionamenti idrici alternativi.

Con Deliberazione n. 1590 del 03.10.2017, la Giunta Regionale del Veneto ha deliberato, fino a diverse e nuove indicazioni da parte delle autorità nazionali e sovranazionali competenti, nuovi e più restrittivi valori provvisori di performance (obiettivo) per i PFAS nelle acque potabili; in particolare: "PFOA + PFOS" pari o inferiori a 90 nanogrammi per litro (di cui il PFOS non deve essere superiore a 30 nanogrammi per litro) e somma degli "altri PFAS" uguale o inferiore a 300 nanogrammi/litro. L'obiettivo a cui tendere rimane la virtuale assenza di PFAS.

PFOA + PFOS	PFOS	SOMMA ALTRI PFAS
0,09 µg/L (=90 ng/L)	0,03 µg/L (=30 ng/L)	0,3 µg/L (=300 ng/L)

Dal 15 ottobre 2017 l'Obiettivo PFAS Zero, posto dalla Commissione Ambiente e Salute (DGR 862/2017) per abbattere ulteriormente le concentrazioni di PFAS nelle acque destinate al consumo umano nei 21 comuni dell'area di massima esposizione, è perseguito dagli enti gestori degli acquedotti e monitorato da ARPAV che pubblica sul proprio sito gli esiti delle analisi effettuate all'uscita degli impianti di potabilizzazione (<http://www.analisipfas.it>).

I livelli di performance stabiliti valgono anche per gli utenti non allacciati alla rete dell'acquedotto, che attingono acqua per uso potabile da pozzi privati. L'uso potabile include anche l'utilizzo per la reidratazione e la ricostituzione di alimenti, per la preparazione di alimenti e bevande in cui l'acqua costituisca un ingrediente, o entri in contatto con l'alimento per tempi prolungati, o sia impiegata per la cottura.

MISURE ADOTTATE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO

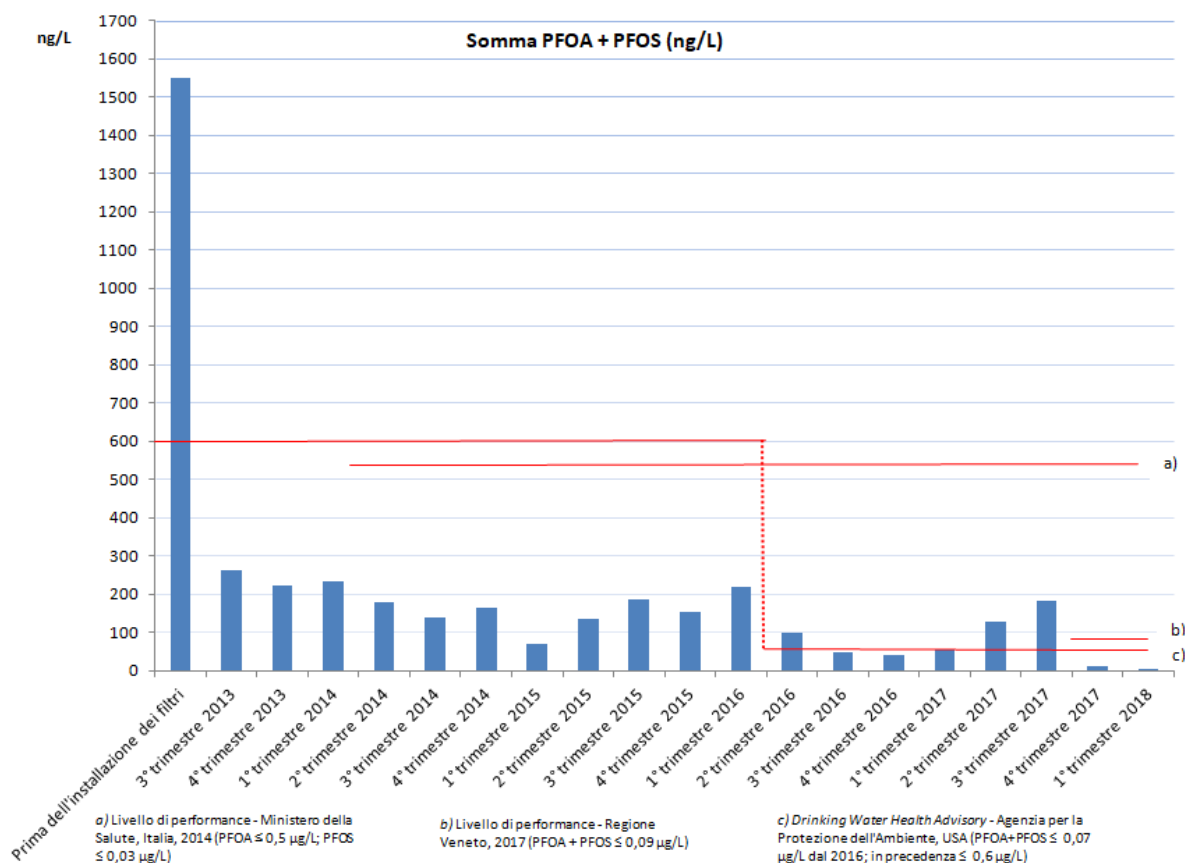
L'Istituto Superiore di Sanità, nel primo parere del 7/6/2013, ha rassicurato sulla mancanza di un rischio immediato per la popolazione esposta, ma a scopo cautelativo ha consigliato l'adozione di misure di trattamento delle acque potabili per l'abbattimento delle sostanze in questione, e di prevenzione e controllo della filiera delle acque destinate al consumo umano nei territori interessati. Pertanto, sotto la guida della Regione e in coordinamento con ARPAV, Aziende ULSS, Comuni ed Enti Gestori dei Servizi Idrici Integrati, è stata adottata una serie di iniziative per abbattere e tenere sotto controllo le concentrazioni dei PFAS nelle acque destinate al consumo umano. L'ARPAV ha effettuato una campagna di misurazioni, a livello sia di acque superficiali (fiumi, canali) sia di acque profonde (falde), per delimitare l'area interessata e individuare le fonti di immissione delle sostanze inquinanti. La contaminazione è prevalentemente attribuita agli scarichi di uno stabilimento chimico con sede a Trissino, in provincia di Vicenza. L'Ente Gestore Acque Veronesi ha provveduto, nel luglio 2013, a dismettere i pozzi più inquinati e a potenziare i filtri a carbone attivo presso gli impianti di adduzione dell'acqua attinta dal campo pozzi di Almisano di Lonigo. Successivi controlli sulle acque a monte e a valle degli impianti di trattamento ne hanno confermato l'efficacia, con una netta riduzione dei livelli di PFAS.

L'Azienda ULSS monitora costantemente i livelli di PFAS nelle acque distribuite dall'acquedotto, quale controllo esterno (Fig. 2.7/2). Il gestore dell'acquedotto effettua monitoraggi in autocontrollo. L'ULSS ha effettuato, nel 2017, 123 campioni di acqua prelevata dagli acquedotti che servono i 13 Comuni della provincia di Verona inseriti nella cosiddetta "area rossa", nessuno dei quali presentava valori di PFAS superiori ai limiti stabiliti. A partire da metà ottobre 2017, in seguito all'emanazione dei nuovi livelli di performance regionali, i valori registrati hanno subito un deciso calo, restando sempre al di sotto dei limiti posti dalla Regione.

Il monitoraggio viene inoltre effettuato anche in Comuni non interessati dall'inquinamento: nel corso di questi controlli si è rilevato, nel 2017, un episodio circoscritto di superamento del parametro "PFOS" nella centrale idrica di Porta Palio a Verona, legato ad una fonte di pressione puntuale, che ha portato alla chiusura della centrale e alla messa fuori servizio del pozzo inquinato.

