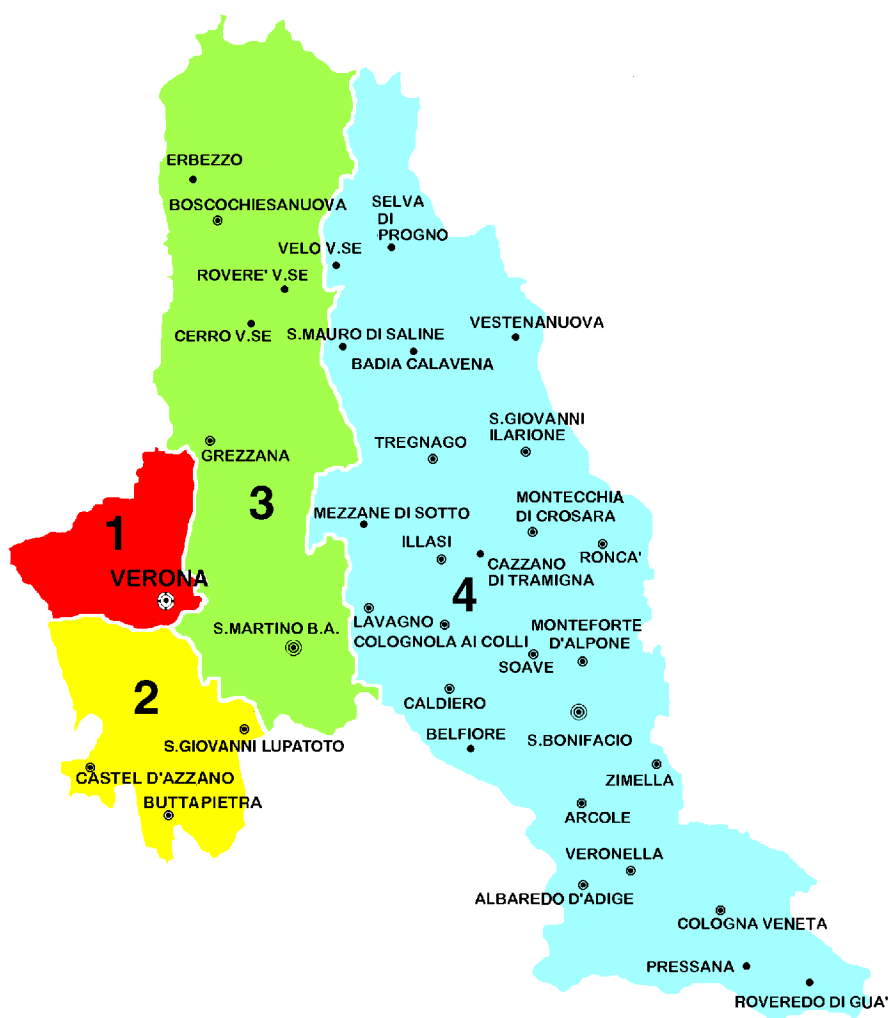




# Relazione Sanitaria anno 2005



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

Via Salvo D'Acquisto 7-37122 Verona

☎ 045 8075911 ☎ 045 8075003

Redazione a cura di:  
Dott.ssa Silvana Manservigi  
Sig.ra Cristina Feltrin  
Sig. Andrea Comin

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

## ANNO 2005

<b>1. IL CAMPO DI INTERVENTO</b>	Pag. 1
1.1 Caratteristiche geografiche	Pag. 1
1.2 Struttura produttiva	Pag. 1
1.3 Popolazione	Pag. 3
1.4 Mortalità	Pag. 5
1.4.1 generale	Pag. 5
1.4.2 infantile	Pag. 7
1.4.3 mutamenti climatici e mortalità	Pag. 7
1.4.4 mortalità evitabile	Pag. 8
1.5 Invalidità civile	Pag. 9
<b>2. L'AMBIENTE</b>	Pag. 11
2.1 Inquinamento atmosferico	Pag. 11
2.2 Traffico/incidenti stradali	Pag. 13
2.2.1 Controllo sulle patenti di guida	Pag. 14
2.3 Riassetto urbanistico	Pag. 18
2.3.1 Riqualficazione urbanistica	Pag. 19
2.4 Ambiente/società	Pag. 20
2.4.1 Il problema della casa	Pag. 20
- i "senza casa"	Pag. 21
- il disagio abitativo	Pag. 23
- intossicazioni domestiche da monossido di carbonio	Pag. 28
2.4.2 carcere di Montorio	Pag. 30
<b>3. LE MALATTIE INFETTIVE</b>	Pag. 31
3.1 Dati relativi alle mm infettive	Pag. 31
3.2 Vaccinazioni	Pag. 34
3.3 Controllo piscine	Pag. 40
<b>4. LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE</b>	Pag. 41
4.1 Fattori di rischio legati agli stili di vita	Pag. 41
4.1.1 Fumo	Pag. 44
4.1.2 Alimentazione	Pag. 46
4.1.3 Attività fisica	Pag. 47
4.2 Screening oncologici	Pag. 52

<b>5. LA SICUREZZA ALIMENTARE</b>	Pag. 57
5.1 Approvvigionamento dell'acqua potabile	Pag. 57
5.2 Tossinfezioni alimentari	Pag. 59
5.3 Vigilanza e controllo sui prodotti alimentari	Pag. 60
5.4 Encefalopatia spongiforme bovina (BSE)	Pag. 65
5.5 Tracciabilità dei prodotti di origine animale	Pag. 66
5.6 Latte	Pag. 67
5.7 Uova e ovoprodotti	Pag. 67
<b>6. LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO</b>	Pag. 69
6.1 Infortuni sul lavoro	Pag. 69
6.2 Malattie professionali	Pag. 73
6.3 Vigilanza	Pag. 75
6.4 Formazione e informazione	Pag. 80
<b>7. IL MONDO ANIMALE</b>	Pag. 81
7.1 Dimensione produttiva	Pag. 81
7.2 Vigilanza e ispezioni	Pag. 81
7.3 Malattie infettive e infestazioni	Pag. 83
7.4 Benessere animale negli allevamenti	Pag. 87
7.5 Randagismo felino e canino	Pag. 88
7.6 Colombi in città	Pag. 90
7.7 Ratti	Pag. 91
7.8 Insetti	Pag. 92
<b>8. LA PREVENZIONE INUTILE</b>	Pag. 95
<b>9. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>	Pag. 99
9.1 Servizi/Uffici	Pag. 100
9.2 Supporto alla programmazione regionale	Pag. 101
9.3 Attività di informazione	Pag. 102
9.4 Costi	Pag. 103

Verona, maggio 2006

Dott. Massimo Valsecchi  


# 1. IL CAMPO DI INTERVENTO

## 1.1 Caratteristiche geografiche

L'Azienda ULSS n.20 comprende 36 Comuni:

Boscochiesanuova, Buttapietra, Castel d'Azzano, Cerro Veronese, Erbezzo, Grezzana, Roverè, San Martino Buon Albergo, Verona, Selva di Progno, Velo Veronese, Badia Calavena, S. Mauro di Saline, Vestenanova, S. Giovanni Ilarione, Tregnago, Mezzane, Illasi, Cazzano di Tramigna, Montecchia di Crosara, Roncà, Monteforte, Soave, Colognola ai Colli, Lavagno, Caldiero, Belfiore, San Bonifacio, Arcole, Albaredo, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella, San Giovanni Lupatoto.

36 Comuni

Confina a nord con il Trentino Alto Adige e comprende l'area dei monti Lessini intersecata, da ovest ad est, da quattro vallate: Val Pantena, Val Squaranto, Val D'Illasi, Val D'Alpone, fino al confine orientale con la Provincia di Vicenza.

Include la fascia pedemontana e collinare e la prima parte di pianura, attraversata dal fiume Adige, estendendosi a sud, a ridosso del confine con la Provincia di Vicenza, fino a comprendere la zona di Cologna.

L'estensione complessiva è di Km<sup>2</sup> 1.065,61.

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

Da 38 a  
1.118 metri

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

Di questi, oltre a Verona, che conta 258.000 abitanti, solo San Bonifacio, Castel D'Azzano, Grezzana, San Martino Buon Albergo e San Giovanni Lupatoto superano la soglia dei 10.000 residenti.

L'Azienda ULSS 20, con i suoi 452.293 assistiti, è la più popolosa della Regione Veneto.

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

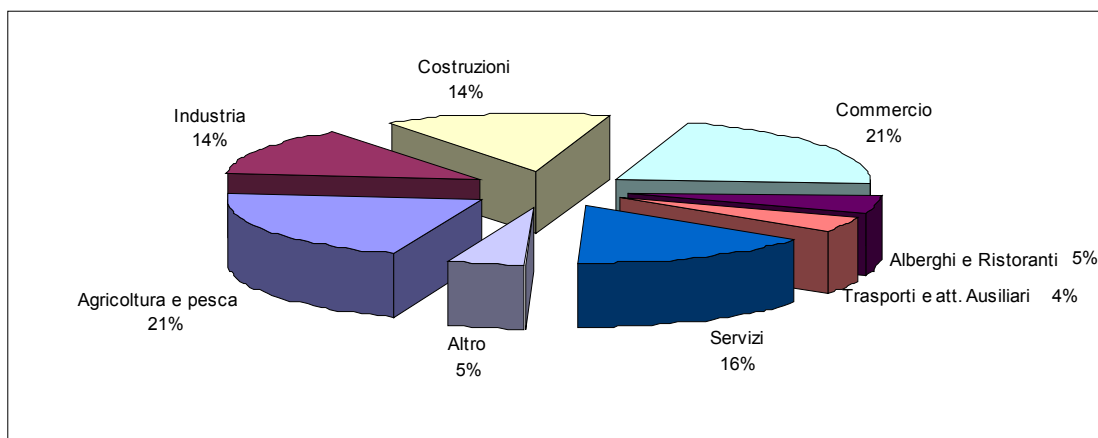
## 1.2 La struttura produttiva nella provincia di Verona

Nel 2004 le imprese registrate nella provincia di Verona hanno raggiunto quota 97.547 (87.762 attive), rispetto all'anno 2003 si registra un aumento dello stock pari al +2%. Dato questo molto positivo se si considera che nel Veneto la variazione annuale è stata pari all'1,1% (Italia 1,6%). Le unità locali presenti sul territorio provinciale sono 111.635. (dati tratti dal "Rapporto sull'economia della provincia di Verona" Servizio Studi e Ricerca CCIAA 9.5.2005)

Una solida  
base  
economica

La distribuzione settoriale è riportata nel graf. n. 1.2.1

Grafico n. 1.2.1- Imprese registrate alla CCIAA di Verona - anno 2004



Piccole e medie imprese

Dal 1997 al 2004 la trasformazione nella struttura produttiva veronese è caratterizzata dalla diminuzione del peso del settore agricolo, del settore manifatturiero e del commercio. In considerevole aumento, invece, il peso delle costruzioni (dal 10,5% nel 1997 al 14,4% nel 2004) e dei servizi (da 12,7% a 15,8%). Il tessuto produttivo è composto prevalentemente da piccole e medie imprese. Il 94% delle imprese occupa meno di 10 addetti, mentre le imprese che superano i 200 dipendenti sono di poco superiori a 70.

La vocazione per eccellenza del tessuto imprenditoriale veronese è quella artigiana giacché il 32% delle imprese attive appartiene a questa attività. Per citarne alcune dobbiamo ricordare la produzione dei mobili, laboratori di confezione di articoli di vestiario, al settore dei trasporti, delle costruzioni e dei servizi alle famiglie.

Un fenomeno che sta emergendo nella nostra provincia, e più in generale in Italia, è l'aumento della imprenditoria femminile. Sempre più donne, infatti, risultano titolari di aziende o costituiscono la maggioranza tra i soci o gli amministratori.

Le imprese femminili iscritte nella Camera di Commercio a fine 2004 risultano 19.746 (il 20,5% del totale), 17.955 delle quali attive. Nella maggioranza dei casi la forma giuridica è costituita da ditte individuali anche se si nota, rispetto al 2003 un consistente aumento (+31%) di società di capitali.

Se andiamo ad analizzare i settori dove prevalentemente si concentra l'imprenditoria femminile ricaviamo che uno su quattro opera nel commercio, seguito dall'agricoltura.

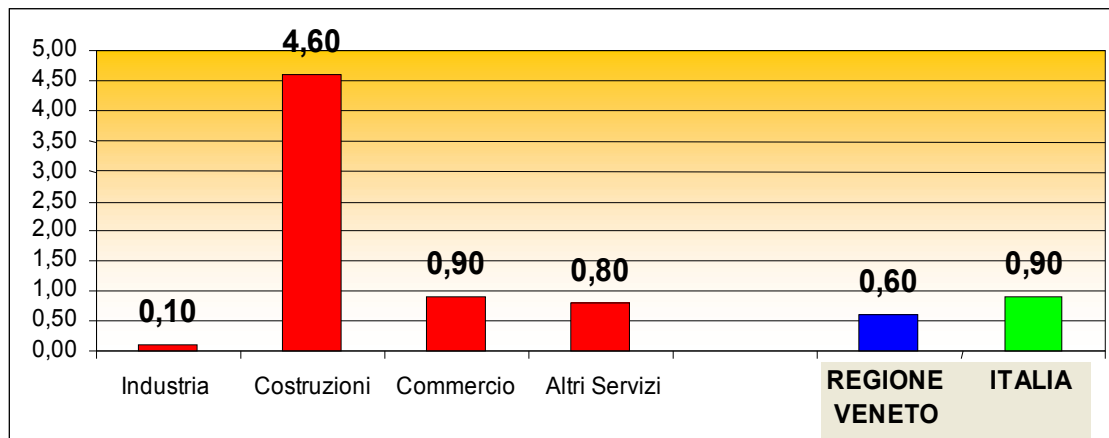
### Il mercato del lavoro nella provincia di Verona

Nell'anno 2004 nella Provincia di Verona gli occupati risultavano pari a 371.000 unità (fonte: Oss. Merc Lavoro Provincia di Verona), dato stimato invariato rispetto all'anno precedente. Le donne rappresentano il 40,1%.

Nella provincia di Verona, nell'anno 2005, i risultati occupazionali previsti dal sistema informativo Excelsior, indicano l'assunzione nell'industria e nei servizi di 11.470 persone (dato inferiore a quello del 2004, pari a 12.662 unità). Se si tiene conto delle uscite stimate, al 31 dicembre 2005, in 9.930 (10.039 nel 2004), il saldo tra entrate e uscite (1.540 unità), risulta pari ad un tasso di variazione rispetto al 2004 del +0,8%, sostanzialmente in linea con il dato regionale (+0,6%), del nord-est (+0,8%) e nazionale (+0,9%).

Il grafico (Graf. n. 1.2.2) successivo evidenzia il tasso di aumento del personale dipendente previsto per l'anno 2005 suddiviso per settore di attività economica.

Grafico n. n. 1.2.2- Tasso di aumento del personale previsto, suddiviso per settore di attività economica per l'anno 2005



Un fenomeno che sembra consolidarsi nella nostra provincia è l'imprenditoria straniera. A dicembre 2004 gli imprenditori extracomunitari che gestivano attività come titolari, soci o amministratori erano 6.051 (il 3,7% del totale persone iscritte al registro delle imprese). Dal 2000 al 2004 il dato è raddoppiato (+2.952 unità).

Imprenditori stranieri

Il settori dove esercitano l'attività gli imprenditori stranieri non comunitari (Marocco, Romania, America Centrale e Meridionale, Cina) sono in ordine le costruzioni (1.857 imprenditori), il commercio al dettaglio (864 imprenditori), quello all'ingrosso (445), i trasporti (397) e "alberghi e ristoranti" (320). Nel manifatturiero spicca il settore abbigliamento con 195 imprenditori extracomunitari.

### 1.3 La popolazione

Aumenta nella popolazione la percentuale degli anziani (soggetti di età superiore ai 65 anni) che è pari al 20% del totale, mentre la fascia di età inferiore ai 15 anni rappresenta il 13,9% del totale.

Anziani 20%

Tab.1.3.1: Caratteristiche demografiche della popolazione residente nei comuni della ULSS n.20: nuovi nati, numero decessi dei residenti, totale iscritti all'anagrafe, iscritti con età inferiore a 15 anni, superiore a 65 e 75 anni e loro percentuale sul totale della popolazione, residenti con età superiore ai 100 anni.

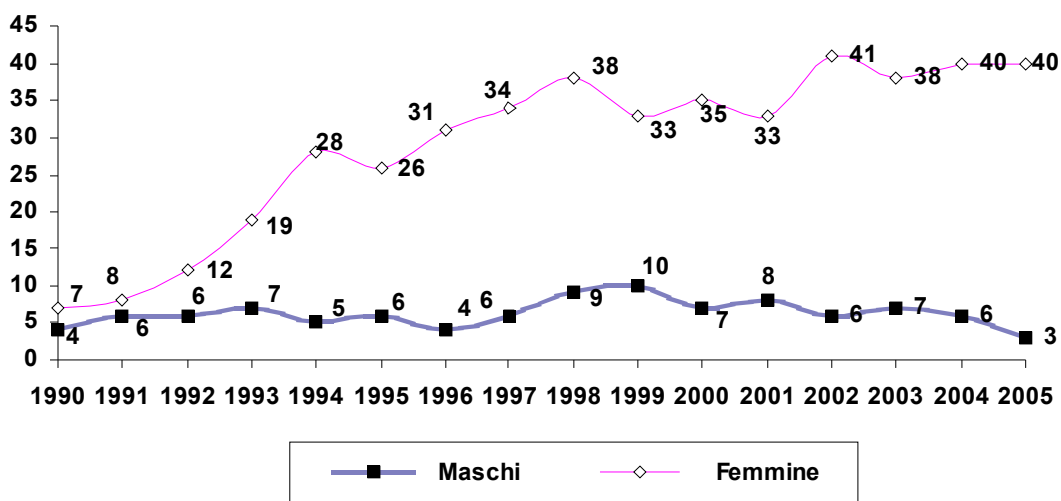
ANNI	NATI	DECESSI	RESIDENTI	INF. 15	%	> 65	%	> 74	%	> 100
2002	4.093	4.089	446.007	61.274	13,7	85.526	19,2	40.329	9,0	66
2003	4.069	4.262	447.951	61.599	13,7	86.981	19,4	40.760	9,1	65
2004	4.527	3.887	451.088	62.195	13,8	89.426	19,8	42.389	9,4	72
2005	4.490	*	454.838	63.610	13,9	91.116	20	43.576	9,6	72

\* dato non ancora disponibile

Il grafico n.1.3.1 illustra l'incremento degli assistiti, della sola città di Verona, con età superiore ai cento anni. E' un indicatore sintetico che consente di apprezzare l'entità del fenomeno di allungamento della speranza di vita (che privilegia per altro, come si può ben vedere, quasi esclusivamente le femmine nei confronti dei maschi).

40 centenarie

Graf.:1.3.1: Numero di residenti nel Comune di Verona con età uguale o superiore ai cento anni.