FIGURA 2.7/2

Valori medi trimestrali (ng/L) della somma di PFOA + PFOS, dal 3° trimestre 2013 al 1° trimestre 2018, nell'acqua prelevata dalla rete acquedottistica dei Comuni afferenti all'Azienda ULSS 9 Scaligera compresi nell' "area rossa" (Albaredo d'Adige, Arcole, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Cologna Veneta, Legnago, Minerbe, Pressana, Roveredo di Guà, Terrazzo, Veronella, Zimella). Il valore relativo a "prima dell'installazione dei filtri" è la media delle concentrazioni (somma di PFOA + PFOS) riscontrate nelle acque potabili di alcuni dei Comuni sopra citati, nell'ambito dello studio IRSA-CNR, che per primo ha rilevato l'inquinamento. Le linee rosse indicano i livelli di riferimento (somma PFOA + PFOS) per le acque destinate al consumo umano indicati dal Ministero della Salute, dalla Regione del Veneto e da altri enti regolatori.



Per tutelare la salute della quota di popolazione non allacciata all'acquedotto, la Regione ha elaborato degli indirizzi operativi per l'utilizzo dei pozzi privati ad uso potabile, chiedendo in primo luogo ai Comuni coinvolti di effettuarne la mappatura (DGR n. 618/2014). Tutti i cittadini residenti nei Comuni interessati dall'inquinamento, che utilizzano pozzi privati per uso potabile personale, devono effettuare la ricerca dei PFAS nelle acque prelevate dai pozzi ogni 6 mesi.

Anche le aziende di produzione alimentare e gli allevatori che utilizzano un pozzo come fonte di approvvigionamento idrico devono effettuare in autocontrollo campioni per la ricerca dei PFAS, rispettivamente ogni 6 mesi (le aziende alimentari) e ogni 12 mesi (gli allevatori). L'acqua usata per la produzione di alimenti deve rispettare i nuovi livelli di performance regionali, indicati nella DGR n. 1590/2017, mentre per l'acqua destinata ad usi zootecnici restano validi i valori stabiliti dal Ministero della Salute.

L'AULSS 9 Scaligera ha effettuato, dal 2013 al 2017, 320 campioni di acqua da pozzi privati, di cui 27 nel 2017. Nel corso del 2017 si è riscontrato il superamento dei livelli di PFOA in 5 pozzi privati nel Comune di Roveredo di Guà, in seguito al quale l'AULSS ha espresso un giudizio di "non idoneità" dell'acqua per il consumo umano e per uso zootecnico, attivando inoltre il gruppo di valutazione "Sorveglianza delle acque di abbeverata".

L'acqua è la fonte principale di esposizione a PFAS per i residenti in aree in cui le acque potabili sono contaminate. Anche gli alimenti però possono contribuire all'apporto di PFAS, in particolare per il PFOS che ha una capacità di bioaccumulo negli organismi viventi più elevata. Per verificare la presenza di PFAS negli alimenti e quindi poter stimare il contributo della dieta all'esposizione complessiva a PFAS, l'Istituto Superiore di Sanità, in accordo con la Regione del Veneto, ha pianificato un monitoraggio degli alimenti di produzione locale nella cosiddetta "area rossa" (DGR Veneto n. 2133 del 23/12/2016).

Un primo monitoraggio effettuato nel 2014-2015 aveva rilevato la presenza di PFAS in alcuni alimenti (in particolare, in pesci di cattura e in uova di allevamenti familiari), ma non permetteva di trarre conclusioni significative. Nel corso del nuovo monitoraggio, condotto tra la fine del 2016 e il 2017, sono stati prelevati in totale 1248 campioni, di cui 614 di alimenti di origine vegetale - 442 nel territorio dell'ULSS 9 Scaligera - (mele, pere, altra frutta, uva da vino, patate, radicchio, lattuga, pomodoro, asparago, cipolla, altre verdure, mais), e 634 di alimenti di origine animale (muscolo e fegato di suini, bovini, avicoli, latte, uova e pesci di acqua dolce).

In base ai risultati valutati dall'Istituto Superiore di Sanità (parere n. 35837 del 28/11/2017), gli alimenti di origine vegetale sono risultati esenti da contaminazione rilevabile da PFOS e PFOA, ad eccezione di alcuni campioni di mais, i cui livelli di PFOA erano in ogni caso estremamente bassi. Relativamente agli alimenti di origine animale, il latte, il muscolo bovino e quello avicolo hanno mostrato per PFOS e PFOA contaminazioni trascurabili, mentre il fegato, in particolare quello suino e le uova di produzione familiare hanno mostrato, in una percentuale significativa di campioni, livelli variabili di contaminazione per PFOS e PFOA. Il contributo di tali alimenti in termini di esposizione ai contaminanti risulta tuttavia ridotto anche nello scenario cautelativo adottato (assumendo cioè il 95° percentile dei consumi). Anche in alcuni campioni di muscolo suino è stata rilevata presenza dei contaminanti; i bassi valori riscontrati fanno comunque stimare come estremamente ridotto il contributo di tale alimento all'esposizione della popolazione a PFAS. I livelli di contaminazione riscontrati nelle specie ittiche di cattura hanno invece suggerito l'opportunità di individuare misure di carattere precauzionale.

Complessivamente, quindi, la stima prodotta dall'Istituto Superiore di Sanità sul contributo dei singoli alimenti all'esposizione a PFOS e PFOA, in rapporto alle attuali dosi tollerabili giornaliere stabilite dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA), non ha messo in evidenza criticità sotto il profilo della sicurezza alimentare. Tale stima verrà perfezionata quando i dati sui consumi alimentari locali, raccolti nel contesto del piano di sorveglianza della popolazione esposta attualmente in corso, saranno disponibili. È inoltre imminente la pubblicazione del nuovo parere dell'EFSA su PFOA e PFOS per la valutazione del rischio nella catena alimentare, che potrà portare alla rivalutazione dell'attuale stima in relazione a modifiche degli attuali parametri di riferimento.

Sulla base dei risultati della ricerca, il Presidente della Regione del Veneto ha emesso un'ordinanza nella quale viene vietato il consumo di pesce pescato nelle acque superficiali in tutti i 21 Comuni della cosiddetta "zona rossa". Il divieto è in vigore per un anno dal 10 novembre 2017.

Per approfondimenti:

https://sian.aulss9.veneto.it/data/42/Informazioni/Aree/Acqua/Monitoraggio/Pfas/506814_2017.pdf

STUDIO ESPLORATIVO DI BIOMONITORAGGIO NELLA POPOLAZIONE ESPOSTA

Tra luglio 2015 ed aprile 2016, con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato condotto uno studio esplorativo di biomonitoraggio, per valutare le concentrazioni di PFAS nel sangue di un campione di persone residenti in alcune aree soggette all'inquinamento e confrontarla con quelle di un campione di controllo, non esposto a PFAS attraverso l'acqua potabile. I Comuni coinvolti sono stati 14: 7 scelti tra quelli a maggiore esposizione (Montecchio Maggiore, Brendola, Sarego, Lonigo, Altavilla, Creazzo, Sovizzo) e 7 di controllo (cioè non esposti all'inquinamento) dislocati nella pianura Veneta (tra cui anche il Comune di Mozzecane). In totale sono stati coinvolti più di 500 soggetti, di età compresa tra i 20 e i 50 anni.

Lo studio ha rilevato concentrazioni di PFOA significativamente più elevate nel sangue delle persone residenti nelle zone interessate dalla contaminazione (valore mediano fino a 70 ng/ml nei comuni più esposti, variabile a seconda del comune indagato), rispetto al gruppo di controllo (mediana 1,64 ng/ml).

La seconda parte dello studio, relativa a 122 operatori e residenti di aziende agro-zootecniche localizzate nell'area contaminata (a cui hanno partecipato anche l'ex-ULSS 20 e l'ex-ULSS 21 nel quarto trimestre del 2016), ha mostrato che gli allevatori presentano valori sierici di PFAS in media più elevati non solo rispetto ai "non esposti" (gruppo di controllo), ma anche rispetto agli "esposti" della popolazione generale. Sono attualmente in corso di valutazione, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, i dati raccolti nei questionari al fine di caratterizzare i fattori che determinano le concentrazioni osservate.

PIANO DI SORVEGLIANZA SANITARIA SULLA POPOLAZIONE ESPOSTA

Il Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS), approvato con DGR n.2133 del 23/12/2016, si pone come obiettivo l'identificazione di malattie cronico degenerative dovute all'esposizione a PFAS ed a scorretti stili di vita, attraverso la presa in carico sanitaria della popolazione esposta. I comuni interessati, nel territorio dell'ULSS 9 Scaligera, sono: Albaredo D'Adige, Arcole, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Legnago, Minerbe, Terrazzo. Tutti i cittadini residenti nei comuni citati, di età compresa fra 14 e 65 anni (ovvero nati dall'1/1/1951 al 31/12/2002), vengono invitati, secondo un ordine di età anagrafica decrescente, a partecipare al programma.

Il protocollo di sorveglianza prevede la misurazione della pressione arteriosa, un prelievo di sangue e di urine per valutare lo stato di salute del fegato, della tiroide, la funzionalità renale ed un'eventuale alterazione del metabolismo glucidico e dell'assetto lipidico. Inoltre, viene valutato il livello sierico di dodici sostanze PFAS, somministrato un questionario per individuare abitudini di vita non salutari e fornite informazioni e consigli su come proteggere la propria salute.

Anche coloro che abbiano risieduto in uno dei comuni dell'area rossa nel quinquennio antecedente all'avvio del biomonitoraggio hanno diritto, su richiesta, ad essere inclusi nel programma di screening per i PFAS. La sorveglianza è iniziata nel vicentino a fine gennaio 2017, cominciando dai quattordicenni, mentre nel veronese l'avvio è avvenuto il 2 maggio nella sede di Legnago e il 9 ottobre nella sede di San Bonifacio. Per coloro che presentino livelli elevati di PFAS associati ad uno o più valori ematochimici alterati è prevista la presa in carico da parte degli specialisti al secondo livello del programma.

L'attività relativa al primo livello del biomonitoraggio PFAS nell'anno 2017 e nei primi mesi del 2018 è riassunta in tabella 2.7/3.

TABELLA 2.7/3

I livello di biomonitoraggio PFAS: attività anni 2017 e 2018*, ambulatori di Legnago e di San Bonifacio.

	2017			2018*		
	Legnago	San Bonifacio	Totali 2017	Legnago	San Bonifacio	Totali 2018
Invitati	2.581	390	2.971	2.487	2121	4.068
Effettuati	1.612	271	1.883	975	1099	2.074
%	62,46%	69,49%	63,38%	39,2%	51,82%	50,98%

*2018: dato parziale al 30.04.2018, non consolidato.

I dati sui risultati del piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta a PFAS sono periodicamente resi pubblici dalla Regione con la stesura di un rapporto sintetico consultabile sul sito internet della Regione o su quello dell'AULSS 9 Scaligera (ultimo rapporto attualmente disponibile: "PIANO DI SORVEGLIANZA SANITARIA SULLA POPOLAZIONE ESPOSTA A PFAS. Rapporto n. 05 - Marzo 2018. Estrazione dati del 18/03/2018" [http://www.regioni.it/cms/file/Image/dalleRegioni/2-Regioni/VENETO/Bollettino%20PFAS%2005_Marzo%202018%20\(def\).pdf](http://www.regioni.it/cms/file/Image/dalleRegioni/2-Regioni/VENETO/Bollettino%20PFAS%2005_Marzo%202018%20(def).pdf)).

COMUNICAZIONE

In merito alla comunicazione, l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha creato una pagina web dedicata e progressivamente aggiornata; invia inoltre periodici aggiornamenti ad amministrazioni comunali ed enti pubblici interessati, e si è resa disponibile a partecipare ad incontri pubblici organizzati da associazioni ambientaliste, cittadini ed amministrazioni comunali.

Per maggiori informazioni <https://sian.aulss9.veneto.it/iweb/521/categorie.html>

Il bacino idrografico del Fratta Gorzone drena, nell'ULSS 9, molti dei Comuni in cui sono state rilevate importanti presenze di PFAS.

Dal 2013 ARPAV monitora tale bacino controllando diversi siti lungo l'asta principale del fiume e in affluenti potenzialmente contaminati. Come riportato da ARPAV, il monitoraggio effettuato nel 2017 ha evidenziato, complessivamente, un andamento variabile delle concentrazioni di PFAS, con la presenza di PFOA e di PFOS in concentrazioni più elevate a monte dello scarico del collettore A.Ri.C.A, rispetto a quanto riscontrato a valle, ma pressoché costanti nel periodo 2013-2017. Al contrario, nella stazione di misura posizionata a valle dello scarico A.Ri.C.A si è registrata una riduzione delle concentrazioni di PFAS nel periodo 2013-2017. Inoltre, nei campioni prelevati a monte dello scarico prevalgono i PFAS a 8 atomi di carbonio, seguiti dai PFAS a 4 atomi di carbonio, mentre nei campioni prelevati a valle dello scarico prevalgono i PFAS a 4 atomi di carbonio, seguiti dai PFAS a 8 atomi di carbonio.

Questi dati da un lato confermano una progressiva diminuzione della concentrazione dei PFAS presenti nelle acque del collettore A.Ri.C.A dal 2013 in poi e dall'altro la presenza di possibili apporti di acque sotterranee e di ruscellamento che condizionano le concentrazioni di PFAS misurate a monte [fonte: Monitoraggio delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nelle acque superficiali del Veneto; Periodo di riferimento: 2013-2017].

Incidono infatti sulla vulnerabilità delle acque superficiali anche le interconnessioni con i canali di irrigazione e con le acque di falda.

Per approfondimenti si rimanda al sito di ARPAV (http://www.arpa.veneto.it/temi-ambientali/acqua/file-e-allegati/documenti/acque-interne/pfas/PFAS_AcqueSup_2013_2017.pdf).

2.8 SANITÀ ANIMALE ED ANTROPOZOONOSI

La sanità pubblica veterinaria è una branca della Sanità finalizzata alla prevenzione e alla cura delle malattie trasmissibili fra animali e alla tutela della salute umana nei confronti delle malattie trasmesse dagli animali all'uomo (antropozoonosi); oltre a ciò esplica specifiche attività di ispezione e di vigilanza sugli alimenti di origine animale, e vigila e controlla l'igiene degli allevamenti ed il benessere animale, a garanzia della salute dell'uomo. Nel concetto di assistenza sanitaria collettiva rientrano quindi la sorveglianza ed il controllo degli allevamenti per la prevenzione delle malattie degli animali e la tutela igienico-sanitaria degli alimenti destinati al consumo umano che da essi derivano.

Il settore si occupa anche di tutte quelle attività che riguardano produzione, trasformazione, conservazione, deposito, somministrazione e distribuzione per il commercio dei prodotti di origine animale ed esegue:

- ispezione sanitaria di tutti gli animali macellati;
- controllo degli stabilimenti di produzione, trasformazione e deposito registrati e riconosciuti;
- controllo in fase di commercializzazione e somministrazione degli alimenti di origine animale;
- ispezione sanitaria degli alimenti di origine animale;
- prelievo di campioni per il monitoraggio in base ai piani nazionali e regionali;
- controllo degli import da paesi UE ed extra UE;
- attività di certificazione per l'esportazione di alimenti;
- controllo sanitario degli animali macellati per autoconsumo 1007;
- gestione delle emergenze e degli stati di allerta sanitari.

IL CAMPO DI INTERVENTO

Dall'anagrafe informatizzata del Servizio Veterinario, nel territorio dell'ULSS 9 risultano esistere n. 9218 allevamenti di animali di tutte le specie da produzione, con una popolazione animale ripartita come nella tabella seguente.

TABELLA 2.8/1

AULSS9, popolazione animale.

SPECIE ANIMALE	NUMERO CAPI
Bovini da riproduzione	78.972
Bovini da carne	136.771
Ovi-caprini	18.242
Equini	9.353
Suini	281.035
Polli (*)	19.9052.94
Galline ovaiole (*)	8.765.101
Faraone (*)	418.700
Tacchini (*)	7.033.919
Anatre (*)	30.750
Conigli	43.004
Fagiani (*)	1.923.500
Quaglie (*)	596.050
Apiari	847
Ittiocolture	83

(*) Numero animali presenti per ciclo di allevamento.

STATISTICA MACELLAZIONI

Tutti gli animali sottoposti a macellazione vengono visitati prima (visita *ante mortem*) e dopo le operazioni di macellazione (visita *post mortem*) per verificare l'eventuale presenza di patologie trasmissibili all'uomo o agli animali. Nel corso del 2017, nei 42 stabilimenti presenti sul territorio sono stati macellati più di 100 milioni di animali per la produzione di carne da destinare al consumo e alla trasformazione.