Tab n. 1.3.1.Stranieri residenti in comune e in provincia di Verona al 31.12.2004

8,2% di stranieri

	STRANIERI PRESENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE TOTALE	% DI STRANIERI SULLA POPOLAZIONE
Comune di Verona	21.140	259.068	8,2
Altri comuni della provincia	37.742	601.728	6,3
Totale provincia di Verona	58.882	860.796	6,8

Fonte: elaborazione CESTIM su dati delle Anagrafi comunali

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

Come si può osservare l'entità del fenomeno è particolarmente accentuata nel caso di donne con cittadinanza straniera che, nonostante costituiscano una ridotta percentuale della popolazione complessiva, danno ragione di più del 50% di tutte le IVG.

Tab.1.3.2: Donne assistite dell'ULSS 20 - Interruzioni volontarie di gravidanza -

	N. CASI DI DONNE CON CITTADINANZA ITALIANA	N. CASI DI DONNE CON CITTADINANZA STRANIERA	N. CASI TOTALI
2003	303 (45%)	368 (55%)	<b>671</b>
2004	340 (46%)	393 (54%)	<b>733</b>
2005 (primi 9 mesi)	204 (42%)	280 (58%)	<b>484</b>

## 1.4 La mortalità

### 1.4.1. la mortalità generale.

Per collocare correttamente la mortalità veronese va ricordato che "La popolazione del Veneto continua a godere di buone condizioni di salute, migliori che in passato.

Speranza di vita

Tra il 1955 e il 2000, la speranza di vita alla nascita si è allungata di 17 anni per gli uomini e di 20 anni per le donne. La speranza di vita alla nascita stimata per il 2001 è pari a 83,7 anni per le donne e 76,9 anni per gli uomini.

Il tasso di mortalità generale, rivela che la mortalità nel Veneto è diminuita passando da 141,2 a 107,31 per 10.000 residenti maschi e da 106,5 a 58,4 per le donne.

L'evoluzione del quadro epidemiologico, durante il XX secolo, ha comportato una drastica riduzione delle malattie infettive e la diffusione delle patologie non-trasmissibili, in particolare delle patologie neoplastiche e cardiovascolari, che da sole coprono oltre il 70% delle cause di morte.

Nonostante l'epidemia di AIDS iniziata a metà anni '80, i decessi per malattie infettive sono stati ridotti da quasi 12.000 all'inizio degli anni '30 a poco meno di 300 alla fine degli anni '90.

Diminuzione di mortalità

Le patologie non-trasmissibili hanno raggiunto il loro picco all'inizio degli anni '80.

La malattia ischemica del cuore e i disturbi circolatori dell'encefalo presentano un aumento della mortalità fino alla metà degli anni '70 e quindi una marcata diminuzione.

La diminuzione della mortalità per neoplasie, essendo più limitata ed iniziata più recentemente rispetto alle malattie cardiovascolari, si traduce in un incremento dell'importanza relativa dei tumori come causa di morte in entrambi i sessi.

A ciò contribuisce anche l'invecchiamento della popolazione in quanto l'incidenza e quindi la mortalità per neoplasie aumenta con l'età avanzata.

La neoplasia polmonare ha un'importanza prioritaria non solo per la sua frequenza attuale, che la colloca di gran lunga al primo posto come causa di morte per tumore nei maschi, ma anche per la sua evoluzione nel tempo in quanto risulta un fenomeno peculiare del ventesimo secolo.

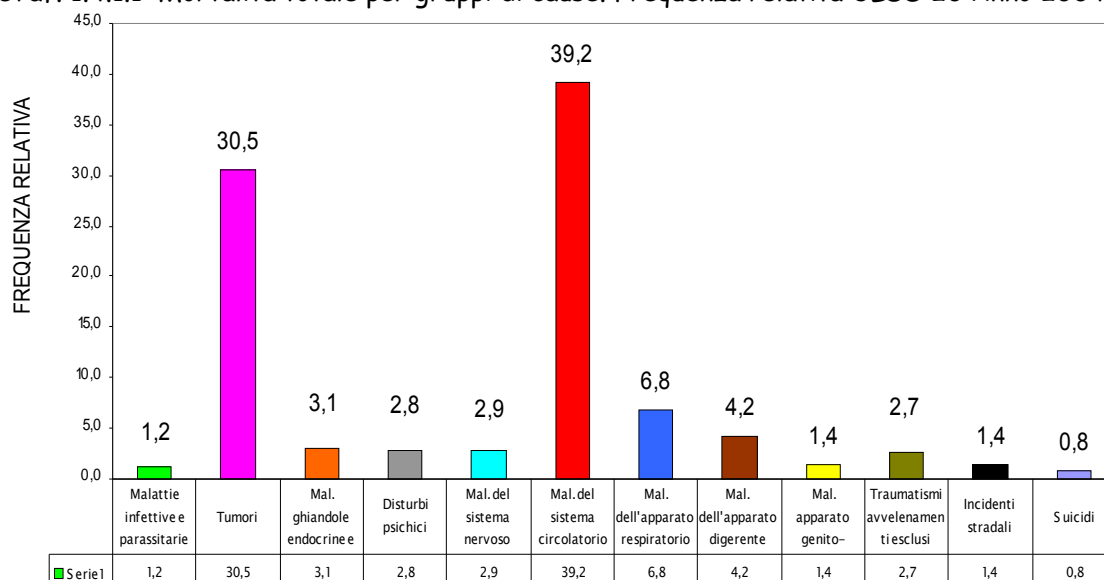
Questo tumore è tanto predominante nel quadro epidemiologico delle neoplasie da causare il doppio dei decessi determinati insieme da due tumori importanti come quelli della mammella e della prostata. La mortalità per neoplasia polmonare si è ridotta in modo importante soprattutto tra gli uomini oltre i 40 anni in seguito alla riduzione della popolazione fumatrice." (1)

<sup>1</sup> Tratto dalla Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto Anno 2002

Tab.1.4.1.1: Mortalità generale per grandi gruppi di cause nella popolazione dell'ULSS 20

CAUSE	2002		2003		2004	
	N° DECESSI	TASSO GREZZO	N° DECESSI	TASSO GREZZO	N° DECESSI	TASSO GREZZO
I - Malattie infettive e parassitarie	20	4,4	25	5,6	46	10,2
II - Tumori	1.249	274,6	1.285	286,9	1184	262,5
III - Mal. ghiandole endocrine e della nutrizione	122	26,8	131	29,2	119	26,4
V - Disturbi psichici	99	21,8	110	24,6	109	24,2
VI - Mal. sistema nervoso	130	28,6	148	33,0	112	24,8
VII - Mal. Sistema circolatorio	1.691	371,8	1.667	372,1	1523	337,6
VIII- Mal. apparato respiratorio	248	54,5	328	73,2	266	59,0
IX - Mal. apparato digerente	169	37,2	183	40,9	164	36,4
X - Mal. apparato genito-urinario	80	17,6	64	14,3	53	11,7
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	93	20,4	118	26,3	105	23,3
XVII - Incidenti stradali	61	13,4	52	11,6	56	12,4
XX - Suicidi	25	5,5	33	7,4	33	7,3
Altro	102	22,4	118	26,3	117	25,9
TOTALE	4.089	899,1	4.262	951,4	3887	861,7

Graf. 1.4.1.1: Mortalità totale per gruppi di cause. Frequenza relativa ULSS 20 Anno 2004.

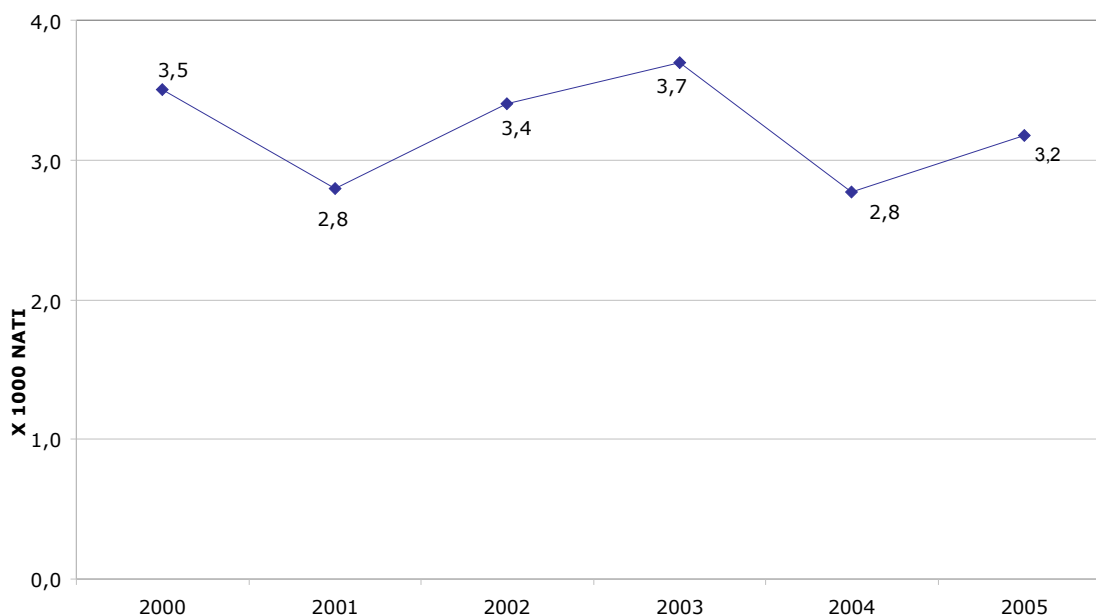


### 1.4.2. La mortalità infantile

La mortalità infantile dell'ULSS di Verona con il suo tasso molto ridotto (3,2/1000) conferma che la situazione socio-economica complessiva della nostra popolazione si colloca fra le migliori del mondo (Graf.1.4.2.1.)

Graf. 1.4.2.1: Tasso complessivo di mortalità infantile in nati da madri iscritte all'anagrafe assistiti dell'ULSS 20

Bassa mortalità infantile



Il tasso complessivo di 3,2‰ deriva dalla media del 3,4‰ dei nati da madre extracomunitaria e dal 3,1‰ di nati da madre italiana.

### 1.4.3 Mutamenti climatici e mortalità

Gli studi nazionali ed internazionali mirati alla verifica dell'influenza del clima sulla mortalità hanno dimostrato che a temperature ed umidità particolarmente elevate ("onda di calore") corrisponde un significativo aumento del numero dei decessi.

E' stato inoltre osservato che il fenomeno interessa non tanto i luoghi più caldi della terra quanto le zone a clima temperato in quanto il fattore scatenante è riconducibile al repentino aumento della temperatura e dell'umidità.

Inoltre queste condizioni si realizzano in modo più evidente negli agglomerati urbani.

Infatti le persone che vivono in città hanno un rischio maggiore di morire per condizioni di elevata temperatura (ed umidità), rispetto a coloro che vivono in ambiente suburbano o rurale.

Onde di calore e mortalità

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

I 7 fattori di rischio

Per i motivi sopra esposti la letteratura scientifica internazionale identifica il caso tipico del deceduto per eccesso di calore come un sogetto molto anziano, con patologia preesistenti, di condizione socioeconomica bassa, che vive da solo in una casa piccola ai piani alti priva di condizionamento.

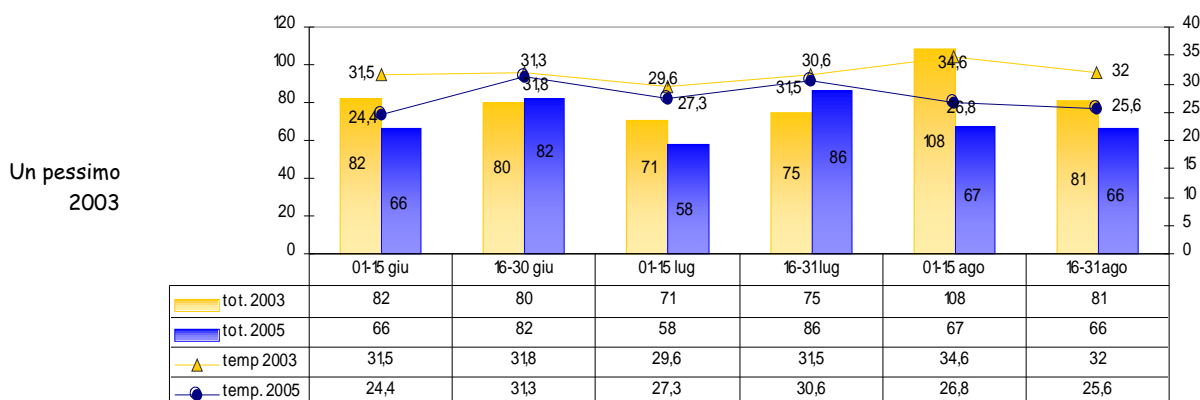
L'estate 2003 è stata particolarmente calda e umida ed ha visto un incremento notevole della mortalità negli ultrasessantacinquenni.

Nel mese di agosto 2003 la mortalità, in tale fascia di età, ha avuto un incremento del 63%: in tale periodo si è osservato un repentino aumento della temperatura che in tre giorni è passato da 31° a 37°.

Nel trimestre estivo del 2005 la mortalità è diminuita, rispetto al 2003, di circa il 14.5%, e se si considera solo il mese di agosto la diminuzione osservata è pari al 30%.

La differenza climatica fondamentale sta nel fatto che nel 2005 non si sono verificate le condizioni di grande disagio climatico che hanno caratterizzato, per prolungati periodi di tempo, l'estate del 2003.

Graf. 1.4.3.1: Periodi estivi anno 2003 e anno 2005: >65 anni residenti a Verona, deceduti a Verona e media delle temperature massime per periodo



Un pessimo 2003

#### 1.4.4 Mortalità evitabile

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

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

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

Tab.1.4.4.1: Mortalità evitabile prevenibile con gli screening oncologici ULSS 20

	2002	2003	2004	2005
<b>Cancro mammella</b>	<b>78</b>	<b>107</b>	<b>95</b>	<b>N.D.</b>
<b>Cancro colon</b>	<b>106</b> (57♂ e 49♀)	<b>103</b> (63♂ e 40♀)	<b>106</b> (59♂ e 47♀)	<b>N.D.</b>
<b>Cancro collo utero</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>N.D.</b>

Tab. 1.4.4.2 : Mortalità evitabile ULSS 20

	2002			2003			2004			2005		
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT
<b>Incidenti stradali</b>	48	15	<b>63</b>	44	8	<b>52</b>	44	12	<b>56</b>			
<b>HIV</b>	2	2	<b>4</b>	7	1	<b>8</b>	12	3	<b>15</b>			
<b>Overdose</b>	0	0	<b>0</b>	4	0	<b>4</b>	0	0	<b>0</b>			
<b>Intossicazioni da monossido di carbonio</b>	2	1	<b>3</b>	0	1	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>	3	2	<b>5</b>
<b>Infortuni sul lavoro</b>			<b>12</b>			<b>14</b>						

### Invalidità

#### Invalidi Civili

Nel corso del 2005 sono state effettuate 11.668 visite (1.404 in più rispetto allo scorso anno) e sono pervenute 13.700 domande (+ 1.050 solo a Verona).

+ 1050  
domande di  
invalidità  
+ 1404 visite

I tempi di attesa purtroppo sono notevolmente aumentati a causa sia dell'aumento del numero dell'istanze sia dei limiti di carattere organizzativo imposti dalla DGR 3126/2004, già riportata nella relazione sanitaria dello scorso anno. Nel corso del corrente anno sono stati raggiunti tempi di attesa pari a 15 mesi.

Viste le conseguenti ripercussioni sull'utenza già socialmente svantaggiata il Direttore Amministrativo della nostra ULSS è intervenuto disponendo il ripristino delle modalità operative preesistenti alla DGR. Grazie a questo e alla fattiva collaborazione del personale medico ed amministrativo delle Commissioni invalidi i tempi di attesa si sono ridotti a 6 mesi.

Attesa di 6  
mesi

E' presumibile che entro il primo semestre 2006 i tempi di attesa vengano significativamente ridotti finì a raggiungere i livelli ottimali del 2004.

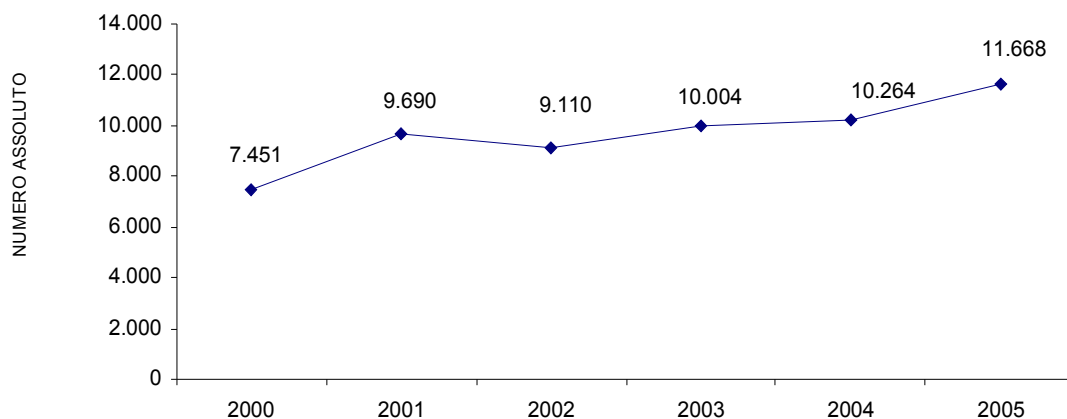
Tab.n.1.5.1: Visite di invalidità civile nelle sedi di Verona e Colognola ai Colli

	VERONA	COLOGNOLA AI COLLI
<b>INVALIDI CIVILI</b>	<b>4.613</b>	<b>1.887</b>
Legge 104/92	<b>2.834</b>	<b>959</b>
Legge 68/99	<b>675</b>	<b>357</b>
COMM. PROVINCIALE CIECHI	<b>338</b>	-
COMMISSIONE SORDOMUTI	<b>5</b>	-
<b>TOTALE</b>	<b>8.465</b>	<b>3.203</b>

Permane rilevante il numero delle richieste per la Legge 104 motivate dai benefici ottenuti dalla certificazione di portatore di handicap ed il numero di richieste correlate all'applicazione della normativa sul collocamento mirato, L. 68/99. Il numero di visite totali per la L. 104/92 e per la L.68/99 è pari a 4.825 (+ 1.268 rispetto allo scorso anno). Permane l'apprezzamento da parte dell'utenza relativamente alla possibilità di consegnare le domande d'invalidità presso le sedi dei distretti, oltre che nelle sedi storiche.

Rilevante il  
numero di  
richieste per  
la L. 104  
e L. 68

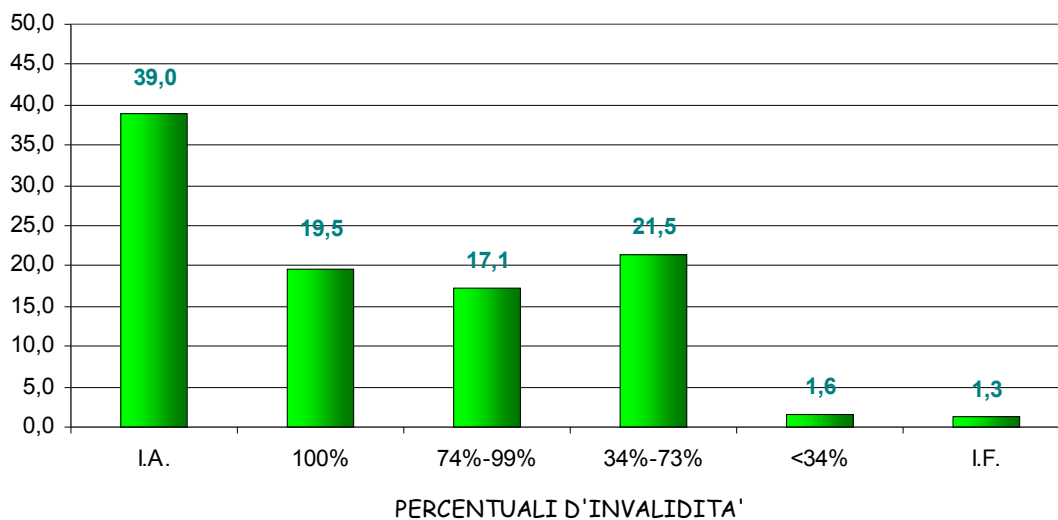
Graf.n.1.5.1: Invalidità civile: visite effettuate dal 2000 al 2005



La fascia di popolazione maggiormente rappresentata è quella tra i 76 e gli 80 anni. Circa il 76% del campione esaminato è stato riconosciuto invalido civile con percentuale pari o superiore al 74%, il 21,5% circa è stato riconosciuto invalido con percentuale inferiore al 74% e il 1,6% non è stato riconosciuto invalido civile (Graf. n.1.5.2)

Graf. n.1.5.2: Visite invalidità civile anno 2004: esiti dei controlli

(I.A.= indennità di accompagnamento I.F.= indennità di frequenza)



La patologia cardiovascolare è quella che risulta essere più frequentemente causa di invalidità, seguono le malattie osteoarticolari, le malattie neurologiche, la demenza, e i tumori.

## 2. L'AMBIENTE

### 2.1 Inquinamento atmosferico

#### Effetti sanitari

E' noto che la cattiva qualità dell'aria respirata incide pesantemente sulle condizioni di salute della popolazione. Non si tratta solo di effetti acuti, quali quelli evidenziati dallo studio MISA2, ma anche di effetti cronici quali: incremento di rischio per la mortalità naturale, malattie croniche dei bambini, riduzione dell'aspettativa di vita (ogni incremento di polveri PM 2,5 pari a  $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$  ridurrebbe l'aspettativa di vita di un periodo superiore ad un anno) (Air Quality Guidelines for Europe Second Edition- World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen).

PM10

L'esposizione ad inquinanti atmosferici coinvolge in diversa misura tutta la popolazione, con particolare rilievo per le persone che vivono nelle zone maggiormente urbanizzate, specialmente in prossimità di industrie insalubri o di strade trafficate. La pericolosità delle emissioni veicolari è maggiore per i motori diesel (Caratterizzazione chimica e tossicologica delle emissioni da carburanti alternativi per il trasporto pubblico nelle aree urbane L. Turrito Baldassarri et al Notiziario dell'Istituto Seriore di Sanità n°10 ottobre 2005) e, secondo dati recenti, anche per le moto con motori a due e quattro tempi (Influence of Mobile Air-Conditioning on Vehicle Emissions and Fuel Consumption: A Model Approach for Modern Gasoline Cars Used in Europe Weilenmann, M. F.; Vasic, A.-M.; Stettler, P.; Novak, P. Environ. Sci. Technol.; (Article); 2005; 39(24); 9601-9610).

L'appartenere a categorie suscettibili (bambini, anziani, malati) può potenziare gli effetti avversi dell'inquinamento atmosferico sulla salute.

Gli effetti sanitari sui bambini sono all'attenzione anche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (Effects of air pollution on children's health and development A review of the evidence WHO Europe 2005). I bambini che vivono in prossimità di strade trafficate presentano un maggior numero di malattie respiratorie. Esposizioni croniche ad elevate concentrazioni di inquinanti sono associate con un minor sviluppo polmonare nei bambini e con una ridotta funzionalità respiratoria. La compromissione polmonare che si presenta nella popolazione infantile è mediamente modesta, tuttavia una piccola quota di bambini più suscettibili sviluppa anomalie consistenti nella funzione polmonare.

Bambini e inquinamento

L'OMS afferma esplicitamente che una riduzione dei correnti livelli di inquinamento atmosferico, specialmente quello dovuto al traffico, porterebbe benefici sostanziali alla salute respiratoria dei bambini, soprattutto di quelli più suscettibili.

#### Valutazione dell'esposizione a Verona

Nel corso del 2005 si sono registrati in città 222 superamenti del valore limite di  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$  di PM10, con una media annuale registrata nella stazione di C.so Milano pari a  $66 \mu\text{g}/\text{m}^3$  ed una media di  $41 \mu\text{g}/\text{m}^3$  a Cason. Da questi dati (ricavati dal sito web dell'ARPAV) emerge che le concentrazioni medie annuali nella stazione di C.so Milano non sono migliorate rispetto all'anno precedente, essendo il valore medio del 2004 pari  $65 \mu\text{g}/\text{m}^3$ . Dalla documentazione disponibile non è peraltro possibile ricavare alcuna indicazione in merito alla quota di popolazione esposta alle suddette concentrazioni, molto diverse tra di loro. E' quindi necessario misurare o stimare i livelli di esposizione della popolazione del comune di Verona e degli altri comuni dell'ULSS per quantificare gli effetti sanitari attesi. In linea di massima è ipotizzabile che la popolazione del comune capoluogo sia esposta ad un valore di PM10 intermedio tra quelli sopra ricordati di C.so Milano e di Cason.

222  
superi

Case a  
bordo  
strada

Da ultimo si ricorda che la qualità dell'aria outdoor si riflette su quella indoor. Stando a quanto comunicato dall'ARPAV le abitazioni più inquinate sono quelle a bordo strada e le concentrazioni degli inquinanti nell'ambiente domestico possono superare quelle esterne.

### **Gestione della qualità dell'aria**

Le indicazioni della OMS (Comunicato stampa EURO/08/05 Berlino Copenhagen, Roma, 22 giugno 2005) sono perentorie: "Le attività per la gestione della qualità dell'aria a livello locale, regionale e nazionale vanno integrate allo scopo di migliorare la qualità dell'aria nelle città. Adottare misure come quelle per la gestione del traffico o la progettazione delle aree urbane ad un livello unicamente locale, potrebbe rivelarsi molto efficace per la riduzione dell'esposizione di coloro che vivono nei "punti caldi", ma non altrettanto per la protezione della società tutta". I punti caldi, naturalmente, non sono solo quelli dovuti all'elevato traffico veicolare ma possono dipendere anche dalla presenza di industrie o situazioni inquinanti (stazioni di mezzi pesanti, parcheggi, aeroporti, forni inceneritori, ecc).

Targhe  
alterne

- Anche durante il 2005 il Comune di Verona ha adottato misure di blocco totale o parziale della circolazione degli autoveicoli. Sulla reale efficacia di questi provvedimenti continuiamo ad esprimere le forti perplessità più volte manifestate.

Va, inoltre, tenuto conto che queste misure recano un disagio accentuato alle fasce più deboli della popolazione.

- Sensibile, invece, la limitazione del traffico veicolare nel centro cittadino ottenute limitandone l'accesso .

Censire  
le fonti

Dai dati finora rilevati è ormai chiaro che l'inquinamento atmosferico è un problema grave e di lunga durata che non può essere affrontato con interventi di emergenza.

Fra le cose prioritarie da fare riteniamo vada attivato un attento censimento delle sorgenti di inquinamento che consenta, fra l'altro, di definire il peso delle fonti di inquinamento industriale ed in primo luogo quello della Riva Acciai.

### **Campi elettromagnetici (CEM)**

Antenne  
dei  
cellulari e  
psicosi di  
massa

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento senza precedenti del numero e delle varietà di sorgenti di campi elettrici e magnetici o elettromagnetici (CEM) utilizzati per scopi personali, medici, industriali e commerciali. Tra tali sorgenti sono comprese radio, televisione, computer, telefoni cellulari, forni a microonde, radar e apparecchiature per uso industriale, medico e commerciale.

Tutte queste tecnologie che hanno arricchito e semplificato la nostra vita hanno portato con sé nuove preoccupazioni circa i possibili rischi associati ai campi elettromagnetici che esse emettono.

Tali preoccupazioni sono state sollevate soprattutto in merito alla sicurezza dei telefoni cellulari e relative stazioni di base, sorgenti di campi a radiofrequenze (RF) ed hanno assunto dimensioni sconcertanti fra la popolazione.

I numerosi dati scientifici attualmente disponibili indicano, in realtà, che, pur essendovi (come sempre) delle lacune nelle conoscenze che richiedono di proseguire l'attività di ricerca, sussistono evidenze convincenti che l'esposizione a RF non induca o favorisca il cancro né altre forme patologiche.

Per l'approfondimento dei rischi sanitari connessi con l'esposizione a CEM si rimanda al sito (<http://prevenzione.ulss20.verona.it>).

## 2.2 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali sono uno dei principali problemi in sanità pubblica tanto da costituire una priorità nei programmi di prevenzione sia nazionali che europei.

Il trasporto su strada è infatti di gran lunga il più pericoloso: ogni anno in Europa si contano più di 40.000 vittime. Per tale motivo è stato un programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003-2010) con l'obiettivo finale di ridurre di almeno il 50% il numero delle vittime entro il 2010. Le azioni previste dal programma sono:

- rafforzamento dei controlli stradali
- ricorso a nuove tecnologie per la sicurezza
- miglioramento delle infrastrutture stradali
- azioni tese a migliorare il comportamento degli utenti

In Italia nel 2004 vi sono stati 224.553 incidenti con 316.630 feriti e 5.625 morti, che corrispondono a 615 incidenti, 867 feriti e 15 morti per ciascun giorno dell'anno. Nello stesso anno nel Veneto le vittime degli incidenti stradali sono state 542. Nell'ULSS 20, nel 2004, i decessi sono stati 56.

542  
morti in  
Veneto  
56 morti  
nell'ULSS  
20

Un terzo delle vittime sono giovani: gli incidenti stradali rappresentano infatti la prima causa di morte nella fascia d'età tra 15 e 24 anni.

Un problema che sta emergendo in modo drammatico è il costante aumento del numero di morti per incidenti che vedono coinvolti ciclomotori e moto. Secondo i dati ISTAT, elaborati dall'ASAPS (Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale), negli ultimi 10 anni le vittime di questo segmento sono in costante crescita, nonostante l'avvento del casco anche per i ciclomotoristi adulti (1998) e l'adozione della patente a punti (2003). In Italia dal 1995 al 2004 si sono contati fra i dueruotisti 13.429 morti e 786.985 feriti, cifre come quelle di una guerra. Se nel 1994 si contavano 1.178 vittime nel 2004 si è toccata quota 1.552 (+ 31,7%). I feriti sono passati da 62.381 a 90.035 (+44,3%). In pratica il 27,6% dei morti sulle strade e il 28,4% dei feriti viaggiava sulle due ruote.

Se la patente a punti ha dato i suoi primi buoni risultati sull'incidentalità stradale in generale, non altrettanto si può dire per le due ruote. L'Italia è prima assoluta in Europa nella graduatoria delle vittime, seguita da Francia, Germania e Spagna.

I dati dell'incidentalità nel Comune di Verona confermano questa tendenza: nel 2003 in più della metà degli incidenti mortali era coinvolto un motociclo o un ciclomotore con conseguenze gravi a carico dei motociclisti che rappresentano ovviamente un'utenza vulnerabile.

Per prevenire le conseguenze sanitarie e sociali legate all'incidente stradale la Regione del Veneto ha varato nel 1998 il "Programma Triennale di Prevenzione dei Traumi da Traffico".

La strategia regionale si è sviluppata in iniziative di formazione dei tecnici delle autoscuole, corsi di miglioramento della guida negli autotrasporti, corsi per tecnici delle aziende ULSS incaricati di vagliare i Piani Regolatori Generali locali, diffusione periodica dei dati epidemiologici relativi ai traumi da traffico, analisi epidemiologica sui fattori di rischio dei traumi stradali con particolare riferimento all'uso dei dispositivi di sicurezza (cinture anteriori e posteriori, seggiolini per bambini, caschi) iniziative di formazione nella scuola, rilevazione dell'uso delle cinture di sicurezza.

In collaborazione con la Polizia Municipale di Verona, il Dipartimento ha realizzato un servizio televisivo denominato "La strada non è tua!" con lo scopo di aumentare il rispetto nei confronti degli altri utenti della strada, in particolare i pedoni. Le "pillole di informazione" vanno in onda per tutto l'anno sulle principali reti televisive locali e regionali.

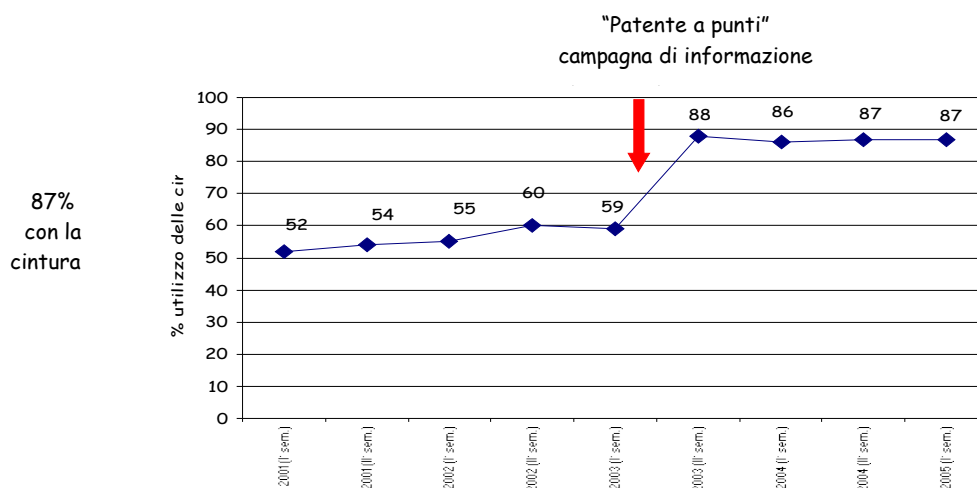
La strada  
non è tua!

Interventi di informazione/educazione rivolti ai giovani sono stati attuati in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, il 118 e la Polizia Stradale nelle classi quarte delle scuole superiori di Verona e provincia. L'obiettivo principale è quello di far conoscere ai giovani le dimensioni del fenomeno ma soprattutto alcuni fattori di rischio legati a comportamenti scorretti quali la guida in stato di ebbrezza alcolica o dopo assunzione di sostanze stupefacenti.

Nell'ambito del progetto Ulisse, condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, si è constatato che indossare il casco in motocicletta è diventata un'abitudine consolidata.

100% con casco  
 Nel 2005 nel corso delle rilevazioni mensili è risultato che a Verona su un totale di 2.266 osservazioni praticamente il 100% dei motociclisti portava il casco, confermando i dati già rilevati negli anni recedenti. Rimane elevata anche la percentuale di utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili anteriori (Graf. 2.2.2)

Graf. 2.2.2: Comune di Verona 2001-2005. Percentuale d'uso delle cinture anteriori



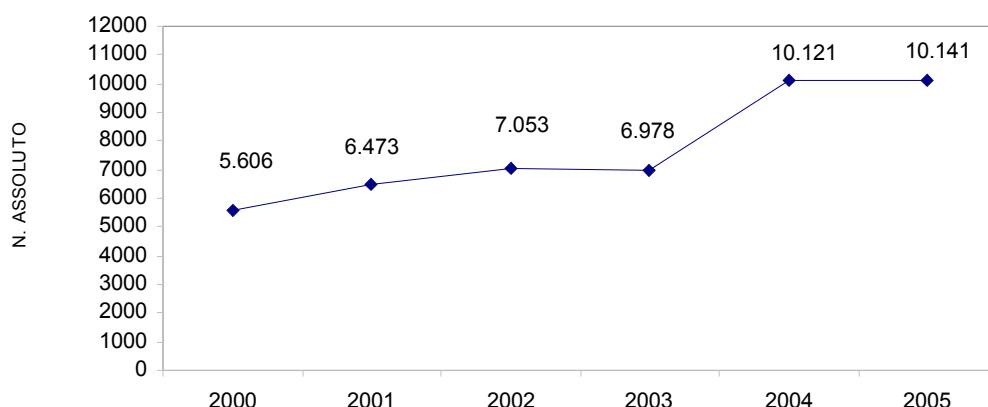
### 2.2.1 controllo sulle patenti di guida

#### Commissione Medica Locale

40 giorni di attesa  
 Negli ultimi anni il numero di richieste di visita medica da effettuarsi presso la CML è progressivamente aumentato, con una impennata a partire dal luglio 2003. Nel 2005 si è invece osservata una diminuzione delle domande pervenute che sono risultate pari a 9.948. Il calo è stato determinato dalla diminuzione delle revisioni disposte dall'Ufficio Territoriale del Governo conseguente ad una riduzione dei controlli effettuati su strada dalle Forze dell'Ordine.

Il numero delle persone visitate nel 2005 è sovrapponibile a quello del 2004 con una ulteriore diminuzione dei tempi di attesa che attualmente sono di 40 gg.

Graf.2.2.1.1: Numero utenti visitati dal 2000 al 2004 dalla Commissione patenti di Verona



Gli utenti hanno inoltre apprezzato l'innovazione della modalità di prenotazione, che attualmente può essere effettuata anche a mezzo posta, e la possibilità di reperire sul sito del Dipartimento di Prevenzione tutte le informazioni relative alla Commissione Patenti e i modelli per inoltrare la domanda di visita medica.

Prenotazioni per posta

Difficoltà invece vengono ancora lamentate per ottenere informazioni telefoniche. Tale servizio istituito da circa due anni risulta purtroppo ancora carente a causa sia delle numerosissime telefonate che dell'impossibilità di adibire a tale attività un numero adeguato di operatori.

Difficile telefonare

Continua l'esperienza della sede "satellite" di Legnago avviata per agevolare gli utenti dell'area della ULSS 21 che richiedevano una maggiore vicinanza territoriale della CML ed una riduzione dei tempi di attesa. Per difficoltà di carattere organizzativo locali il numero delle visite effettuate è rimasto piuttosto esiguo.

Anche quest'anno permane elevato il numero di utenti che dopo aver prenotato la visita non effettua gli accertamenti prescritti o non si sottopone alla visita stessa (oltre 400).