TABELLA 2.8/2

AULSS 9. Numero di capi destinati alla produzione di carne per consumo e trasformazione abbattuti, anno 2017.

SPECIE ANIMALE	NUMERO CAPI
Bovini	365.015
Suini	190.643
Ovicaprii	2.882
Equini	2.468
Polli	96.243.789
Galline	723.544
Tacchini	15.467.908
Conigli	116.169
altre specie	51.541
Suini a domicilio per uso privato	614
TOTALE	113.164.573

L'attività ispettiva sugli animali macellati consiste in primo luogo nel valutare se gli animali siano stati trasportati al macello in condizioni di benessere. In seconda battuta, con la visita *ante mortem*, il veterinario deve valutare se gli animali sono idonei alla macellazione innanzitutto per tutelare gli operatori, che non devono essere esposti al rischio di malattie e, secondariamente, per valutare che l'animale sia in condizioni tali da essere adatto alla produzione di carne.

Una volta terminata la macellazione, il veterinario licenzia l'animale al consumo o ne dispone l'esclusione, indicando come dev'essere smaltito.

TABELLA 2.8/3

AULSS 9. Attività ispettiva sugli animali macellati: numero di capi scartati, per specie animale, anno 2017.

SPECIE ANIMALE	SCARTI SANITARI (N. CAPI)
Bovini	146
Suini	3.092
Polli	1.149.179
Tacchini	87.153

Negli stabilimenti di macellazione, come anche nelle industrie di trasformazione, lo smaltimento dei sottoprodotti viene effettuato mediante ditte specializzate. Nel corso del 2017 sono stati smaltiti i seguenti prodotti (dato espresso in tonnellate):

- Categoria 1 (es. Animali morti, scarti sanitari a rischio TSE): 1.872
- Categoria 2 (es. stallatico, scarti sanitari generici): 5.141
- Categoria 3 (es. grasso e ossa): 19.102.

Tutti i bovini macellati, abbattuti o morti ad una età maggiore di 48 mesi sono stati sottoposti ad un test rapido per la ricerca dell'encefalite spongiforme bovina (BSE). Nel 2017 gli animali controllati hanno dato tutti esito negativo.

ALLERTE ALIMENTARI

Per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti è stato istituito il sistema rapido di allerta comunitario, sotto forma di rete, a cui partecipano la Commissione Europea, l'EFSA (Autorità per la sicurezza alimentare) e gli Stati membri dell'Unione. L'attività del sistema di allerta prevede il ritiro o il richiamo di alimenti e mangimi pericolosi per la salute umana. Nel corso del 2017 sono state gestite 116 allerte lanciate da strutture europee e nazionali. Il Servizio ha lanciato 3 allerte riguardanti alimenti controllati nel territorio provinciale.

CERTIFICAZIONI PER L'ESPORTAZIONE

Numerose ditte del nostro territorio sono impegnate ad esportare prodotti di origine animale in altri paesi, non solo comunitari ma anche in paesi terzi quali Stati Uniti, Federazione Russa e 22 paesi diversi dei continenti asiatico, africano e sudamericano, o destinati ai contingenti militari italiani in missione all'estero. Nel corso del 2017 sono stati redatti 5.425 certificati, più di un centinaio alla settimana.

ALIMENTI E CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO

Prosegue l'attività di controllo prevista dal D.D.R. 292/2007 (linee guida per la valutazione del rischio delle imprese alimentari ai fini del controllo ufficiale). Tale decreto rivede le modalità di esecuzione del controllo ufficiale dei prodotti alimentari, con l'obiettivo di adeguarle alle disposizioni della nuova legislazione europea.

Il profilo di rischio viene definito in base a criteri riguardanti le caratteristiche dello stabilimento, l'entità produttiva, i prodotti, l'igiene delle produzioni, il sistema di autocontrollo ed infine i dati storici intesi come non conformità riscontrate.

TABELLA 2.8/4

AULSS9, ispezioni, verifiche, campionamenti anno 2017.

ISPEZIONI/VERIFICHE/CAMPIONAMENTI	N. INTERVENTI
Stabilimenti di macellazione	4.531
Impianti di produzione, lavorazione, trasformazione prodotti di origine animale	2.479
Campionamenti	984
TOTALE	7.994

Nel corso dell'attività di vigilanza negli stabilimenti di cui sopra, sono state aperte 141 non conformità (tutte risolte dagli OSA in tempi variabili a seconda della complessità), comminate 38 sanzioni amministrative e inviate in Procura 6 notizie di reato.

CONTROLLI SULL'IMPORTAZIONE DA STATI MEMBRI

Anche se l'Unione Europea rappresenta un mercato unico ed è garantita la libera circolazione delle merci, chi vuole introdurre prodotti di origine animale in Italia da uno Stato Membro dev'essere registrato presso un ufficio del Ministero della Sanità che ha una sede in ogni Regione (UVAC, ufficio veterinario adempimenti comunitari). Verona è la sede per il Veneto. Una volta effettuata la registrazione o la convenzione, le Ditte devono comunicare l'arrivo del prodotto all'ULSS competente e all'UVAC almeno 24 ore prima dell'arrivo a destinazione, fornendo le indicazioni previste in merito a qualità e quantità del prodotto introdotto in Italia. Avvalendosi dell'attività territoriale delle ULSS, l'UVAC, badando a non essere discriminante, dispone gli eventuali controlli, indicando se si tratta di controllo conoscitivo o obbligatorio e se è previsto o meno un esame di laboratorio.

Nel corso dell'anno i controlli eseguiti sono stati complessivamente 229.

MACELLAZIONE DEI SUINI PER USO PRIVATO

È ancora tradizione presso le famiglie rurali allevare uno o due suini utilizzando gli scarti di cucina e integrando l'alimentazione con farina di mais. Questi animali vengono macellati presso l'abitazione e poi trasformati in salumi per uso privato. Nel corso del 2017 sono stati macellati ed ispezionati 614 suini.

ZOONOSI ED ANTROPOZOONOSI

INFLUENZA AVIARIA

L'influenza aviaria è una malattia virale che colpisce per lo più gli uccelli selvatici. Questi fungono da serbatoio e possono eliminare il virus attraverso le feci. Solitamente tali uccelli non si ammalano, ma possono essere molto contagiosi per uccelli domestici come polli, anatre, tacchini e altri animali da cortile. L'influenza nel pollame, sia nella forma causata da ceppi a bassa patogenicità (LPAI) che da ceppi ad alta patogenicità (HPAI), si presenta regolarmente nel territorio nazionale. Questa malattia, soprattutto quando sostenuta da ceppi altamente patogeni, ha conseguenze devastanti non solo per l'elevato tasso di mortalità che può essere raggiunto, ma anche per il forte impatto economico che ne consegue, derivante sia dall'adozione di una politica di eradicazione, che dalle restrizioni al commercio imposte ai Paesi sede di focolai. L'importanza del controllo sanitario dell'influenza aviaria non è legata solo ad un problema di sanità animale, ma anche di sanità pubblica. I virus influenzali appartenenti al tipo A possono, infatti, infettare anche altri animali (maiali, cavalli, cani, balene), nonché l'uomo.

Il 2017 è stato caratterizzato da uno scenario estremamente grave per tutto il nord est. In particolare, la nostra Azienda ULSS, in virtù della densità di allevamenti avicoli industriali presenti sul proprio territorio, ha affrontato numerose situazioni di criticità dovute a focolai di influenza aviaria ad alta patogenicità.

TABELLA 2.8/5

AULSS9, patrimonio zootecnico di specie avicole in allevamenti industriali [fonte dati: CREV - Regione Veneto, 2018].