Questo ha determinato, come negli anni passati, significativi problemi di gestione. Di fatto infatti il numero dei visitati è risultato notevolmente inferiore al numero dei prenotati.

#### **CML: Epidemiologia e Prevenzione.**

Il numero dei fattori di rischio implicati nella genesi di un incidente stradale è alto. Tali fattori sono stati ricompresi in tre aree: uomo, ambiente, veicolo. Gli studi effettuati hanno dimostrato che il 70% degli incidenti stradali è da attribuire a fattori umani, il 20% a fattori ambientali, il 10% a fattori legati al veicolo.

Troppo alcool

I fattori umani più frequentemente implicati sono l'assunzione di sostanze psicoattive, deficit vista, malattie cronico generative, disturbi del comportamento. L'assunzione eccessiva di alcool inoltre è stata riconosciuta come principale causa nel 50% degli incidenti stradali mortali o gravi (feriti con rilevanti danni permanenti).

Gli interventi preventivi si sostanziano fondamentalmente in due sottocategorie:

1. controlli su strada effettuati dalle Forze dell'Ordine;
2. azione sanitaria.

Gli interventi preventivi

Le linee principali di azione nel settore sanitario comprendono:

- il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche,
- l'analisi dei principali fattori di rischio,

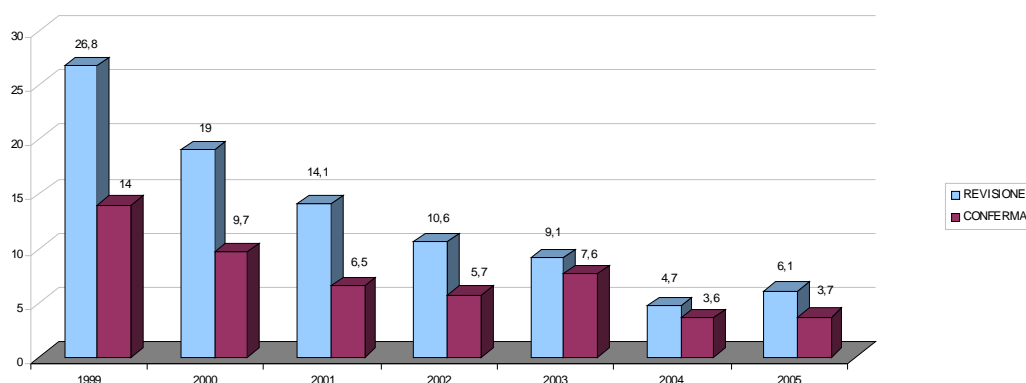
- l'attività di controllo dei fattori di rischio di natura sanitaria,
- il potenziamento della attività di prevenzione che include la promozione della salute attraverso l'implementazione di stili di vita sani e la modifica dei comportamenti inadeguati.

Nelle ultime due azioni si inserisce l'attività della CML.

16% non idoneo alla guida per alcool

La commissione infatti non si limita all'espressione di un giudizio di idoneità alla guida ma effettua un'opera di educazione sanitaria. Dal 1999 al 2003 in media il 16% dei soggetti sottoposti a visita per revisione per guida in stato di ebbrezza alcolica è stato riconosciuto non idoneo alla guida per dimostrata dipendenza o abuso in atto di sostanze alcoliche; oltre il 90% di tali soggetti ad una seconda visita è stato riconosciuto idoneo, per avvenuto miglioramento dei rilievi clinici e di laboratorio e nei controlli successivi ha dimostrato di mantenere nel tempo adeguati stili di vita.

Graf. 2.2.1.2: Soggetti visitati in CML per alcool riconosciuti non idonei - confronto % su popolazione omologa: visite per revisione - visite per conferma



L'esame del grafico dimostra una tendenza al calo della percentuale dei soggetti riconosciuti non idonei, visitati per problematiche correlate all'assunzione di sostanze alcoliche, con un modesto aumento dei non idonei sottoposti a revisione. Pur necessitando tale dato di ulteriori conferme, si può ipotizzare che gli interventi preventivi effettuati a diversi livelli abbiano prodotto un buon risultato.

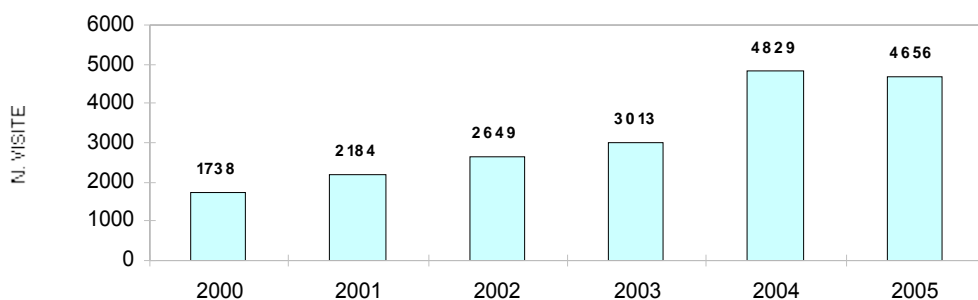
Corsi per recidivi per alcool

Ogni utente visitato riceve informazioni dettagliate circa i danni che l'assunzione protratta ed eccessiva di alcool produce su l'organismo umano ed i pericoli connessi con la guida in stato di ebbrezza. Coloro che risultano affetti da sindrome da dipendenza alcolica o che presentano segni o sintomi da abuso cronico di alcool sono avviati ai Servizi Territoriali di Alcologia per un percorso terapeutico - riabilitativo. Inoltre tutti i recidivi per l'art. 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza alcolica) devono frequentare un corso educativo di 2/3 giornate, predisposto appositamente dai Servizi Territoriali di Alcologia, incentrato sull'argomento alcool e guida.

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

I soggetti con problemi alcool-correlati (4656) rappresentano il 49.5% del totale delle persone visitate. 49,5%  
con  
problemi  
di alcool

Graf.2.2.1.3: Numero utenti visitati in CML dal 2000 al 2005 per patologie alcool correlate

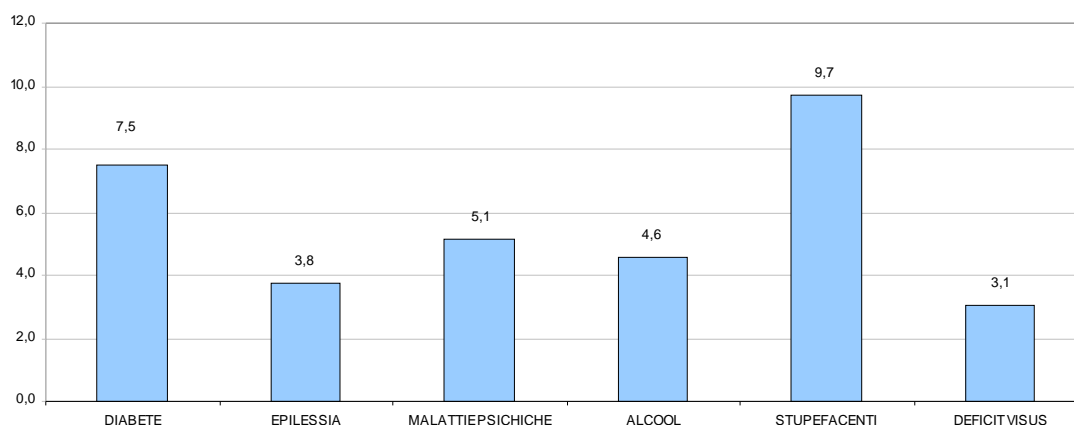


Quest'anno il numero totale (revisione/rilascio/conferma di patente) di soggetti visitati in CML per problemi alcool correlati è leggermente diminuito ( - 173) (Grafico n.2.2.1.3) rispetto allo scorso anno, per le motivazioni sopra esposte.

L'attività di educazione sanitaria e di prevenzione, anche se in forma più contenuta, è comunque rivolta a tutti gli altri utenti.

Viene confermato il dato che riguarda l'elevata percentuale di soggetti diabetici diabetici riconosciuti non idonei 7,5% (grafico n. 2.2.1.4). Permane sempre alto anche il numero di soggetti visitati per problemi correlati all'uso di sostanze stupefacenti: 9.7%.

Graf. 2.2.1.4: % di soggetti visitati in CML riconosciuti non idonei nell'anno 2005 confronto % su campione omologa .



Sempre alta la percentuale di non idonei per stupefacenti

Se si prendono in esame i soggetti sottoposti a revisione perché fermati alla guida in condizioni di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti, la percentuale di non idonei è

del 14.5 % (8 non idonei su 55 visitati), valore inferiore a quello dello scorso anno, ma pur sempre estremamente rilevante. Il dato assume connotazioni serie se si considera che i controlli sull'uso di sostanze stupefacenti effettuati su strada dalle Forze dell'Ordine, per problemi tecnici, sono estremamente esigui, di gran lunga inferiori rispetto a quelli effettuati per l'alcool.

### 2.3 riassetto urbanistico

Le condizioni fisiche e sociali delle città possono avere un ruolo determinante nel favorire la salute, il benessere e la qualità della vita.

Una delle priorità del nostro tempo è quella di stimolare, insieme agli altri soggetti coinvolti nella pianificazione territoriale, soluzioni urbanistiche che possano promuovere in modo positivo il nostro benessere fisico e mentale.

Salute e  
città

Per raccogliere questa sfida è tuttavia necessario dotarsi di una visione strategica che comprenda i molti aspetti che caratterizzano lo stato di benessere di una popolazione.

Come ricorda A. Tsouros: "C'è molta evidenza scientifica, per esempio, sul fatto che amplificando il capitale sociale, ovvero la coesione sociale di una comunità, si possa produrre un impatto positivo sulla reale (globale) salute di quella comunità." (Agis Tsouros direttore del Centro per il programma salute urbana OMS Copenhagen)

Valutazione  
sanitaria  
degli  
strumenti  
urbanistici

In tal senso va letto il contributo che questo dipartimento può dare nella fase di concertazione e partecipazione richiesta dalla nuova legge regionale urbanistica (LR 11/04 Norme per il governo del territorio - art. 5) e nella redazione della VAS (redazione del rapporto ambientale - art. 4).

La valutazione del rischio sanitario, e prima ancora quella di impatto sanitario, rappresentano un parametro essenziale di riferimento in fase di esame degli strumenti urbanistici. Le ricadute sanitarie di un intervento possono riguardare aspetti tradizionali (rischi infettivi o tossicologici connessi all'approvvigionamento idrico, ai sistemi fognari o allo smaltimento dei rifiuti) o malattie emergenti. Tra queste ricordiamo in particolare le malattie cronico-degenerative che sono correlate a stili di vita individuali (fumo, alimentazione, sedentarietà) ma sono anche influenzate dalle caratteristiche dell'ambiente urbano (es. disponibilità di zone verdi, aree pedonali, piste ciclabili, spazi di aggregazione, servizi e trasporti pubblici, ecc.).

Piani di  
Assetto  
Territoriale

Nel corso del 2005 sono stati espressi i pareri su vari strumenti urbanistici:

- proposta di PAT del comune di Verona e piano commerciale
- documento preliminare al PAT comune di S.Giovanni Lupatoto
- documento preliminare al PATI comuni di Belfiore/Caldiero/Cognola ai colli/Lavagno

Sono inoltre in corso di valutazione i documenti preliminari relativi al PATI dei comuni di Veronella/Zimella e al PAT del comune di S.Martino BA.

E' in fase di costruzione un coordinamento provinciale per affrontare in modo omogeneo le problematiche urbanistiche nelle ULSS 20/21/22.

Si riportano a titolo esemplificativo alcuni aspetti e standard qualitativi specifici per i vari sistemi da considerare nel processo di valutazione degli strumenti urbanistici:

- sistema insediativo: disponibilità di spazi verdi fruibili, isole pedonali, percorsi ciclopedonali, impianti sportivi e percorsi per l'attività motoria; disponibilità di esercizi commerciali, servizi e scuole raggiungibili a piedi; localizzazione degli edifici

rispettosa degli standard e delle fasce di rispetto ambientali (elettrorodotti, allevamenti zootecnici intensivi, infrastrutture, ecc); la progettazione edilizia dovrebbe essere rispettosa dei parametri di salubrità (orientamento, corretto soleggiamento, tipologia edilizia individuata anche come regolatore climatico, livelli prestazionali di protezione al rumore, ecc)

- sistema produttivo: valutazione della compatibilità delle industrie insalubri nel contesto urbano, compreso l'impatto del traffico indotto; valutazione del grado di pressione delle strutture produttive e dei grossi centri commerciali che il territorio può sostenere sia in relazione alle ricadute ambientali (inquinamenti acustico e atmosferico, emissioni moleste, impatto viabilistico, ecc) che agli stili di vita
- mobilità: adozione di misure per la moderazione del traffico (soprattutto in ambito urbano) e incentivazione del trasporto pubblico locale raccordato con i sistemi provinciale e regionale; individuazione di reti ecologiche intese come ambiti ciclopedonali che attraversano e collegano siti urbanizzati e naturali di valore, ma anche aree a servizi (scuole, centri di interessi e luoghi della socialità, mercati, uffici pubblici, ecc).

### 2.3.1 Riqualficazione urbanistica

Gli interventi di riqualficazione urbanistica sono una grossa occasione per intervenire in contesti degradati già urbanizzati al fine di ripristinare gli standard urbanistici e i requisiti di qualità. I nuovi strumenti urbanistici permettono di agire sulle aree trasformabili all'interno del tessuto urbano e ciò consente di configurare situazioni più vivibili.

Il PAT di Verona prevede numerose aree di trasformabilità, con interventi sia in aree estese che in siti puntuali: zona delle caserme, area di "Verona Sud", zona della "Riva Acciai" , ex seminario di S. Massimo, ecc. E' già in fase di avanzata definizione la variante al Piano regolatore relativa a Verona Sud, per la quale il Dipartimento ha chiesto la nascita in un grande parco urbano e di un nuovo polo scolastico che decongestionino il centro storico.

I parchi urbani rappresentano un'opportunità straordinaria per migliorare la qualità dell'ambiente e lo stato di salute della popolazione. In uno studio condotto a Tokyo che ha valutato l'associazione tra presenza di aree verdi vicino alla casa di residenza e la sopravvivenza di 3.144 anziani, è emerso che la probabilità di sopravvivere a 5 anni è direttamente proporzionale allo spazio disponibile per camminare, al numero di parchi e di strade alberate vicino al domicilio, alle ore di esposizione al sole della casa e alla volontà di continuare a vivere nella stessa comunità. (Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces Takano T et al. J Epidemiol Community Health. 2002;56:913-8).

Parchi  
urbani

I parchi urbani svolgono anche un'efficace azione di mitigazione del fenomeno dell'isola di calore, caratteristico dei centri urbanizzati, favorendo la ventilazione e contribuendo all'abbassamento della temperatura dell'aria.

Isole di  
calore

Particolarmente efficace risulta l'effetto refrigerante degli alberi i quali raffreddano l'ambiente non solo mediante l'evapotraspirazione da parte delle foglie ma anche attraverso l'ombra proiettata al suolo, effetto tanto maggiore quanto più ampia risulta l'estensione delle superfici alberate rispetto all'area complessiva della città.

Un nuovo polo scolastico

Importante quanto la progettazione è la gestione del parco urbano che dovrà sempre garantire la fruibilità dello stesso da parte dei cittadini in condizioni di sicurezza, circostanza che si può realizzare solo in presenza di un'accurata previsione delle funzioni dell'area. Una delle possibilità per garantire questa fruibilità, che risolve anche il problema della carenza di spazi di qualità di alcuni istituti scolastici superiori cittadini, potrebbe essere la realizzazione all'interno dell'area "Verona Sud" di un polo scolastico. Questa scelta appare quanto mai necessaria viste alcune criticità che coinvolgono varie scuole superiori:

Attrattori di traffico

- edifici costruiti con criteri e destinazioni diverse dall'uso scolastico e difficilmente adeguabili
- problemi "cronici" di sovraffollamento con distribuzione dei ragazzi in più sedi
- carenti condizioni generali di manutenzione con problemi di sicurezza nell'ambito della prevenzione incendi e di scarso decoro dell'edificio scolastico
- scuole difficilmente raggiungibili dai ragazzi per problemi di viabilità e che non sempre garantiscono condizioni di piena sicurezza durante l'accesso e l'uscita dalla scuola

Metà studenti da fuori città

- difficoltà di raggiungere gli edifici scolastici con mezzi pubblici e privati da parte degli studenti che provengono dalla provincia e che rappresentano più della metà del totale: nell'anno scolastico 2004/2005 su 16.117 studenti frequentanti le scuole superiori pubbliche di Verona 8.747 erano residenti nei comuni della provincia.

Ci sembra perciò necessario che venga previsto, nell'ambito dell'intervento, un polo scolastico di qualità, con un'area scoperta di dimensioni ben al di sopra degli standard minimi e che faccia parte del sistema del verde previsto dalla variante. Il polo dovrebbe essere dotato di strutture per lo svolgimento di attività culturali, sportive e ricreative fruibili dai ragazzi anche oltre l'orario scolastico ed a servizio non solo della scuola ma progettate anche per ambiti extrascolastici.

## 2.4 Ambiente /società

### 2.4.1 Il problema della casa

Casa = salute

L'abitazione costituisce uno dei determinanti fondamentali per una buona salute.

Ne consegue che le carenze relative costituiscono un pesante fattore di rischio per il singolo e, in caso di situazioni allargate, per il contesto sociale di inserimento.

All'interno di questa graduazione di entità di rischio, coloro che sono del tutto privi di casa costituiscono una sottopopolazione che presenta un rischio particolarmente accentuato.

In mancanza di aggiornati studi italiani, riporto alcuni degli esiti di un rapporto redatto in Inghilterra nel 1998 da una commissione indipendente su richiesta del governo laburista.

•La popolazione che è priva di casa ed, in particolare, quella che dorme per strada è caratterizzata da tassi di mortalità molto elevati.

•L'abitazione è un prerequisito per la salute.

•I soggetti che sono "single" e senza casa soffrono di rischi più elevati di malattie mentali, bronchiti, tubercolosi, artriti, dermatiti, infezioni, problemi legati all'alcool e a sostanze stupefacenti ed hanno tassi di ospedalizzazione più elevati.

•Una bassa qualità di abitazione è associata ad una bassa qualità di salute.

•Un'indagine del 1988 ha evidenziato che il 25 % della popolazione anziana riscalda l'abitazione meno di quanto desidererebbe per risparmiare sul combustibile. (2)

Ne consegue che "Le misure per migliorare la salute pubblica che riguardano semplicemente l'alloggio, il fumo e il cibo non hanno il prestigio della medicina altamente tecnologica, ma

<sup>2</sup> Independent Inquiry into Inequalities in Health, Report. Chairman: Sir Donald Acheson, 1998.

ciò che perdono in brillantezza lo guadagnano in impatto potenziale sulla salute, proprio perché esse si occupano delle cause più importanti delle malattie e delle infermità mentali"<sup>(3)</sup>

Quello  
che  
serve

In Italia lo Studio longitudinale nella città di Torino (G.Costa) che valuta l'andamento di numerosi determinanti di salute nella popolazione, tra cui quelli specifici della casa (superficie, servizi igienici, riscaldamento, titolo di godimento,...), ha evidenziato che la mortalità cresce con il disagio abitativo: tra gli uomini la mortalità nelle case più disagiate è quasi il doppio di quella nelle case più agiate. Eccessi significativi di mortalità riguardano anche gli abitanti di case con servizi inadeguati, di case in affitto con un solo bagno con superficie abitativa medio piccola. Viceversa risultano protetti dal rischio di morte gli abitanti di alloggi in proprietà, con una protezione crescente al crescere della superficie e della qualità dei servizi.

### **I "senza casa"**

Un'indagine sul campo condotta nell'aprile 2005<sup>(4)</sup> ha evidenziato che a Verona sono più di 200 le persone che si trovano in modo permanente in condizioni di disagio abitativo estremo.

Disagio  
abitativo  
estremo

La disponibilità di ricovero di emergenza messi a disposizione in città, ammonta a circa 200 posti.

Sono stati intrapresi gli interventi di ristrutturazione dell'asilo notturno Camploy residui necessari per le carenze sotto il profilo strutturale e di sicurezza. La nuova struttura, seppure ancora di notevoli dimensioni, faciliterà sicuramente una gestione più rispettosa degli ospiti.

La mancanza di un ricovero di emergenza specie nel periodo invernale o in notti di pioggia è un rischio sanitario grave.

Nel maggio 2004, in città, è morto Joan Suciù, un immigrato rumeno di 45 anni, che aveva trovato rifugio per la notte all'interno di un cassonetto della spazzatura e che, la mattina seguente, è stato stritolato dal mezzo di compattamento dei rifiuti.<sup>(5)</sup> Episodi analoghi sono successi, in questi anni, anche a Milano e Firenze.

La morte  
di Joan  
Suciù

Nella prima settimana di gennaio del 2006 un altro immigrato rumeno, Maculai Maftei di 32 anni, è stato trovato morto assiderato nella roulotte abbandonata nei campi, dove aveva trovato rifugio, non distante dal centro di Valeggio sul Mincio.

### **La difficoltà di reperimento di case a basso costo**

La mancata copertura del fabbisogno abitativo costituisce un'emergenza sociale. A Verona nel 2000 sono stati assegnati solo 271 alloggi di edilizia residenziale pubblica (le cosiddette case popolari) a fronte di 1699 richieste; nel 2003 le assegnazioni sono state ancora inferiori: 129 assegnazioni su 1462 richieste.

Poche  
case  
popolari

Il numero di domande non è sicuramente esaustivo delle situazioni di bisogno in quanto possono concorrere all'assegnazione solo i nuclei familiari che possiedono determinati requisiti; non si tiene conto, ad esempio, di situazioni di necessità temporanea come l'immigrazione stagionale o le residenze transitorie.

<sup>3</sup> Geoffrey Rose, Le strategie della medicina preventiva. Il pensiero scientifico ed. , Roma, 1996.

<sup>4</sup> XI rapporto su Verona della Curia Diocesana, Anno 2005.

<sup>5</sup> "Ioan Suciù" di Vinco Carlo, ed. Tipografia Artigiana, 2005.

Secondo una documentata indagine della Camera di commercio <sup>(6)</sup> "Al costante processo di crescita, sia nell'incidenza dei lavoratori che dei residenti extracomunitari, corrisponde il progressivo evidenziarsi, per tali cittadini, della questione abitativa, che peraltro connota strutturalmente la nostra società, con particolare riferimento alle sue fasce deboli (famiglie povere, anziani, giovani coppie, ...).

Poche case  
in affitto

Le distanze culturali e sociali che caratterizzano molti gruppi di immigrati acquiscono l'endemica diffidenza verso la locazione degli immobili sfitti da parte dei rispettivi proprietari.

D'altra parte, negli anni più recenti, anche nella nostra provincia, si è assistito ad un significativo calo nell'offerta di edilizia residenziale pubblica.

Gli ostacoli aggiuntivi che la questione abitativa comporta per lavoratori extracomunitari rispetto ai cittadini italiani sono inoltre legati alla difficoltà di pagare canoni di affitto che, per loro, sono spesso maggiorati nonché alla superiore difficoltà di accesso al credito per l'acquisto di un immobile.

5.000  
persone che  
cercano casa

A tali difficoltà, per i cittadini extracomunitari corrisponde, secondo il nostro studio, un tasso di precarietà abitativa intesa in senso stretto (senz'altro, ospitalità in alloggio sociale, ...) che oscilla tra il 10 e il 15%.

Considerando l'intera provincia di Verona, tale stato coinvolgerebbe attualmente circa 5mila persone, e l'incremento annuo è stimabile al di sopra delle cinquecento unità."

#### **Concentrazione di situazioni abitative di scarsa qualità.**

La scarsità di alloggi induce in particolare la popolazione di immigrati regolari a concentrarsi in città in particolare in alcuni quartieri creando situazioni di sovraffollamento pericolose.

#### **Presenza di macroparassiti nell'ambiente urbano**

L'ambiente urbano rappresenta un ecosistema delicato in quanto, data la densità della popolazione, in assenza di attenzione continua al territorio si possono determinare situazioni di degrado tale da favorire la proliferazione eccessiva di specie infestanti.

scarafaggi

Mentre la presenza dei ratti suscita un certo allarme tra la popolazione e viene spesso segnalata, alcuni parassiti come gli scarafaggi non sono sufficientemente conosciuti oppure non sono considerati un problema rilevante.

Ciò vale in particolare per alcune specie come la Blattella Germanica che sono particolarmente invadenti. Il risultato di questa sottovalutazione è che in molti casi quando il problema emerge si è già verificata una colonizzazione massiccia all'interno degli appartamenti e dell'intero stabile. Le segnalazioni pervenute, che riguardano un po' tutti le zone della città ma che sono concentrate nei quartieri di B.go Milano, B.go Roma e Veronetta, rappresentano pertanto la punta d'iceberg di una situazione di degrado che va affrontata con decisione.

Per informare la popolazione circa questo problema sono state attivati interventi informativi, in collaborazione con il comune di Verona. Il materiale informativo è stato pubblicato anche sul sito (<http://prevenzione.ulss20.verona.it/>) e viene distribuito durante i sopralluoghi o a chi chiede informazioni. Il controllo di queste infestazioni è problematico in quanto richiede: la ricerca dei punti di nidificazione, il trattamento ripetuto nel tempo per contrastare la reinfestazione, la collaborazione di tutti i soggetti interessati nello stabile

<sup>6</sup> Il fabbisogno di alloggi per lavoratori extracomunitari nella provincia di Verona con particolare riferimento alle imprese marmifere e alle aziende agricole ortofrutticole cura di Raffaello Zonin su commissione di CCIAA anno 2003

(proprietari, inquilini, amministratori) ed una azione preventiva in area pubblica (pulizia dei tombini, manutenzione del selciato, controllo dei cassonetti, ...)

### Disagio abitativo

#### Interventi di contrasto all'insalubrità delle abitazioni

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

Protocollo di  
intesa

Poiché l'iter di risanamento successivo al sopralluogo può richiedere tempi lunghi, i dati riportati sono pressoché definitivi relativamente all'attività svolta nel 2004 ma ancora provvisori per l'anno 2005.

Tab.2.4.1.1:

ANNO	N° ABITAZIONI VISITATE	N° ABITAZIONI CON FATTORI D'INSALUBRITA'
2004	786	462
2005	1093	478
Totale	1879	940

La richiesta di certificazione di idoneità per ottenere la carta di soggiorno o il ricongiungimento familiare ha interessato naturalmente solo i cittadini immigrati; le richieste di certificazione di non idoneità dell'abitazione al fine di concorrere all'assegnazione di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) hanno riguardato sia cittadini italiani che immigrati. Le richieste di certificazione di antigienicità sono così suddivise:

Italiani ed  
immigrati

Tab. 2.4.1.2:

RICHIESTE DI ANTIGIENICITA'		
ANNO	ITALIANI	IMMIGRATI
2004	33	51
2005	32	27

Solo in una piccola percentuale di casi la richiesta di intervento è stata effettuata da associazioni, operatori sanitari, forze dell'ordine o privati che segnalavano gravi situazioni di degrado abitativo o igienico.

Nel corso dei due anni in esame sono complessivamente 940 le abitazioni visitate che presentavano problematiche igienico-sanitarie. Le case abitate da immigrati sono state, in proporzione, più interessate da questo problema.

940 case  
insalubri

Nel 44% dei casi (sia italiani che immigrati) in queste abitazioni vivevano nuclei familiari con minori: questo rende ancora più stringente la necessità di individuare azioni correttive appropriate.

Per quanto riguarda la provenienza dei residenti immigrati si conferma la tendenza all'aumento di persone provenienti da paesi extracomunitari dell'Europa dell'est. Com'è noto, nel prossimo futuro gli ingressi di lavoratori riguarderanno, in modo sempre maggiore, gli immigrati provenienti dai paesi neocomunitari. Per questi non è previsto alcun accertamento preventivo in merito all'idoneità alloggiativa così come non sono previste verifiche per i rimanenti cittadini comunitari.

### Irregolarità riscontrate

Le abitazioni malsane presentavano varie problematiche (strutturali, impiantistiche, carenze igieniche, sovraffollamento).

32 case  
inagibili  
28 di  
immigrati

Nei due anni considerati sono state rilevate 32 abitazioni che, per lo stato di degrado complessivo, sono state giudicate non più abitabili. La maggior parte di queste erano abitate (28 su 32) da immigrati e questo conferma purtroppo una tendenza già registrata nel passato.

Nelle rimanenti abitazioni erano presenti contemporaneamente uno o più inconvenienti igienico-sanitari come evidenziato nella tab. n. 2.4.1.3

Tab. 2.4.1.3: Inconvenienti riscontrati

TIPO DI INCONVENIENTE		2004	2005
Strutturale	Alloggio improprio	1	1
	Case inabitabili	19	13
	Carenze manutentive	55	68
	Umidità muffe	48	32
Impianti	Impianto di riscaldamento assente o pericoloso	193	154
	Impianto elettrico pericoloso	31	18
	Espulsione fumi e vapori dei fornelli	376	414
Sovraffollamento	Medio	33	38
	Grave	32	26
Inconvenienti igienici	Infestazioni	15	125
	Altro	3	4

Problemi  
strutturali

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

Per quanto riguarda le irregolarità degli impianti termici ed elettrici esse in qualche caso erano tali da prefigurare un pericolo immediato per la salute e l'incolumità dei presenti, in altri casi si trattava di non conformità a scarsa rilevanza sanitaria.

Per quanto riguarda gli inconvenienti igienici vanno segnalate infestazioni domestiche massicce dovute a scarafaggi della specie blattella germanica.

In genere queste infestazioni hanno coinvolto interi condomini data l'attitudine di questo insetto a spostarsi velocemente anche sulle pareti verticali e a nidificare con facilità negli ambienti domestici.

Il sovraffollamento ha interessato nella stragrande maggioranza dei casi le abitazioni di immigrati, confermando un dato già risaputo.

### Provvedimenti

I provvedimenti assunti sono stati graduati in relazione all'entità dei problemi riscontrati:  
 - nei casi più gravi si è richiesta la dichiarazione di inabitabilità con richiesta di sgombero immediato per la presenza di circostanze di pericolo per la salute e/o la sicurezza delle persone.

Vari  
gradini di  
intervento

- nei casi meno gravi si è avanzata proposta di inabitabilità
- nei casi di non conformità dal punto di vista igienico, edilizio o impiantistico si è dato corso agli interventi previsti dal protocollo con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

Si è cioè provveduto a convocare il proprietario dell'abitazione o talvolta l'inquilino e agli stessi, sono state fornite indicazioni preventive.

Nei casi di più grave pericolo dovuto a irregolarità impiantistiche l'inquilino è stato diffidato dall'utilizzo degli impianti stessi.

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

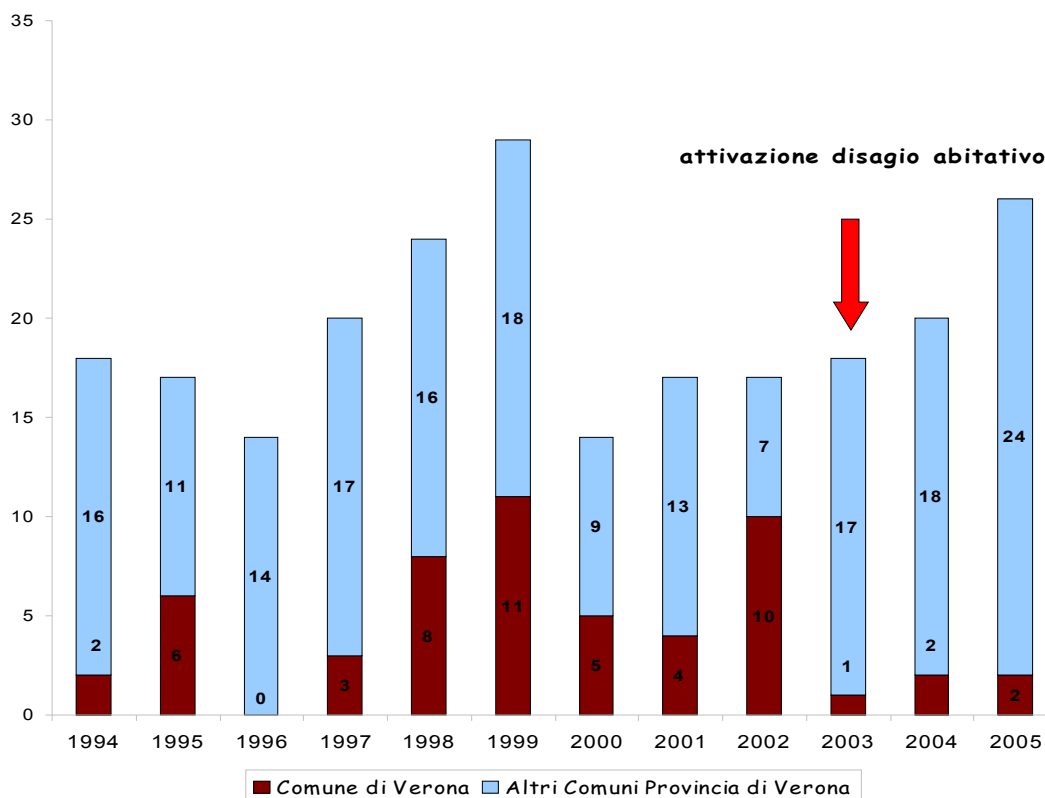
Esiti  
positivi

Tabella 2.4.1.4: Iter di rimozione dei fattori di insalubrità

	2004	2005	
		I° semestre	II° semestre
diffide	193	122	77
convocazioni	323	191	134
colloqui	304	183	127
atti notori pervenuti	206	113	51
note al Sindaco	9	1	2
verifica lavori	45	28	9

Nel grafico riportato di seguito è rilevabile, successivamente all'avvio del progetto sul disagio abitativo, un calo degli incidenti da intossicazioni da monossido di carbonio accaduti nel Comune di Verona.

Graf.2.4.1.1: Intossicazioni da CO - Provincia di Verona. Numero di incidenti



I dati sono incoraggianti anche se è del tutto prematuro pensare che ci sia una relazione di causa/effetto fra i due eventi.

#### Problemi rilevati nel corso dell'attività

Fenomeni  
speculativi

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

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

In alcuni casi le abitazioni carenti di requisiti strutturali possiedono un'agibilità in sanatoria ottenuta in occasione dei vari condoni edilizi succedutisi nel recente passato. Anche queste abitazioni, come previsto dal Regolamento Comunale di Igiene, devono essere adeguate fino a raggiungere i requisiti minimi indicati nel suddetto regolamento.

Qualora tali adeguamenti non possano essere effettuati nell'immediato ne va disposta l'attuazione alla scadenza del contratto d'affitto. Questa situazione ha riguardato 67 abitazioni nel 2004 e 52 nel 2005.

Per quanto riguarda la localizzazione delle abitazioni insalubri si evidenzia la concentrazione in alcuni quartieri della cintura periferica (Borgo Venezia, Borgo Milano, Borgo Roma e Golosine) e non più solo nel quartiere di Veronetta caratterizzato da un'alta concentrazione di immigrati. Come è ovvio la tabella non esprime dati cumulativi ma solo le "new entries" relative agli accertamenti del periodo considerato.

Quartieri  
interessati

Tab. 2.4.1.5: Distribuzione degli alloggi insalubri nei quartieri di Verona

QUARTIERE	ITALIANI		STRANIERI		TOTALE	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Avesa	0	0	1	1	1	1
B.go Milano	7	1	93	74	100	75
B.go Roma	1	9	49	66	50	75
B.go Trento	0	0	16	16	16	16
B.go Venezia	3	3	42	56	45	59
Cà di David	1	0	11	17	12	17
Cittadella	1	2	3	7	4	9
Golosine	4	2	44	35	48	37
Mizzole	0	0	0	2	0	2
Montorio	2	3	3	6	5	9
Parona	0	2	2	5	2	7
Ponte Crencano	0	1	3	5	3	6
P.S Pancrazio	2	2	9	14	11	16
Quinto	0	1	5	8	5	9
Quinzano	0	0	2	5	2	5
S.Lucia	2	1	18	33	20	34
S. M. in Stelle	0	0	0	1	0	1
S.Massimo	0	3	5	11	5	14
S. Michele	5	3	26	18	31	21
San Zeno	0	1	7	5	7	6
Valdonega	1	0	4	1	5	0
Verona Centro	2	3	24	13	26	16
Veronetta	8	1	56	41	64	42
TOTALE	39	38	423	440	462	478

L'aumento elevato di richieste rispetto agli anni precedenti è da attribuire prevalentemente alle certificazioni che gli immigrati devono presentare in Questura. Molti di questi hanno preferito rivolgersi all'ULSS piuttosto che al Comune in quanto la struttura sanitaria non è vincolata ai parametri dimensionali previsti dalla Legge Regionale n.10 ma si limita ad esprimere una valutazione di tipo igienico-sanitario sulla base di standard igienici e di parametri dimensionali meno restrittivi in uso comunemente per la popolazione.

Una valutazione di questo tipo non può pertanto limitarsi al solo controllo documentale e richiede una verifica delle condizioni abitative: ciò ha permesso di constatare il reale stato igienico delle abitazioni, altrimenti impossibile ove ci si fosse limitati ad un esame della documentazione cartacea.

## Nomadi

Numerosi interventi di sorveglianza o di educazione sanitaria sono stati effettuati nei campi nomadi che insistono sul territorio. I due insediamenti che versavano nelle peggiori condizioni igieniche e di sicurezza, quello di Boscomantico e quello dell'ex Scuola Monsua, sono stati smantellati per lasciare il posto a un nuovo insediamento.