SPECIE AVICOLA	DISTRETTI 1 E 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	TOTALE
Anatre	4	1	-	5
Avicoli misti	15	20	15	50
Faraone	6	6	1	13
<i>Gallus Gallus</i>	214	168	196	578
Piccioni	-	2	-	2
Quaglie	4	5	-	9
Selvaggina da ripopolamento	6	12	1	19
Tacchini	176	101	74	351

Nello specifico, nel 2017 sull'intero territorio dell'ULSS 9 sono stati 34 gli allevamenti avicoli sottoposti a provvedimento di abbattimento a causa dell'epidemia di influenza aviaria che ha colpito il nostro territorio provinciale, dei quali 13 perché focolai accertati di malattia, mentre i rimanenti in quanto “allevamenti a contatto” e dunque sottoposti ad abbattimento preventivo, su disposizione del Ministero della Salute, per aver avuto in vari modi contatti con un focolaio.

I capi abbattuti sono stati in totale 505.671, per un costo complessivo quantificato in € 4.231.289,63, sostenuto in parte dall'Unione Europea e per la restante parte dal Ministero della Salute.

LEISHMANIOSI

La leishmaniosi canina è oggetto di monitoraggio dal 1995. Causata da *Leishmania infantum*, è una parassitosi importante in campo veterinario ed un problema di sanità pubblica.

Nella Provincia di Verona la zona di maggior espansione risulta essere l'area collinare a nord di Verona e principalmente ad ovest verso il lago di Garda.

Nel 2017 si è eseguito il monitoraggio soprattutto sui cani randagi, con il prelievo di 322 campioni di sospetti, dei quali 47 sono risultati positivi (14,6 %).

WEST NILE DISEASE

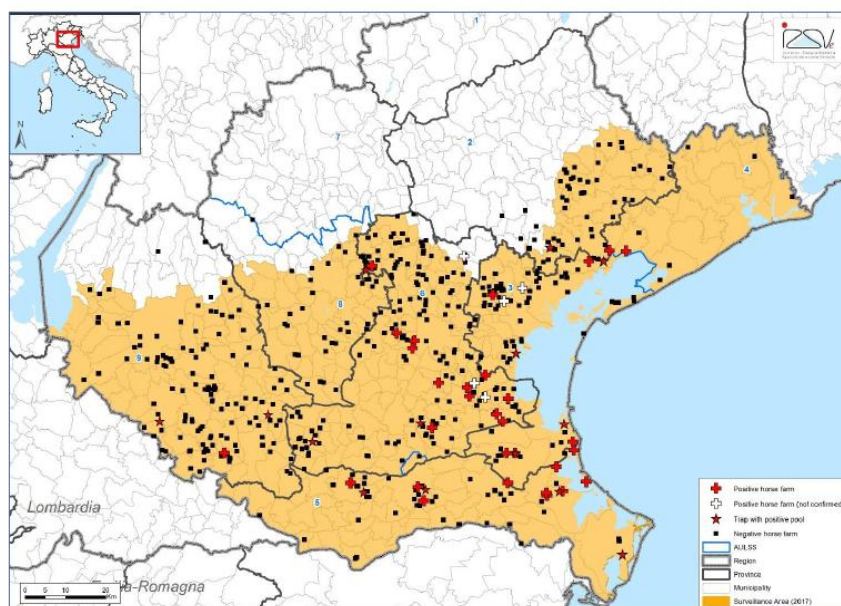
La West Nile Disease (WND) o “febbre del Nilo” è una zoonosi virale trasmessa principalmente tramite la puntura di Culicoidi (zanzare). Nell'uomo sono state accertate vie di trasmissione minori, come trasfusioni di sangue infetto, trapianti d'organo e la via transplacentare.

Complessivamente, in Italia dal 2008 al 2016 sono stati notificati oltre 210 casi umani autoctoni di malattia neuro-invasiva da West Nile (WNND), da 9 Regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Basilicata, Puglia, Sicilia e Sardegna) e 8 casi confermati di WNND importati. È stata inoltre segnalata la circolazione del WNV in zanzare, uccelli e cavalli sul territorio di 14 Regioni (Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, Sardegna, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Molise, Toscana, Basilicata, Lazio, Puglia, Calabria, Liguria) con 1.333 casi confermati di infezione negli equidi, tra i quali 193 con sintomatologia nervosa. La malattia si manifesta in volatili, equini, altri mammiferi, rettili e nell'uomo e riconosce come serbatoio del virus gli uccelli selvatici.

Il Piano Sorveglianza 2017 della Regione Veneto prevedeva il controllo di un campione di allevamenti di equidi a cadenza mensile.

FIGURA 2.8/1

Distribuzione delle aziende di equidi controllati nei mesi di applicazione del Piano e positività entomologiche e negli equidi, Regione Veneto [Fonte: IZSV; <http://www.resolveveneto.it/wp-content/uploads/2017/12/REPORT-FINALE-2017.pdf>].



Da luglio ad ottobre 2017 sono stati effettuati i controlli nelle aziende identificate all'interno dell'area sottoposta a sorveglianza (Figura 2.8/1).

Tali controlli hanno coinvolto 565 aziende a livello regionale, delle quali 122 aziende di equidi del territorio provinciale e hanno consentito l'identificazione di 1 positività in equidi; gli ulteriori controlli eseguiti nel territorio non hanno individuato nuove positività.

A livello regionale sono state identificate positività sierologiche in **61 soggetti** appartenenti a **30 aziende** presenti nelle province di **Padova, Rovigo, Verona e Venezia**.

Nel corso del 2017 sono state attivate trappole entomologiche per la sorveglianza WNV in tutto il territorio regionale per la cattura quindicinale delle zanzare. Nel territorio provinciale erano attive 9 trappole, le analisi condotte sui pool di zanzare catturate hanno rilevato la presenza del WNV in 2 siti.

FIGURA 2.8/2

Distribuzione delle trappole per la cattura di zanzare in Veneto, stagione 2017

[Fonti: IZSV; <http://www.resolveveneto.it/wp-content/uploads/2017/12/REPORT-FINALE-2017.pdf>].

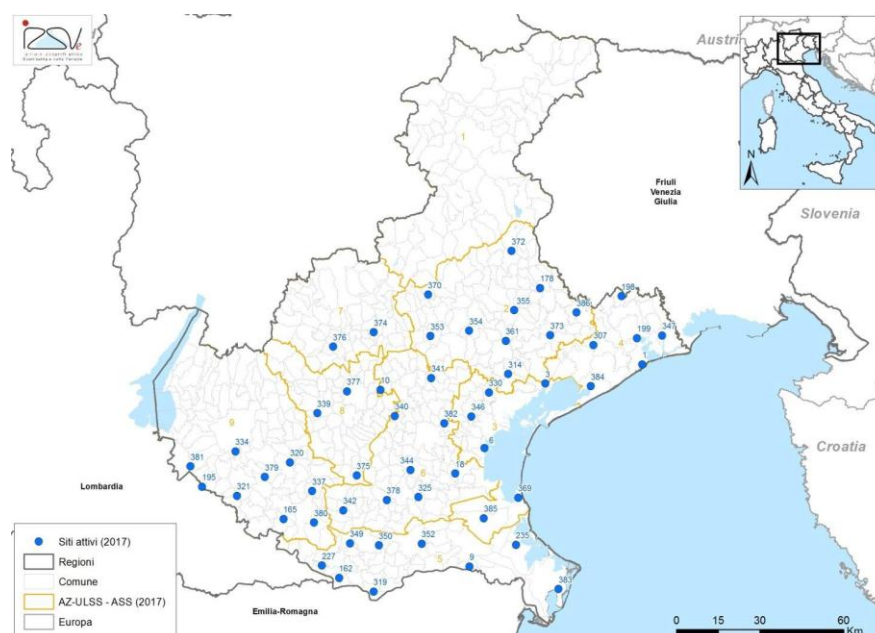


TABELLA 2.8/6

Risultati complessivi dell'attività di monitoraggio zanzare nel territorio dell'AULSS 9 Scaligera, anno 2017.