Le condizioni di abitabilità di quest'ulteriore (seppur provvisorio) insediamento sono certamente migliori, essendo lo stesso dotato di sufficienti servizi igienici, cucine e spazi comuni, impianti di riscaldamento e presidi antincendio.

## Intossicazioni domestiche da monossido di carbonio

Gli impianti termici installati nelle nostre abitazioni (caldaie per il riscaldamento, scaldacqua, fornelli a gas, stufe a metano e a legna, ...) possono rappresentare un pericolo per la salute se installati in modo scorretto e/o non sottoposti a controlli periodici da parte di tecnici esperti.

Rete di sorveglianza

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

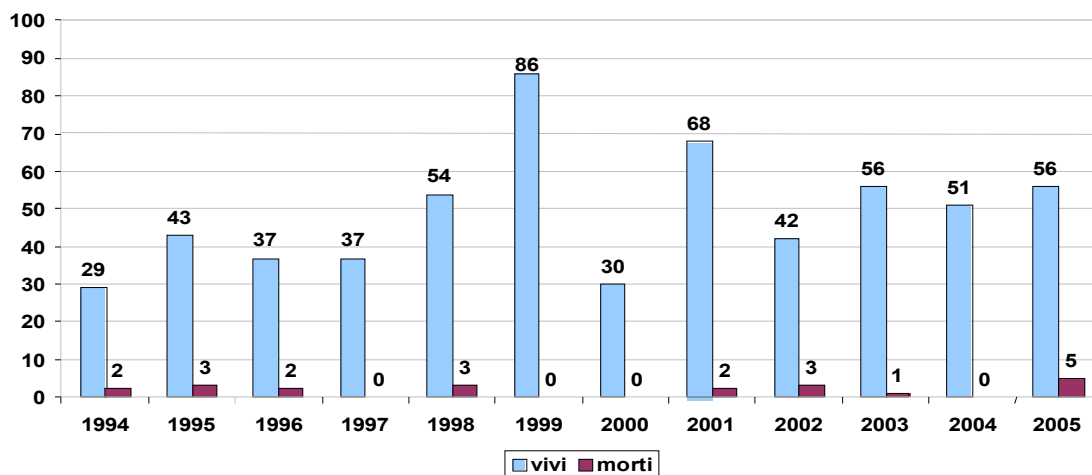
Dai dati raccolti nell'ambito dell'Osservatorio provinciale sulle intossicazioni domestiche da CO, cui partecipano i Servizi Igiene e Sanità Pubblica delle tre ULSS della provincia, emerge che ogni anno in provincia di Verona un numero non trascurabile di persone si avvelenano con il CO.

L'attività di sorveglianza prevede che il Pronto Soccorso degli Ospedali segnali ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) i casi di intossicazione diagnosticati. Successivamente i tecnici dell'ARPAV (Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione Ambientale) effettuano le verifiche tecniche sull'impianto che ha causato l'avvelenamento e comunicano l'esito delle stesse agli enti competenti per i provvedimenti.

Ancora 5 morti

Nel 2005 nella provincia di Verona si sono avuti 26 episodi di intossicazione da monossido di carbonio con 61 persone avvelenate, 5 delle quali sono morte.

Graf 2.4.1.2: Intossicazioni da CO - Provincia di Verona



Due di questi episodi si sono verificati nel comune di Verona, tutti gli altri nella provincia. Il 2005 è stato quindi un anno critico per l'incremento del numero dei morti.

Non possiamo, inoltre, escludere che intossicazioni anche mortali, soprattutto in persone anziane e/o portatrici di patologie croniche cardiorespiratorie, non vengano identificate.

In due dei cinque casi mortali la causa dell'intossicazione è stato uno scaldacqua installato irregolarmente nel bagno, situazione che si è confermata negli anni come una delle più rischiose.

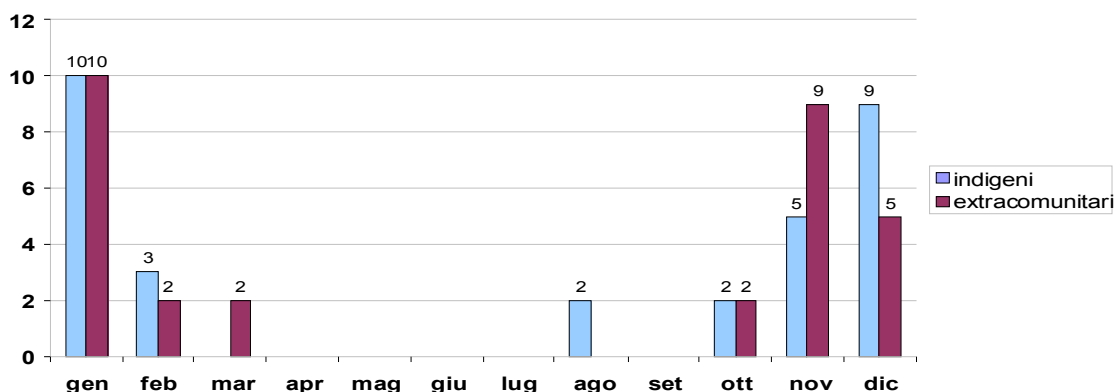
Nella maggioranza dei casi gli impianti che hanno causato l'intossicazione presentavano irregolarità, anche gravi, che si possono far risalire al momento dell'installazione:

- condotti fumari troppo brevi o eccessivamente tortuosi, di diametro inadeguato, non impermeabili ai fumi
- scarichi multipli confluenti in un'unica canna fumaria non idonea
- installazione di impianti termici in locali non idonei (camere da letto, bagni)
- coesistenza in uno stesso locale di caldaie a metano e caminetti a legna: la contemporanea accensione può determinare una depressione nel locale e quindi il ritorno dei fumi della caldaia nel locale stesso
- assenza di cappe aspiranti sopra i fornelli o a cattiva gestione o manutenzione
- canne fumarie di seconde case, inattive per lunghi periodi, ostruite da foglie secche, nidi di animali e insetti ecc. e non sottoposte ad adeguata manutenzione
- cattivo uso di apparecchi di cottura
- uso di bracieri in locali chiusi

In gran parte degli incidenti è stata riscontrata anche una carenza di ventilazione dei locali di installazione degli impianti, per insufficiente dimensione o assenza dei fori di aerazione necessari per garantire un costante rinnovo dell'aria consumata nel processo di combustione. In alcuni casi il foro era stato occluso per evitare che l'aria fredda entrasse nei locali di abitazione

carenza di ventilazione

Graf. 2.4.1.3: Intossicazioni da CO - Provincia di Verona 2005



Quasi la metà degli intossicati (30 su 61) erano stranieri che abitavano in case fatiscenti od usavano mezzi di fortuna (bracieri) in locali chiusi per riscaldarsi o per cuocere i cibi. Questo fenomeno, già riscontrato negli anni precedenti, si collega al problema della disponibilità di case di qualità accettabile per queste persone e risulta particolarmente critico se si considera che gli stranieri costituiscono a Verona circa l'8% della popolazione e contano più del 50% sul totale degli intossicati.

#### 2.4.2 carcere di Montorio

Se è vera, come credo, la famosa frase di Winston Churchill "Il trattamento riservato al crimine e ai criminali è uno dei banchi di prova più infallibili del livello di civiltà di un paese" la situazione del livello di civiltà di Verona è ben penosa.

Nell'ispezione effettuata nel carcere il 31 maggio 2005 tutte le celle del reparto maschile ospitavano 3 detenuti, e 10 addirittura 4, a fronte di una recettività prevista di 2.

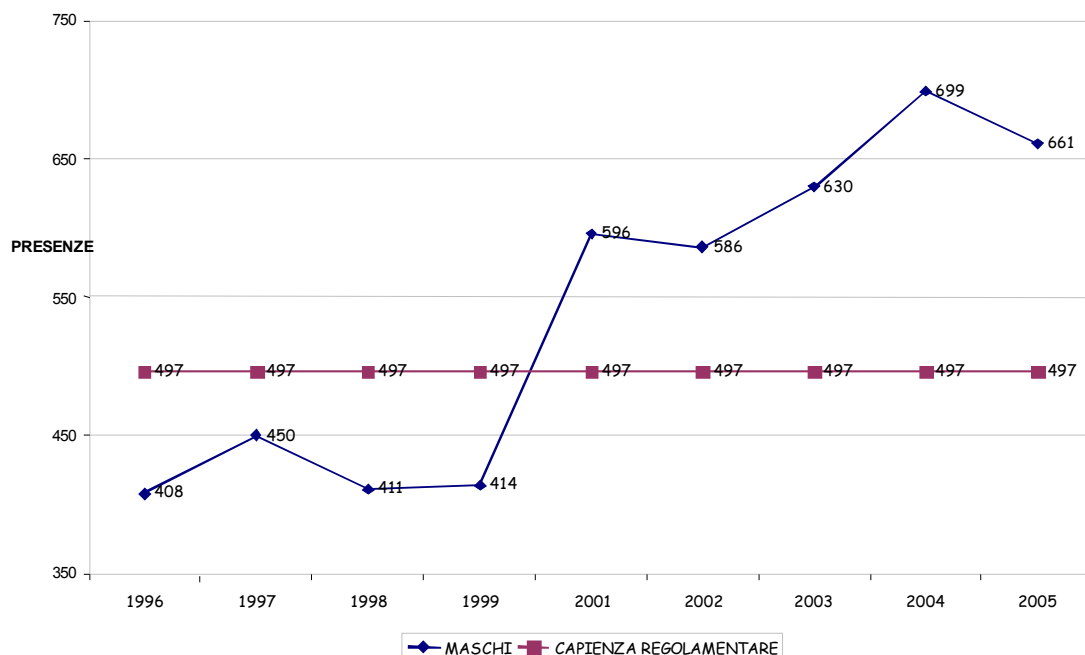
Civiltà

Il grave problema del sovraffollamento si è confermato anche nell'ispezione effettuata in dicembre. Il fenomeno, iniziato a cavallo dell'anno 2000, è andato progressivamente aggravandosi con punte massime rilevate di 699 detenuti maschi nel 2004 e di 73 femmine raggiunte nel 2005.

Alla fine di quest'anno il numero totale di detenuti è diminuito a 661 unità a fronte però della disattivazione di 48 camere interessate dai lavori di ristrutturazione. E' in corso infatti il rifacimento dei servizi igienici che comporta la dotazione, per ciascuna camera, di doccia, sostituzione del lavapiedi con bidet e rivestimento delle pareti con materiale impermeabile. Le docce comuni verranno riadattate all'uso di lavanderia. I lavori dovrebbero terminare entro i primi mesi del 2006 e riguardano, per ora, 2 corpi del maschile.

La disattivazione delle 48 camere, nonostante lo spostamento di detenuti ad altri Istituti e l'apertura di 6 camere aggiuntive, ha determinato la necessità di aumentare la capienza delle camere rimanenti, per cui alla fine di dicembre ben 62 di queste erano occupate da 4 detenuti, contro le 2 del dicembre 2004 e le 10 del maggio 2005. Le camere in pianta misurano circa 12 mq, più il servizio igienico.

Graf 2.4.2.1: Numero di detenuti maschi e capienza regolamentare



## 3. LE MALATTIE INFETTIVE

### 3.1 Dati relativi alle malattie infettive

#### Morbillo

Nel 2005 è stato notificato un solo caso di "sospetto morbillo", comparso in un bambino di 15 mesi circa di età, che non era ancora stato vaccinato, residente nell'est veronese: il caso sembrerebbe collegato con altri registrati in provincia di Vicenza.

Un solo caso di morbillo

Nel corso dell'anno è iniziata di fatto la campagna di somministrazione della seconda dose di vaccino Morbillo-Parotite-Rosolia, prevista dal piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Nel corso dell'anno sono state distribuite oltre 20.000 dosi di vaccino triplo MPR.

La copertura ottenuta al 2° anno di vita con le prime dosi è molto buona : sembra confermarsi, infatti, anche per quest'anno intorno al 95%, mentre per le seconde dosi nelle coorti di recupero è del 60%.

95%

#### Meningiti batteriche:

Nel corso dei primi mesi dell'anno sono stati segnalati alcuni casi (v. tabella n.3.1.1) di meningite batterica e di sepsi meningococcica: questi casi hanno colpito soprattutto soggetti in giovane età. Particolare emozione ha destato il decesso di un bimbo dell'età di nove mesi, che frequentava un asilo nido.

11 casi 3 morti

Questo lieve aumento nel numero di casi, che tuttavia rientrava nella normale variabilità, ha indotto il Servizio ad una revisione del Protocollo del 2002.

Per la revisione sono stati coinvolti i colleghi dei Distretti, i pediatri di famiglia e ospedalieri, gli infettivologi dell'Azienda Ospedaliera. Nella nuova versione è stata dedicata maggiore attenzione nella definizione della parte operativa, in presenza di un caso di meningite batterica, in particolare sugli interventi di chemiopprofilassi, sul coinvolgimento dei medici di famiglia e sull'informazione delle famiglie, direttamente o indirettamente coinvolte.

Il protocollo sulla malattia meningococcica e sulle meningiti batteriche è consultabile sul sito del Dipartimento (<http://prevenzione.ulss20.verona.it>).

Tab. n. n.3.1.1 Tabella riassuntiva dei casi di accertata o sospetta sepsi o meningite batterica:

ETÀ	SESSO	RESIDENZA	DIAGNOSI	AG EZIOLOGICO	ESITO
25 a	F	Verona	Meningite Meningo.	Meningococco	guarigione
41 a	M	Verona	Meningite Pneumo	Pneumococco	decesso
9 m	M	Verona	Meningite Pneumo	Pneumococco	decesso
21 a	F	Soave	Meningite Liquor Torbido	Meningococco C	guarigione
4 a	M	Verona	Sepsi da Neisseria	Meningococco C	guarigione
6 a	M	Belfiore	Sosp. Meningite	Non Identificato	guarigione
36 a	F	Verona	Meningite Men	Meningococco C	guarigione
76 a	F	Cologna V.	Meningite purulenta	Klebsiella Pn	guarigione
52 a	M	Verona	Sospetta Sepsi	Non Identificato	decesso
80 a	M	Verona	Meningite batterica	Non Identificato	guarigione
23 a	F	Verona	Meningite Liquor T	Non Identificato	guarigione

## TBC

TBC in  
calo

Negli ultimi anni nella nostra Regione la TBC ha mostrato complessivamente un calo dell'incidenza; tuttavia mentre si è registrata una riduzione tra la popolazione autoctona, si è evidenziato anche un marcato incremento di casi tra la popolazione immigrata.

La differente storia della malattia fra italiani (autoctoni) e immigrati spiega la diversa distribuzione: negli immigrati la tubercolosi è prevalentemente un'infezione contratta nei paesi di origine, ad alta endemia, che si manifesta come malattia conclamata dopo l'arrivo in Italia, a causa delle condizioni disagiate di vita. L'incidenza nella popolazione veronese indigena è pari 8,4 / 100.000, mentre nella popolazione immigrata risulta essere 82 / 100.000, quindi con una frequenza ancora molto elevata in quest'ultima, superiore di circa 10 volte rispetto alla popolazione generale. (Graf. n.3.1.1)

Si rivela ancora importante la necessità di migliorare la sorveglianza della malattia e il controllo sui familiari, nonché favorire l'accesso ai servizi da parte degli immigrati.

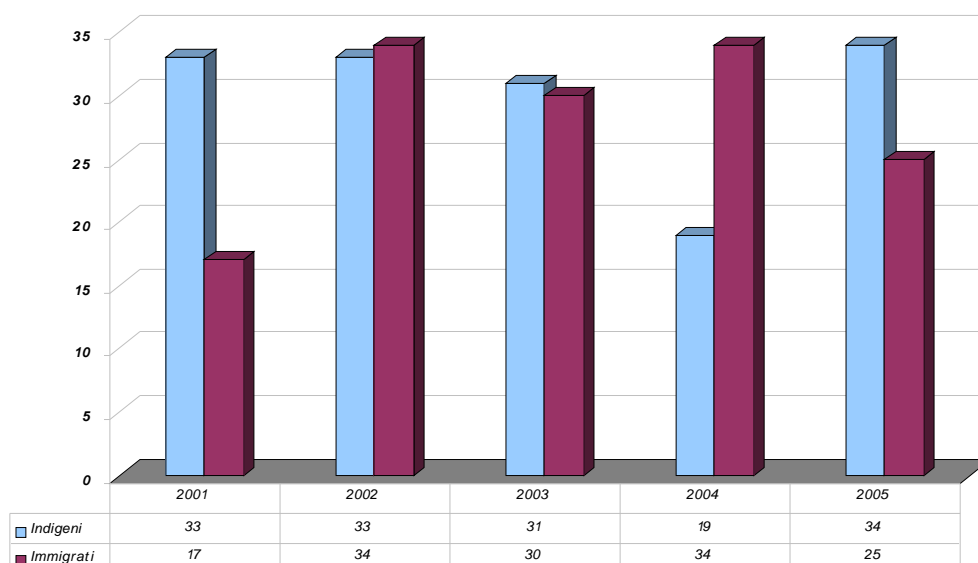
Controllare i  
contatti

A tale riguardo risultano significativi alcuni casi, registrati nel corso dell'anno: una ragazza di 20 anni, di origine indiana è stata ricoverata per una forma polmonare poiché nel 2004 non aveva completato gli accertamenti in occasione della malattia del padre; in modo simile, durante i controlli effettuati in occasione della malattia diagnosticata in una persona che viveva in una famiglia numerosa, sono stati controllati otto familiari, dei quali sei sono risultati positivi e posti in terapia preventiva: solo i due fratelli più giovani sono risultati negativi.

In totale sui 25 casi di malattia diagnosticata in immigrati, in 4 casi è stato necessario porre in terapia uno o più familiari del malato.

La prossima attivazione del dispensario funzionale, con la collaborazione del servizio pneumotisiologico territoriale dei Distretti sanitari e della Clinica di malattie infettive dell'azienda ospedaliera dovrebbe garantire interventi più efficienti e più tempestivi.

Graf.n.3.1.1 Incidenza della tubercolosi tra gli "indigeni" e tra gli immigrati ULSS 20



### **Sindrome Respiratoria Acuta Severa (SARS)**

L'ultimo caso segnalato di questa malattia è comparso a Pechino il 22 aprile 2004. L'OMS ritiene che attualmente il mondo si trovi in una fase interpandemica e che, al momento, il rischio più probabile di infezione sia rappresentato da una esposizione in laboratori dove il virus è studiato a scopo di ricerca o diagnosi.

Da luglio 2003, periodo in cui fu dichiarata chiusa la prima epidemia, la SARS è ricomparsa in quattro occasioni: tre di questi incidenti sono stati attribuiti ad episodi di violazione delle norme di bio-sicurezza in laboratorio, dai quali si sono sviluppati uno o più casi di malattia (Singapore, Taipei, Pechino).

### **Influenza aviaria.**

L'influenza aviaria, come noto, è una malattia contagiosa, che infetta gli animali, normalmente solo i volatili e molto raramente i mammiferi; infatti solo in rari casi i virus hanno superato la barriera della specie e hanno infettato l'uomo.