	COMUNI VISITATI	STRADE OSSERVATE	TOMBINI OSSERVATI	TOMBINI SECCHI	TOMBINI CON ACQUA	TOMBINI NEGATIVI	TOMBINI POSITIVI
Distretti 1 e 2	24	196	810	270	540	384	156
Distretto 3	25	166	735	322	413	324	89
Distretto 4	27	317	1275	453	822	675	147

ALTRE ARBOVIROSI

Durante la stagione vettoriale 2017 i Servizi Veterinari sono stati anche coinvolti nella gestione delle emergenze sanitarie a seguito di segnalazione di casi di Chikungunya e Dengue, Zika o altre virosi di rilevanza sanitaria. In queste circostanze, infatti, personale dei Servizi ha eseguito verifiche entro 24 ore dalle segnalazioni per valutare la presenza del vettore nell'area di residenza delle persone infette e, nelle occasioni di rischio, ha suggerito all'amministrazione locale l'emanazione di apposita ordinanza sindacale ai sensi del PIANO REGIONALE DI SORVEGLIANZA INTEGRATA E MISURE DI LOTTA AI VETTORI 2017.

In totale, nel corso del 2017 sono stati segnalati 3 casi di Arbovirosi di importazione, in un'occasione non vi era presenza del vettore, mentre negli altri 2 casi si sono resi necessari interventi larvicidi ed adulticidi contro la zanzara tigre su aree pubbliche e private.



3

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, integrato e modificato dalle leggi e dai decreti successivi, in particolare dal Decreto Legislativo n. 229 del 1999, identifica nel Dipartimento di Prevenzione (quale modello di integrazione di tutti i servizi territoriali sanitari e sociali operanti nella prevenzione) la struttura di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale che garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e, conseguentemente, l’attuazione del primo LEA (Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza), ovvero l’Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli. Nello specifico, l’attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione è pianificata a partire da livelli nazionali e regionali mediante piani pluriennali di prevenzione (Piano Nazionale di Prevenzione e Piano Regionale di Prevenzione).

La *mission* del Dipartimento di Prevenzione consiste nel garantire la tutela della salute pubblica e fornire una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione, perseguendo strategie di promozione della salute indirizzate ai diversi momenti del ciclo della vita e nei vari ambiti, attraverso azioni dirette a migliorare la qualità e l’ambiente di vita, conoscendo e prevenendo gli stati di malattia, invalidità e morte associati in particolare alle malattie trasmissibili e non trasmissibili o ai traumi maggiormente diffusi, di origine umana ed animale contrastando le disuguaglianze in salute.

Le funzioni del Dipartimento di Prevenzione comprendono quindi la raccolta e l’elaborazione dei dati epidemiologici di base relativi alla realtà locale, anche attraverso i sistemi di sorveglianza; l’analisi dei bisogni di salute della popolazione e la descrizione e diffusione del profilo di salute; la definizione degli obiettivi di salute prioritari, la programmazione delle azioni conseguenti e la verifica dei risultati in termini di efficacia ed efficienza; la consulenza/il supporto (advocacy) presso i decisori istituzionali e altre realtà territoriali competenti, per includere le priorità di salute in tutte le politiche; la conoscenza e la mitigazione dei rischi per la salute e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro; il dialogo con la comunità e i portatori di interesse per l’attivazione di processi partecipativi; il contrasto dei fattori di rischio collettivi ed il controllo del rispetto delle norme di salute pubblica, compresa la predisposizione di strumenti di pronta risposta alle emergenze.

Lo svolgimento delle suddette funzioni prevede l'integrazione tra i diversi Servizi del Dipartimento e tra Dipartimento ed altre realtà aziendali (Ospedale, Distretti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta) ed extraaziendali (Enti ed Istituzioni a diverso titolo coinvolte nella tutela della Salute Pubblica). Le funzioni, le azioni e le prestazioni preventive indicate devono essere valutate sulla base dei principi che ispirano la medicina basata sulle prove d'efficacia, sulla verifica dei risultati e delle risorse investite e sulla rispondenza alla normativa, in particolare al DPCM 12.01.2017, per quanto riguarda i Livelli Essenziali di Assistenza dell'area "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica".

L'assetto organizzativo delle Aziende ULSS venete è stato ridefinito, con effetto dal 1° gennaio 2017, dalla Legge Regionale della Regione del Veneto n.19 del 25/10/2016, avente ad oggetto "Istituzione dell'Ente di governance della sanità regionale veneta denominato 'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero – Disposizione per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS". Con DDG n. 16 del 02/01/2017, pertanto, l'Azienda ha preso atto dell'avvenuta soppressione, a far data dal 01/01/2017, dei Dipartimenti di Prevenzione insistenti nelle disciolte ULSS 21 ed ULSS 22 ed ha confermato l'esistenza di un unico Dipartimento di Prevenzione per l'Azienda ULSS 9 Scaligera. In seguito, con deliberazione del Direttore Generale n. 58 del 31.01.2018 è stato approvato l'Atto Aziendale dell'AULSS 9 Scaligera (DGRV n. 1306 del 16.08.2017), che prevede, tra l'altro, la riorganizzazione delle Unità Operative Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali operanti all'interno dell'unico Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 9 Scaligera, con l'obiettivo comune di realizzare l'integrazione delle attività delle stesse.

Il Dipartimento di Prevenzione, pertanto, si articola in otto Unità Operative Complesse (U.O.C.):

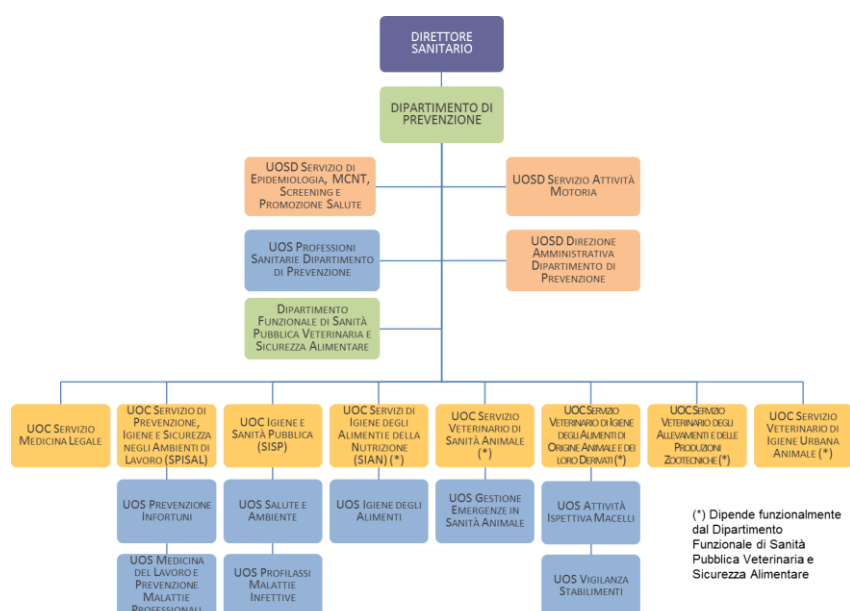
- Servizio di Medicina Legale;
- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
- Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro;
- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- Servizio veterinario di sanità animale;
- Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- Servizio veterinario di igiene urbana animale;

e in tre Unità Operative Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.):

- Servizio di Epidemiologia, prevenzione Malattie Croniche Non Trasmissibili, Screening e Promozione della Salute;
- Servizio di Attività Motoria;
- Direzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione.

FIGURA 3/1

Organigramma del Dipartimento di Prevenzione dell'AULSS 9 Scaligera.



Gli operatori del Dipartimento di Prevenzione sono attualmente 370 (dato al 19.04.2018), di cui 230 unità appartenenti al comparto e 140 alla dirigenza.

3.1 SEDI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

Ogni U.O. del Dipartimento di Prevenzione può svolgere le sue funzioni direttamente per tutta la provincia (articolazione centrale) o tramite opportune articolazioni competenti per specifiche aree del territorio aziendale (articolazione territoriale). Le articolazioni previste per ogni U.O. possono pertanto differire tra i vari Servizi, ma, per coerenza di sistema con il resto dell'Azienda, vanno a coincidere con uno o più Distretti Socio Sanitari. Per conoscere le sedi di erogazione dei Servizi ed i relativi orari di apertura al pubblico si rimanda alle pagine dedicate alle diverse U.O. sul sito del Dipartimento di Prevenzione (<https://prevenzione.aulss9.veneto.it/>).

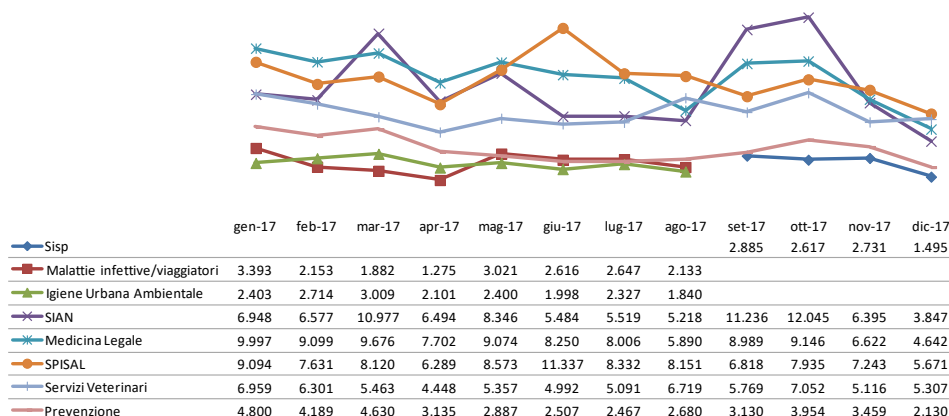
FOCUS COMUNICAZIONE, IL SITO WEB DEL DIPARTIMENTO

Strumento di comunicazione mediatica è il portale web del Dipartimento di Prevenzione, raggiungibile dall'indirizzo <https://prevenzione.aulss9.veneto.it/>. Dal sito, aggiornato con novità e argomenti di interesse per l'utenza privata e professionale, è possibile accedere a modulistica, documentazione, legislazione, video, manuali e faq, suddivisi per argomento. Nel 2017 si sono avute 569.486 visite (fonte: Google Analytics). I contenuti più visti sono stati la vetrina dei cani in adozione, i temi riguardanti l'alimentazione, la sezione sulla Commissione Medica Locale Patenti di Guida e le pagine dedicate a sicurezza sul lavoro. Molto utilizzata la modulistica interattiva, compilabile direttamente online. La trasmissione della richiesta prevede la ricezione di una mail di conferma con allegate la ricevuta di avvenuta consegna e una copia protocollata del modulo. Il processo avviene in maniera del tutto automatizzata. Nel 2017 le domande online ricevute sono state 13.839. Nel 2017, successivamente alla creazione di una unica ULSS provinciale, sono stati implementati i contenuti riguardanti la parte web e modulistica online dell'intera ULSS 9 Scaligera.

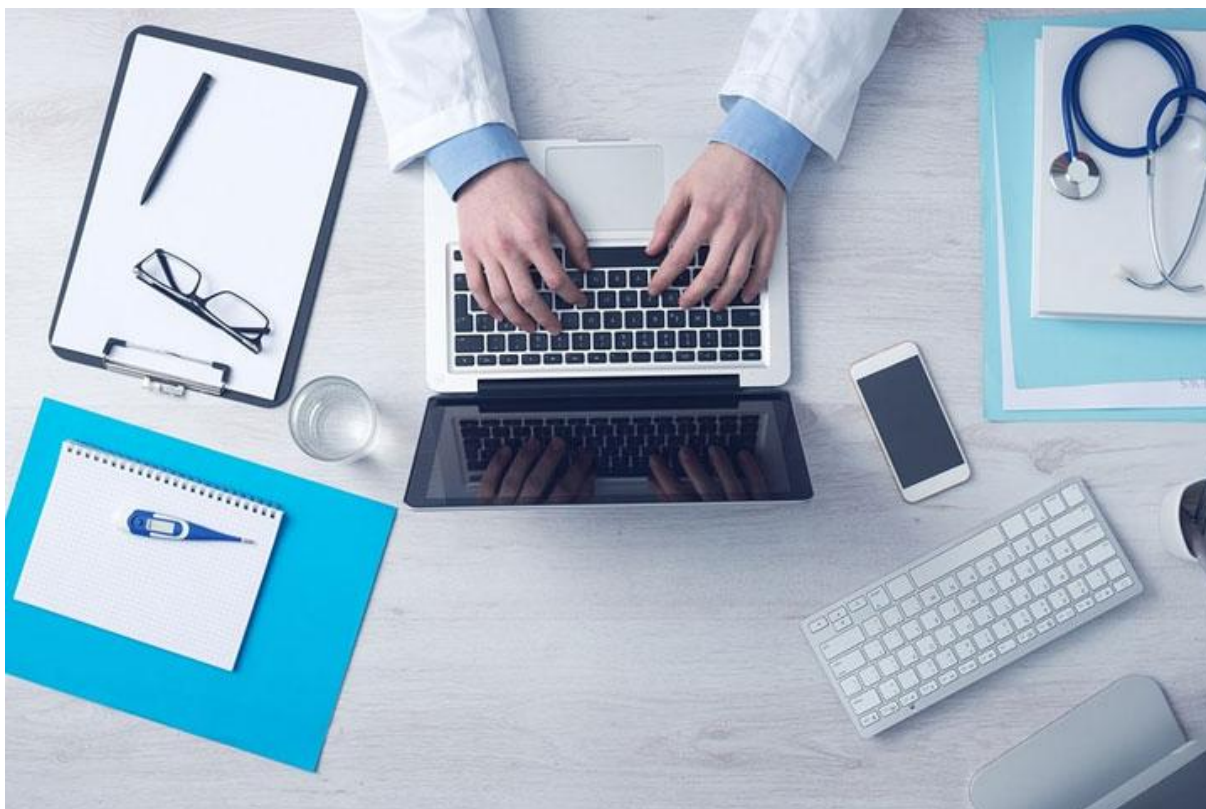


GRAFICO 3.1/1

Accessi al sito del Dipartimento di Prevenzione, anno 2017 – visitatori unici



Altri siti di programmi regionali la cui gestione è assegnata al Dipartimento di Prevenzione: MuoverSì: www.muoversidipiu.it GenitoriPiù: www.genitoripiu.it



4 INDICATORI DI PRODUZIONE

Ai sensi dell'articolo 1 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3, e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza (L.E.A.) definiti dal Piano Sanitario Nazionale. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente. Il DPCM 12.01.2017 all'articolo 1, comma 1, lettera a) individua, fra i LEA, il livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica". Alcuni di questi LEA sono riconducibili altresì ad indicatori di produzione; di seguito i principali indicatori dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione, riferiti all'anno 2017 e suddivisi per sede distrettuale. L'eterogeneità dei dati rispecchia la complessità delle relative attività, accentuata dalla riorganizzazione in corso conseguente all'unione delle tre ex ULSS 20, 21 e 22 nell'AULSS 9 Scaligera.

TABELLA 4.1

Indicatori di produzione, anno 2017.

SERVIZIO	ATTIVITÀ	INDICATORI DI PRODUZIONE	DISTRETTI 1 e 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	AULSS 9
SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA- SISP	Profilassi ma- lattie infettive e diffuse	n. malattie infettive (denunce pervenute da ospedale, PLS e MMG)	852	273	701	1826
		n. vaccinazioni (dato inviato in Regione)	239.758	80.749	110.472	430.979
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	93,70%	94,50%	89,15%	91,70%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	90,90%	94,10%	86,32%	89,15%
	Prevenzione ambienti di vita	n. sopralluoghi	559	651	517	1727
		n. campionamenti	233	125	333	691
		n. pareri edilizi	434	182	562	1.178