Nel corso del 2005 si è registrato un allargamento delle zone colpite, con l'estensione delle zone già interessate dalla malattia e la comparsa di nuovi focolai.

Nel corso dell'anno sono stati segnalati casi di influenza umana da virus aviario in stati precedentemente liberi: Cambogia, Indonesia, Cina.

Focolaio asiatico

Sono stati segnalati nuovi focolai di malattia animale in numerosi paesi: gennaio: Malesia; luglio: Russia, Agosto: Kazakistan e Mongolia; ottobre: Turchia, Romania e Croazia; dicembre: Ucraina. In novembre un fenicottero positivo ad H5N1 era stato ritrovato anche in Kuwait.

Questo aumento costituisce una reale preoccupazione poiché ogni nuovo caso che si manifesta nell'uomo rappresenta una nuova opportunità offerta al virus per acquisire una elevata contagiosità anche tra gli esseri umani.

H5N1

L'influenza da virus H5N1 rimane al momento una malattia animale, ma l'OMS mette in guardia che questo è un virus che ha la potenzialità di accendere una nuova pandemia influenzale.

Il diretto contatto con pollame infetto, o con superfici e oggetti contaminati dai loro escrementi, è considerato la principale via di infezione umana: il rischio di esposizione è considerato massimo nelle fasi di macellazione, sezionamento e preparazione per la cottura. In tutti i paesi colpiti la maggior parte dei casi di infezione umana da H5N1 sono stati collegati a contatti stretti con pollame.

Poco contagioso

In pochi casi è avvenuta una limitata trasmissione del virus da uomo a uomo in seguito a contatti stretti con un malato durante la fase acuta della malattia; in tutte le situazioni conosciute, tale trasmissione è stata limitata e non ha portato ad epidemie nella comunità, indicando che il virus non si diffonde facilmente tra le persone, almeno fino a questo momento.

Si tratta di un virus sensibile agli abituali disinfettanti, come alcool a 70 °, ipoclorito di sodio al 5% (comune varechina); inoltre una temperatura di 70°C o superiore inattiva il virus in 10 minuti circa, mentre sopravvive per almeno un mese alle basse temperature.

Per dare la possibilità ai colleghi medici e anche alla popolazione di avere informazioni aggiornate è stato aperto un capitolo specifico all'interno del sito internet del Dipartimento.

### 3.2 Vaccinazioni

La prevenzione delle malattie infettive e le vaccinazioni, in particolare, costituiscono da molti anni uno dei pilastri della medicina preventiva

Buona  
adesione

L'utilizzo di vaccini combinati, come l'esavalente, fa sì che anche vaccinazioni facoltative come la vaccinazione antipertosse o anti Haemophilus Influenzae raggiungano coperture prossime al 99%.

In alcuni casi nel corso di questo anno si è potuto verificare come, anche sulla base dell'attuale situazione epidemiologica, le vaccinazioni non obbligatorie abbiano la forza di far superare il concetto di "obbligo vaccinale" a vantaggio della convinzione dell'efficacia delle vaccinazioni, senza distinguere cioè tra obbligo e non-obbligo.

- Nel corso dell'anno è stato emanato il nuovo Piano Nazionale Vaccini: sulla base delle indicazioni nazionali è stato approvato, negli ultimi giorni dell'anno, anche l'aggiornamento del Calendario Regionale Vaccini.

Tutti i  
vaccini  
gratuiti

Con questo Piano la nostra Regione coglie l'obiettivo di grande valore di offrire gratuitamente ai bambini tutti i vaccini efficaci disponibili.

Rispetto al precedente, il nuovo piano vaccinale introduce le seguenti modifiche sostanziali:

- Vaccino pneumococcico coniugato, con sette antigeni (eptavalente), e vaccino meningococcico C coniugato: offerta del vaccino ai nuovi nati e programmi di ricerca attiva con vaccinazione dei soggetti a rischio elevato;
- Varicella: vaccinazione al 14° mese con l'obiettivo di garantire coperture superiori all'80% e programmi di ricerca attiva e vaccinazione degli adolescenti con anamnesi negativa per varicella:

Nel nuovo piano regionale sono previsti inoltre corsi di formazione sulla comunicazione attuati nell'ambito del progetto regionale "malattie prevenibili con vaccinazione"

Counselling e  
miglioramento  
della qualità

Nel 2005 è proseguita l'attuazione del progetto del piano triennale relativo al miglioramento della profilassi vaccinale sui due filoni affidati al nostro servizio e cioè l'attivazione dei corsi sulla comunicazione " Counselling in ambito vaccinale " e il " Miglioramento della qualità dei servizi", sia per quanto riguarda le strutture dove sono inseriti gli ambulatori vaccinali, che le attrezzature degli ambulatori stessi e infine la formazione del personale.

Sono stati così realizzati altri cinque corsi sulla comunicazione in altrettante ulss della regione che hanno visto coinvolti 35 medici vaccinatori, 71 assistenti sanitarie, infermieri e altro personale sanitario, 51 pediatri di famiglia.

Per quanto riguarda la qualità dei servizi è stata attuata una "ricognizione" dettagliata di tutti i singoli ambulatori, anche quelli in sedi più disagiate, raccogliendo i dati di 20 ulss della regione su 21. Ciò ha consentito di definire i vari parametri, partendo da una base realistica, e fissare degli standard minimi da proporre come indispensabili per i locali riservati alle vaccinazioni perché possa essere svolta l'attività in condizioni adeguate.

Questi dati sono stati integrati con quelli previsti dagli standard minimi per l'autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private. Tali elementi costituiranno la base sulla quale proporre l'adeguamento di tutti i servizi vaccinali, e i parametri minimi che dovrebbero essere garantiti per tutte le attività vaccinali.

## Influenza stagionale

Nel pieno dello svolgimento della campagna vaccinale antinfluenzale, si sono sovrapposte informazioni relative all'epidemia di influenza aviaria che si stava sviluppando principalmente nei paesi del Sud Est asiatico; a queste hanno fatto da cornice anche le sollecitazioni internazionali, in particolare dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sulla predisposizione di Piani per la prevenzione della temuta pandemia influenzale.

L'intricarsi di questi tre argomenti collegati ma nettamente distinti tra loro, ha fatto sì che molte persone (e non solo i non-addetti ai lavori) abbiano temuto per l'approssimarsi di una terrificante pandemia influenzale da virus aviario. Si è così assistito a due fenomeni apparentemente indipendenti l'uno dall'altro ed entrambi ingiustificati: un allarme sulla sicurezza delle carni avicole di origine italiana, e una corsa alla vaccinazione antinfluenzale anche da parte di persone che non presentavano rischi sanitari particolari. Questo ha favorito la vaccinazione contro l'influenza, avvicinando alla vaccinazione persone appartenenti a categorie solitamente restie come il personale sanitario e anche altre categorie prive di fattori di rischio.

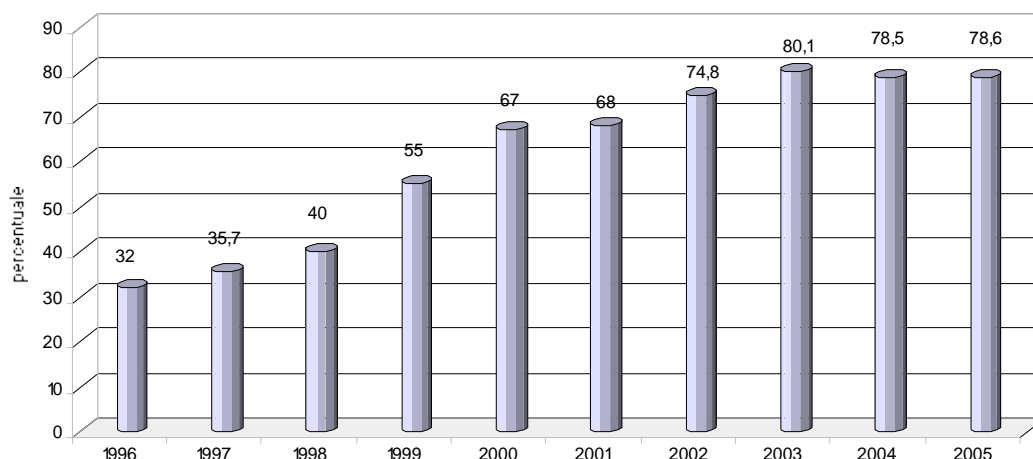
Forte adesione  
alla  
vaccinazione

Per quanto riguarda le persone che per lavoro sono a contatto con i volatili, in collaborazione con i colleghi veterinari sono stati realizzati alcuni incontri sia con i rappresentanti degli avicoltori sia con i rappresentanti dei lavoratori per chiarire la reale portata del fenomeno e per spiegare l'importanza della vaccinazione.

L'adesione complessiva alla vaccinazione è stata buona, come dimostra anche il grafico (Graf. n.3.2.1): da alcuni anni la percentuale delle persone di età  $\geq 65$  anni si conferma prossima al 80%. Sono state distribuite negli ambulatori dei servizi vaccinali e ai Medici di Famiglia 98.200 dosi di vaccino. Se a queste dosi si aggiungono quelle distribuite dalle farmacie territoriali è probabile che la reale copertura per questa fascia di popolazione sia di poco inferiore al 90%. Molti farmacisti sono stati costretti ad interrompere la distribuzione del vaccino a causa dell'esaurimento della disponibilità presso i magazzini.

98.200  
dosi di  
vaccino

Graf. n. n.3.2.1 Vaccinazione antinfluenzale: percentuale di persone di età  $\geq 65$  anni, vaccinate dal servizio pubblico nei distretti sanitari dell'ulss n° 20



Rispetto agli anni precedenti si è registrato un consistente aumento della vaccinazione tra la popolazione di età inferiore ai 65 anni, in particolare tra gli operatori sanitari, che hanno aderito alla vaccinazione con una frequenza doppia rispetto agli anni precedenti

### **Poliomielite: nuovo calendario della vaccinazione antipolio**

1.865 casi nel mondo

Nel 2005, nel mondo, sono stati confermati 1.865 casi di poliomielite da virus selvaggio, e sei paesi sono ancora considerati endemici.

Dal mese di agosto 2002 in Italia la vaccinazione contro la poliomielite viene praticata utilizzando un vaccino costituito da virus uccisi, allo scopo di eliminare completamente il rischio di paralisi associate alla vaccinazione, reazione rara ma possibile utilizzando il vaccino orale, costituito da virus vivo attenuato. L'abbandono di tale vaccino potrebbe comportare una minore durata dell'immunizzazione; pertanto le autorità sanitarie a nazionali hanno stabilito di posticipare l'ultima dose della vaccinazione antipolio all'età di 5/6 anni, associandola al vaccino contro difterite e tetano, proprio allo scopo di prolungare l'efficacia della vaccinazione stessa.

### **Varicella**

Nel nuovo calendario vaccinale regionale è prevista la vaccinazione contro la varicella a tutti i nuovi nati nel corso del secondo anno di età. Si tratta di una malattia costantemente presente tra la popolazione infantile anche se le notifiche apparentemente farebbero pensare ad una minore frequenza della malattia, poiché dalle 504 notifiche del 2004 si è passati ai 215 casi del primo semestre 2005. Quasi sicuramente si tratta di una sottonotifica: nel prossimo futuro sarà necessario ottenere una segnalazione rapida, simile a quella del morbillo, allo scopo di monitorare l'efficacia della vaccinazione estesa a tutti i nuovi nati e per limitare la diffusione della malattia alle persone di età giovane e adulta, che presentano un rischio elevato di complicanze associate alla malattia.

Nuovo sistema di notifica

A questo scopo è stato predisposto il nuovo sistema di segnalazione delle malattie infettive, con possibilità di affiancare al classico sistema con la scheda di notifica, la notifica per fax o per mezzo della segreteria telefonica, attiva 24 ore al giorno.

### **Legionellosi**

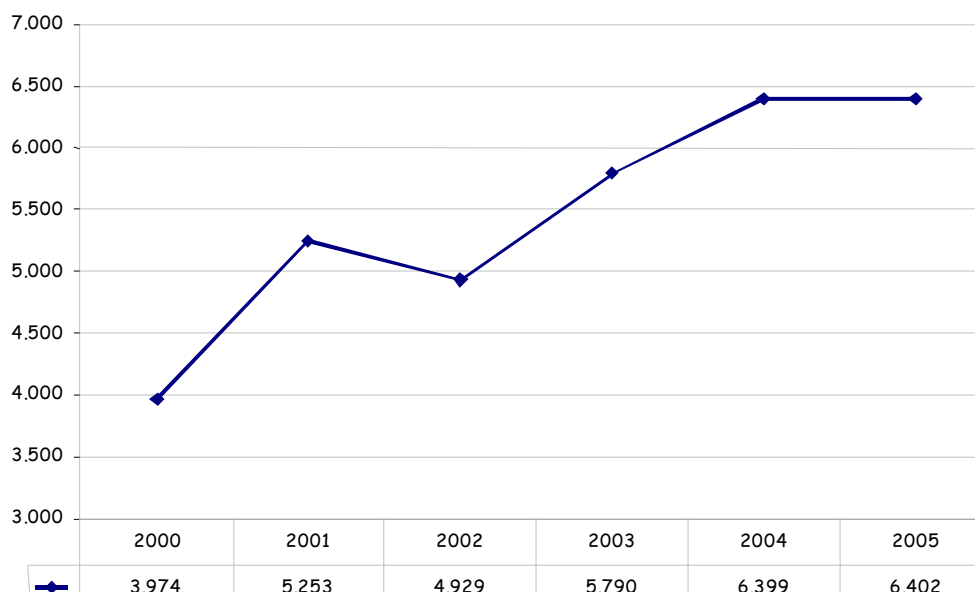
Nell'ULSS 20 nel corso del 2005 si sono verificati 14 casi di legionellosi: 3 femmine e 11 maschi, di cui uno deceduto. Le circostanze di questi eventi vanno a nostro parere approfondite in quanto anche gli impianti tecnologici delle abitazioni possono costituire un fattore di rischio per questa malattia.

### **3.2.1 Profilassi internazionale**

Nel 2005 si è confermato un incremento, rispetto agli anni precedenti, di richieste di prestazioni (vaccinazioni, consulenze) all'ambulatorio Viaggiatori Internazionali (V. I.) (vedi graf. n.3.2.1.1). La crisi registrata nel 2002, a seguito degli eventi bellici internazionali e dell'epidemia di SARS, sembra attualmente superata. Negli ultimi due anni si sta osservando un aumento del numero di turisti che effettuano viaggi usufruendo delle offerte "last minute" delle agenzie di viaggi, per soggiorni, spesso di breve durata (al massimo di una settimana), anche in Paesi a rischio malarico (Kenya, Zanzibar). Questi viaggiatori, rivolgendosi al nostro ambulatorio nell'imminenza del viaggio, oltre a costituire un problema di tipo organizzativo, spesso non possono ricevere tutte le vaccinazioni indicate per il tipo di viaggio.

All'ultimo minuto

Graf. n.3.2.1.1: numero di accessi all'ambulatorio Vaccinazioni Internazionali.



Dall'analisi dei dati sulle vaccinazioni effettuate in questi anni si evidenzia (tab n.3.2.1.1) un notevole utilizzo di vaccini per la prevenzione di malattie a trasmissione feco-orale, come il vaccino antiepatite A, singolo o associato all'epatite B (3.423 dosi) e antitifico (1.979 dosi).

Nel corso del 2005 sono state effettuate, inoltre, 429 dosi di vaccino antiepatite B a soggetti che sono andati all'estero per motivi di lavoro o missioni umanitarie, già immuni per epatite A.

Nella voce "altre" sono comprese 71 vaccinazioni anticoliche richieste in particolare da viaggiatori extracomunitari di ritorno nei loro paesi (Senegal, Guinea Bissau) dove erano in corso epidemie nel secondo semestre 2005.

Tab. n. 3.2.1.1: Vaccinazioni effettuate per la protezione dalle seguenti malattie - anni 2000-05

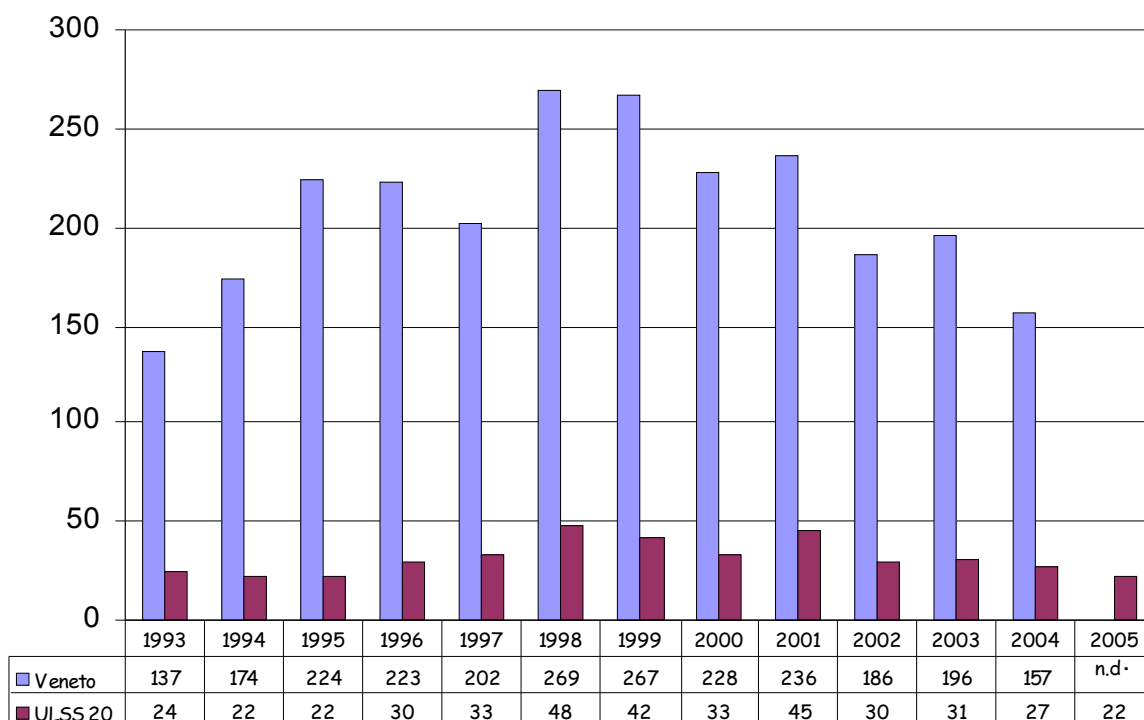
ANNO	F.GIALLA	EPATITEA	EPATITEB	EPA+B	TIFO	MENINGITE	ALTRE	TOTALE
2000	1.359	2.750	472	1.046	1914	113	477	<b>8.131</b>
2001	1.250	2.460	472	711	1.694	118	460	<b>7.165</b>
2002	1.320	2.410	409	569	1.838	147	228	<b>6.921</b>
2003	1.151	2.257	513	799	1.881	168	410	<b>7.179</b>
2004	1.202	2.240	458	1.070	1.897	98	739	<b>7.704</b>
2005	1.361	2.164	429	1.259	1979	125	824	<b>8.141</b>

La vaccinazioni antimeningite (vaccino tetravalente e coniugato) è stata effettuata prevalentemente negli ultimi mesi del 2005 ai pellegrini diretti alla Mecca o a viaggiatori diretti in zone con epidemie in corso (da meningococco C in Cina, da meningococco A in India e Filippine, da meningococco A+C+ W135 in Ciad).