SERVIZIO	ATTIVITÀ	INDICATORI DI PRODUZIONE	DISTRETTI 1 E 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	AULSS 9
SCREENING ONCOLOGICI	Screening mammografico	Popolazione bersaglio annua	38.267	12.391	22.937	73.595
		Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 80%)	74,4%	78,4%	66,7%	72,8%
	Screening cito- logico	Popolazione bersaglio annua	42.357	13.985	27.332	83.674
		Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 60%)	47,9%	64,6%	55,6%	52,6%
	Screening del colon-retto	Popolazione bersaglio annua	61.944	20.850	38.556	121.350
		Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 65%)	62,1%	71,1%	64,1%	64,2%
SERVIZIO MEDICINA LEGALE	Certificazioni medico legali	n. certificati rilasciati	311	240	/	551
	Valutazioni sinistri	n. relazioni effettuate	39	41	12	92
	Visite medico collegiali	n. persone visitate	96	28	/	124
	Commissione Medica Locale Patenti	n. pratiche istruite	11.455	0	0	11455
	Legge 210/92	n. persone visitate	9.967	1.638	/	11.605
		Pratiche istruite	4	2		6
	Vigilanza	n. interventi	22	0	0	22
SERVIZIO DI IGIENE DE- GLI ALI- MENTI E NUTRIZIONE SIAN	Pareri ed Accertamenti Alimentari		7.065	2.345	1.415	10.825
	Pareri su Acque		592	304	558	1.454
	Sopralluoghi/Interventi Alimenti		1.368	734	1.256	3.358
	Sopralluoghi e vigilanza Acqua potabile, privata e di acquedotto		764	626	128	1.518
	Campionamenti/Prelievi/Analisi alimenti		549	266	238	1.053
	Campionamenti/Prelievi/Analisi Acque e Vigilanza Arsenico		1.183	1.453	1.226	3.862
	Validazione Menù distribuiti nella Ristorazione scolastica		145	173	121	439
	Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole		187	29	33	249
SERVIZIO DI PREVEN- ZIONE E SI- CUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO - SPISAL	Vigilanza	Sopralluoghi	982	804	679	2.465
		Aziende oggetto di intervento	1.103	479	720	2.302
		Indagini per infortuni sul lavoro	101	51	104	256
		Indagini per malattie professionali	192	104	74	370
		Verbali redatti con contravvenzioni	304	124	114	542
	Valutazioni e pareri	Valutazioni e pareri in merito a nuovi inse- diamenti produttivi	11	49	50	110
		Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	476	455	491	1422
	Attività sanitarie	Visite mediche	288	113	409	810
		Ascolto su stress lavoro-correlato	56	4	9	69
	Assistenza e pro- mozione della salu- te	Interventi di informazione e formazione	10	8	5	23
		Produzione e/o diffusione di materiali	4	4	5	13

SERVIZIO	ATTIVITÀ	INDICATORI DI PRODUZIONE	DISTRETTI 1 E 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	AULSS 9
SERVIZI VETERINARI	Servizio Veterinario Sanità Animale A	Richieste di intervento da parte degli utenti	ND	3.710	3.880	7.590
		Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	1.820	1.561	1.390	4.771
		Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina	610	490	690	1.790
		Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie	6.242	5.210	5.220	16.672
		Anagrafe bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina e canina	152	286	439	877
	Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche C	Accertamenti/pareri	753	447	461	1.661
		Campionamenti/prelievi	1.186	349	589	2.124
		Sopralluoghi/interventi	3.630	2.412	3.233	9.275
	Servizio Veterinario Igiene degli alimenti di origine animale B	Ispezione e vigilanza macelli e laboratori carni bianche	718	738	558	2.014
		Ispezione e vigilanza macelli e laboratori carni rosse	675	881	1.461	3.017
		Ispezione e vigilanza suini macellati a domicilio				0
		Vigilanza in stabilimenti di produzione/trasformazione di alimenti	755	839	2.550	4.144
		Vigilanza distribuzione e commercializzazione	241	340	530	1.111
		Prelievo campioni per sicurezza alimentare	1.008	1.512	1.420	3.940
		Vigilanza distribuzione e commercializzazione	2.344	1.063	2.018	5.425
		Riconoscimenti, registrazioni, pareri	58	77	210	345

ALLEGATO 1 POPOLAZIONE ALLACCIATA ALL'ACQUEDOTTO

AULSS 9. Percentuale della popolazione residente allacciata all'acquedotto, per comune (dato parziale fornito dal gestore "Acque Veronesi").

COMUNE	RESIDENTI AL 30.11.2017 [FONTE "DEMO.ISTAT.IT"]	ABITANTI RAGGIUNTI DALL'ACQUEDOTTO	% ALLACCIATI SU RESIDENTI (ESTRAZIONE UTENTI DA SIU-NETA 31.12.2016)
Albaredo d'Adige	5.200	3.682	70,8%
Angiari	2.295	1.386	60,4%
Arcole	6.225	4.956	79,6%
Badia Calavena	2.638	2.287	86,7%
Belfiore	3.153	0	0,0%
Bevilacqua	1.700	1.668	98,1%
Bonavigo	2.012	1.739	86,4%
Boschi Sant'Anna	1.393	1.122	80,5%
Bosco Chiesanuova	3.570	3.534	99,0%
Bovolone	16.064	12.801	79,7%
Bussolengo	20.115	18.909	94,0%
Buttapietra	7.059	5.428	76,9%
Caldiero	7.897	7.358	93,2%
Casaleone	5.661	2.699	47,7%
Castel d'Azzano	11.845	10.233	86,4%
Cazzano di Tramigna	1.513	1.325	87,6%
Cerea	16.560	7.782	47,0%
Cerro Veronese	2.465	2.440	99,0%
Cologna Veneta	8.514	7.609	89,4%
Cognola ai Colli	8.693	7.915	91,1%
Concamarise	1.089	394	36,2%
Erbè	1.918	1.401	73,0%
Erbezzo	719	712	99,0%
Fumane	4.116	4.106	99,8%
Gazzo Veronese	5.344	0	0,0%
Grezzana	10.833	10.169	93,9%
Illasi	5.252	5.247	99,9%
Isola della Scala	11.542	7.997	69,3%
Isola Rizza	3.224	2.224	69,0%
Lavagno	8.420	7.782	92,4%
Legnago	25.263	18.882	74,7%
Marano di Valpolicella	3.152	2.944	93,4%
Mezzane di Sotto	2.512	2.463	98,0%
Minerbe	4.570	4.276	93,6%
Montecchia di Crosara	4.326	4.001	92,5%
Monteforte d'Alpone	8.915	8.187	91,8%
Mozzecane	7.670	6.411	83,6%
Negrar	17.098	16.411	96,0%
Nogara	8.453	7	0,1%
Nogarole Rocca	3.623	2.697	74,4%
Oppeano	10.016	6.351	63,4%
Palù	1.234	60	4,9%
Pescantina	17.236	15.846	91,9%
Povegliano Veronese	7.232	6.485	89,7%
Pressana	2.528	2.330	92,2%

Continua nella pagina successiva

Continua dalla pagina precedente

COMUNE	RESIDENTI AL 30.11.2017 [FONTE "DEMO.ISTAT.IT"]	ABITANTI RAGGIUNTI DALL'ACQUEDOTTO	% ALLACCIATI SU RESIDENTI (ESTRAZIONE UTENTI DA SIU-NETA 31.12.2016)
Roncà	3.829	3.388	88,5%
Ronco all'Adige	5.990	4.437	74,1%
Roverchiara	2.690	977	36,3%
Roveredo di Guà	1.599	1.251	78,2%
Roverè Veronese	2.099	2.098	100,0%
Salizzole	3.804	1.188	31,2%
San Bonifacio	21.424	18.520	86,4%
San Giovanni Ilarione	5.087	3.279	64,5%
San Giovanni Lupatoto	25.355	22.819	90,0%
Sanguinetto	4.009	1.735	43,3%
San Martino Buon Albergo	15.424	14.196	92,0%
San Mauro di Saline	568	502	88,4%
San Pietro di Morubio	2.973	1.708	57,4%
San Pietro in Cariano	12.909	12.495	96,8%
Sant'Anna d'Alfaedo	2.528	2.092	82,8%
Selva di Progno	896	887	99,0%
Soave	7.139	6.514	91,2%
Sommacampagna	14.822	13.321	89,9%
Sona	17.705	16.027	90,5%
Sorgà	3.019	1.585	52,5%
Terrazzo	2.192	596	27,2%
Tregnago	4.917	4.595	93,5%
Trevenzuolo	2.752	1.989	72,3%
Velo Veronese	748	747	99,8%
Verona	257.303	241.524	93,9%
Veronella	5.116	4.750	92,8%
Vestenanova	2.570	1.593	62,0%
Vigasio	10.110	8.409	83,2%
Villa Bartolomea	5.877	117	2,0%
Villafranca di Verona	33.206	32.430	97,7%
Zevio	15.057	12.369	82,1%
Zimella	4.884	4.168	85,3%
TOTALE	809.458	684.559	84,6%