Malaria in  
calo

Negli ultimi anni i casi di malaria nella nostra ULSS, così come in tutta la Regione, sono progressivamente diminuiti (Graf n. 3.2.1.2). Questo dato presenta lo stesso andamento registrato a livello nazionale, dove si è passati da 984 casi di malaria importata nel 2001 a 659 nel 2004.

Graf. n°3.2.1.2: casi di malaria notificati nel Veneto e nell'ULSS 20 dal 1993 al 2005



Dall'analisi delle schede di notifica dei residenti della nostra ULSS risulta che i casi di malaria riguardano quasi esclusivamente immigrati, che rientrano nel loro paese per visitare i parenti (14 casi di cui un bambino che è arrivato per la prima volta in Italia) e missionari che soggiornano per lungo tempo e spesso in condizioni di disagio in aree ad alto rischio.

I paesi visitati sono stati soprattutto il Ghana e la Nigeria. (Tab n.3.2.1.2).

Tab.n. 3.2.1.2: Casi di malaria in residenti della Ulss 20 suddivisi per tipo di viaggiatori

TIPOLOGIE DI VIAGGIATORI	2001	2002	2003	2004	2005(*)
Immigrati	33 (5 bambini)	26 (4 bambini)	19 (1 bambino)	22 (6 bambini)	14 (1 bambino)
Missionari/Volontari	9	4	8	2	5
Lavoratori	0	0	4	1	1
Turisti	3	0	0	2	2
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>22</b>

(\*) dati a settembre 05

Quasi tutti  
immigrati

Nel 2005 un solo caso di malaria si è manifestato in un bambino ivoriano di 7 anni, che ha manifestato i sintomi dopo 10 giorni dal suo primo arrivo in Italia.

Dei due turisti uno ha contratto la malattia durante un soggiorno di una settimana in Kenya (P. Falciparum), l'altro durante un viaggio di un mese in Indonesia (Irian Jaya) (P. vivax). Nessuno dei due turisti aveva effettuato la chemioprolifassi antimalarica e di questi, solo il viaggiatore in Indonesia si era rivolto al nostro ambulatorio dove era stata consigliata correttamente la profilassi con doxiciclina.

Un solo viaggiatore per motivi di lavoro ha contratto la malaria: si tratta di un funzionario dell'ONU che ha soggiornato in Sierra Leone per 6 mesi, durante il periodo delle piogge, senza effettuare nessuna profilassi né meccanica, né farmacologia.

Tra le persone che hanno contratto la malaria 21 hanno dichiarato di non aver effettuato la chemioprolifassi e 1 persona di averla effettuata in modo incompleto o inadeguato per il rischio presente nel paese visitato (Tab. 3.2.1.3).

Tab. 3.2.1.3: Modalità di esecuzione della chemioprolifassi nei soggetti con malaria

CHEMIOPROLIFASSI	2001	2002	2003	2004	2005 (*)
Nessuna	42	29	17	20	21
Scorretta o incompleta	3	1	4	3	1
Non specificato	0	0	10	4	0
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>22</b>

(\*) dati a settembre 05

Nel 2005, come Centro di Riferimento Regionale per i Viaggiatori Internazionali, è stato aggiornato l'opuscolo informativo "Viaggiare in salute" da consegnare ai viaggiatori che si rivolgono agli ambulatori vaccinali del Veneto.

Sono stati inoltre effettuati due edizioni di un corso accreditato di "formazione a distanza" sulla diarrea del viaggiatore, con l'aggiornamento di tutti operatori sanitari degli Ambulatori Vaccinazioni Internazionali della Regione (circa 120 operatori). Il corso è stato realizzato con la collaborazione dei colleghi del reparto di Malattie Tropicali dell'Ospedale di Negrà, dell'Università di Brescia e della Società Italiana di Pedagogia Medica.

Per il 2006 è in programma un altro corso su argomenti di interesse per i viaggiatori, che verrà proposto con le medesime modalità, utilizzando la piattaforma Edulife ([www.safetynet.it](http://www.safetynet.it)).

### Infortunati

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

La Tab. n.3.2.1.4 riporta il numero degli infortuni avvenuti in operatori sanitari dipendenti o che operano in strutture dell'Ulss 20, suddivisi per anno.

Tab. n.3.2.1.4: numero di incidenti in operatori sanitari dipendenti Ulss 20.

Punture

ANNO	PER PUNTURA	PER CONTAMINAZIONE	TOTALE
1999	69	18	87
2000	48	12	60
2001	51	15	66
2002	49	8	57
2003	42	18	60
2004	38	5	43
2005	42	14	56
<b>Totale</b>	<b>339</b>	<b>90</b>	<b>429</b>

Nel corso del 2005 sono stati, inoltre, controllati e seguiti per il follow up 152 soggetti non dipendenti di strutture ASL che hanno subito un infortunio con esposizione accidentalmente a rischio biologico; questi soggetti sono stati sottoposti a vaccinazione antitetanica e antiepatite B; il successivo follow up a 6 mesi ha dato esito negativo.

### 3.3 Controlli Piscine

Nel mese di dicembre del 2004 la Conferenza dei Presidenti delle Regioni ha approvato un documento tecnico di "Disciplina interregionale delle Piscine" che impegnava i Presidenti delle Regioni a emanare specifiche leggi regionali.

Questo documento, inoltre, come del resto anche il precedente Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome del 2003, affida la responsabilità dei controlli al gestore della piscina; mentre l'Azienda unità sanitaria locale dovrebbe effettuare dei controlli, con i relativi prelievi, secondo criteri stabiliti da ciascuna Regione, sulla base di appositi piani di controllo e vigilanza.

In assenza di normativa specifica sono stati effettuati controlli con frequenza lievemente minore rispetto agli anni precedenti, sulle piscine aperte al pubblico; 7 complessi con piscine solo scoperte, 5 complessi misti, cioè con piscine coperte e scoperte, 2 con sole piscine coperte e uno con piscine "convertibili".

In totale sono stati effettuati 86 controlli chimici e altrettanti microbiologici su acque di piscina, oltre agli abituali controlli sull'acqua di alimentazione. I risultati hanno evidenziato parametri normali nel 75% dei controlli chimici: il 25% dei parametri alterati era rappresentato quasi sempre da un modesto aumento (0,5 - 1 mg/litro) del parametro "Cloro attivo libero" o da una lieve riduzione dello stesso, favorita dall'evaporazione del disinfettante, soprattutto nelle piscine scoperte. I parametri microbiologici sono risultati normali nel 91% dei casi: negli altri casi (9%) l'aumento della carica batterica era modesto e quasi sempre correlato con un eccessivo afflusso di bagnanti o al mancato rispetto delle norme igieniche da parte dei frequentatori.

Nell'insieme i controlli hanno evidenziato parametri chimici alterati con una frequenza lievemente superiore all'anno precedente, ma le anomalie sono sempre risultate di entità modesta: infatti gli esami microbiologici sono alterati con una frequenza minore rispetto all'anno precedente e non hanno evidenziato cariche batteriche particolarmente elevate. In sostanza, per quest'anno sembra che la maggiore responsabilizzazione dei gestori delle piscine, prevista dall'Accordo Stato - Regioni e dalla "Disciplina interregionale" abbia comportato un miglioramento della qualità dell'acqua e della sicurezza nelle piscine.

15 piscine

Buona la qualità

## 4. LE MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE

### 4.1 Fattori di rischio legati agli stili di vita

L'OMS stima che tre stili di vita non salutari spieghino, nei Paesi europei più sviluppati, quasi il 50% delle malattie negli uomini e il 25% nelle donne. Il "Rapporto 2002 sulla salute nel mondo" dell'OMS indica il tabagismo, la scorretta alimentazione con il sovrappeso e/o l'obesità e l'ipercolesterolemia e la sedentarietà come i principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili, quali la malattia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, il diabete di tipo 2, alcune forme di cancro, l'osteoporosi e altre patologie.

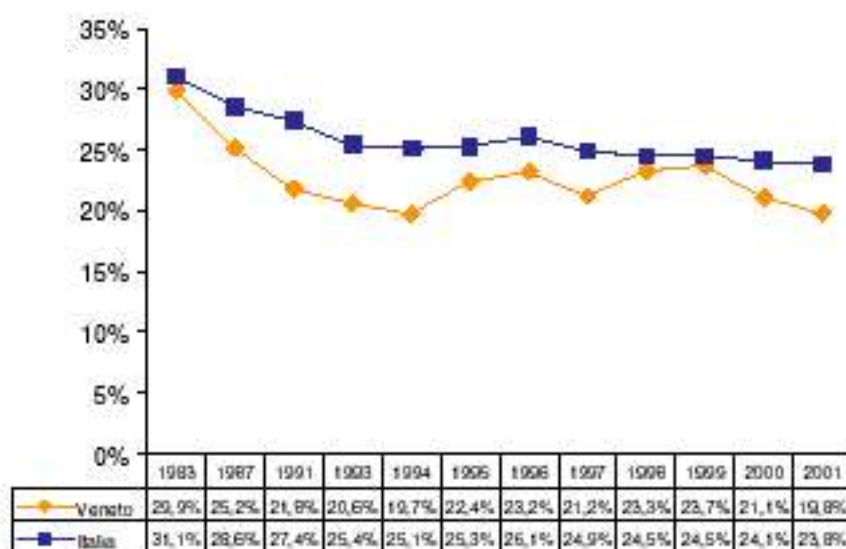
Tre fattori di rischio

Uno tra i maggiori fattori di rischi per le malattie degenerative è il **tabagismo**. Il fumo di tabacco provoca più decessi di alcol, AIDS, droghe, incidenti stradali e omicidi messi insieme. Circa 85 mila persone all'anno in Italia muoiono per cause collegate al fumo: si stima che una quota tra l'85 e il 90% dei tumori del polmoni sia causata dal fumo. Il tasso grezzo di incidenza del tumore ai polmoni per 100.000 abitanti è di 120 nei maschi e 31 nelle femmine. Nel Veneto ci si attende pertanto in un anno l'insorgenza di circa 3.300 nuovi casi di tumore polmonare, di cui 2.600 nei maschi e 700 nelle femmine. Il tumore del polmone si conferma il più frequente nei maschi (20% di tutti i tumori), mentre si pone al 5° posto nelle femmine (6%). L'analisi del trend temporale dell'incidenza di questo tumore mostra come esso sia in leggera diminuzione nella popolazione maschile, mentre si mantenga sostanzialmente invariato nelle femmine.

Veneto e fumo:  
3.300 tumori

Dalla rilevazione dell'ISTAT relativa al 2001, i fumatori in Veneto sono risultati il 19,8% della popolazione. Nella figura seguente è riportata la serie storica della prevalenza di fumatori in Italia e in Veneto dal 1983: nel periodo considerato la percentuale passa in Veneto dal 29,9% nel 1983 al dato attuale, con una flessione di circa 10 punti percentuali.

Graf.4.1.1: Abitudine al fumo Veneto e Italia



La più elevata diffusione dell'abitudine al fumo si registra tra gli uomini nella fascia di età compresa tra i 19 e 34 anni (37%), nelle donne tra i 35 e 44 anni (23%).

Le prime a  
12,5 anni

L'età di inizio si è sensibilmente ridotta negli anni. In un'indagine condotta nel 2002 tra i ragazzi delle scuole medie inferiori e il primo anno delle superiori del Veneto (HBSC - Health Behavior School Children), è emerso che la prima sigaretta viene fumata mediamente attorno ai 12 anni e mezzo. Il 38,6% degli intervistati di età compresa tra gli 11 e 13 anni ha dichiarato di aver provato a fumare. La percentuale di fumatori cresce velocemente con l'età: se al primo anno delle medie (11 anni) il numero di fumatori è basso, al primo anno delle superiori ha dichiarato di fumare quotidianamente il 20% delle ragazze e il 25% dei ragazzi.

Un'epidemia

La frequenza delle condizioni di **sovrappeso ed obesità** è andata aumentando negli ultimi decenni, al punto che, secondo l'OMS, l'obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali, e la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario.

Anche in Italia il sovrappeso e l'obesità rappresentano un problema di sanità pubblica: Nell'indagine Multiscopo condotta dall'Istat sugli stili di vita e condizione di salute nell'anno 2003 risulta che la popolazione adulta indagata è per il 9% obesa e per il 33,2% in sovrappeso.

Nell'ambito della rete regionale dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione è stato effettuato uno "Studio multicentrico per la rilevazione della crescita staturale-ponderale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto". Lo studio ha evidenziato in un campione di popolazione indagato di 12.853 bambini delle classi terze e quinte elementari (nati nel 1995 e nel 1993) residenti nel territorio regionale, una notevole tendenza al sovrappeso e all'obesità (v. tab. seguente)

Uno su  
quattro

Tab.4.1.1: Studio multicentrico per la rilevazione della crescita staturale-ponderale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto. Obesità e sovrappeso

ANNO DI NASCITA		SOVRAPPESO	OBESI
1993	maschi	23,14%	5,79%
	femmine	20,79%	4,70%
1995	maschi	19,07%	6,05%
	femmine	21,80%	5,59%

I fattori ambientali in grado di condizionare lo stato di salute della popolazione influenzando l'evoluzione del sovrappeso e quindi l'obesità sono correlati all'attività fisica e all'alimentazione. Per quanto riguarda le abitudini alimentari e l'assunzione di alimenti, essi dipendono dalle scelte individuali (influenze culturali, preferenze alimentari), ma anche da fattori socioeconomici e ambientali (economicità e disponibilità di alimenti, qualità e sicurezza dei prodotti ecc.).

disuguaglianze  
sociali

Esiste una correlazione fra disuguaglianze sociali e scelte alimentari: infatti le persone dei gruppi a basso reddito spendono per gli alimenti una proporzione maggiore del loro reddito, ma hanno una dieta di qualità nutrizionale più scarsa rispetto alle persone dei gruppi a reddito più alto.

Il prezzo elevato e la disponibilità di alimenti quali frutta, verdura e pesce (importanti per la prevenzione dell'obesità e delle malattie cardiovascolari ma spesso carenti nella attuale alimentazione) possono rappresentare fattori determinanti specie nelle fasce di popolazione a più basso reddito e livello socio-culturale.

La distribuzione commerciale e il costo contenuto del cibo a basso valore nutrizionale ed alto apporto calorico (junk food), costituiscono ulteriori determinanti nelle scelte alimentari della popolazione, così come la diffusione di tali alimenti nei distributori automatici.

cibo  
spazzatura

Il rapporto sullo Stato di Salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare (HBSC-2000) ha confermato che gli stili alimentari sono influenzati dal livello socioeconomico, con differenze nella frequenza e nell'assunzione di certi alimenti; i ragazzi i cui genitori hanno lavori più remunerativi consumano mediamente più frutta, più verdura e più latte dei figli di lavoratori impiegati in fasce occupazionali più basse. Anche il consumo medio di junk food ("cibo spazzatura") è maggiore nei ragazzi appartenenti a famiglie con livelli socioeconomici più bassi.

Esiste un forte contrasto tra l'alimentazione raccomandata e quella pubblicizzata, come evidenziato nello studio "Broadcasting bad health" ([http://www.foodcomm.org.uk/Broadcasting\\_bad\\_health.pdf](http://www.foodcomm.org.uk/Broadcasting_bad_health.pdf)) dell'International Association of Consumer Food Organizations per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dove risulta che la pubblicità televisiva rivolta ai bambini non propone un rapporto equilibrato tra i diversi alimenti, ma mostra in prevalenza cibi grassi e dolci.

Cattiva  
pubblicità

Uno degli elementi che influenzano maggiormente l'evoluzione del sovrappeso è rappresentato dalla **sedentarietà** che caratterizza lo stile di vita di molti adulti e bambini.

Soprattutto in questi ultimi anni, tale disaffezione all'attività fisica è in parte correlabile all'uso eccessivo del mezzo televisivo, i cui messaggi pubblicitari, come rilevato dall'indagine presentata a Pisa dalla Società Italiana di Pediatria (2005), possono indurre ad errori dal punto di vista nutrizionale.

Un paese  
poco attivo

I dati relativi all'attività fisica in Italia sono scarsi. Secondo i più recenti dati ISTAT nel 2002 solo il 20% della popolazione praticava con continuità uno o più sport, mentre il 10% lo praticava saltuariamente.

Nel nostro Paese solo una piccola parte della popolazione adulta pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati (30 minuti di attività moderata almeno 5 giorni/settimana oppure 20 minuti di attività intensa 3 o più volte per settimana).

Di contro, numerose evidenze scientifiche dimostrano gli effetti benefici prodotti sulla salute da un'attività fisica moderata, ma regolare.

Il semplice camminare ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno per più giorni alla settimana è associato ad una significativa riduzione dell'incidenza di mortalità per malattie cardiovascolari

Solo 30  
minuti

Molte altre malattie che si possono prevenire mediante l'attività fisica regolare (v. tab.n. 4.1.2)

Tab.4.1.2: Malattie prevenibili mediante attività fisica regolare  
([http://prevenzione.ulss20.verona.it/att\\_motoria.html](http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html) )

patologie cardiovascolari
ictus cerebri
dislipidemie
obesità
ipertensione
insorgenza di diabete e nei diabetici le complicanze del diabete
osteoporosi
decadimento mentale legato all'invecchiamento
alcuni tumori: colon, mammella e probabilmente anche prostata, endometrio e polmone

Utile quasi a tutti

L'attività fisica, inoltre, aiuta a controllare il peso e riduce lo stress, l'ansia e il senso di depressione. In età anziana i benefici dell'attività motoria non sono solo di natura sanitaria, ma anche sociali (mantenimento da parte degli anziani di un ruolo più attivo nella società) e della comunità (ridotti costi di assistenza sanitaria e sociale e promozione di una immagine dell'anziano positiva ed attiva).

La responsabilità per la scelta di stili di vita salutari non può essere lasciata esclusivamente agli individui, ma deve diventare una responsabilità condivisa da tutta la Comunità.

In tal senso le progettualità e le azioni che mirano a orientare gli stili di vita delle persone e a ridurre l'impatto negativo che i comportamenti non salutari possono avere sono da considerare un compito prioritario di prevenzione.

Un intervento di comunità

La creazione di una rete di Istituzioni ed Enti che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli e modalità di azione rappresenta un momento fondamentale per poter sviluppare interventi che abbiano carattere di sostenibilità e continuità (coinvolgimento di Istituzione regionali, amministratori locali, scuola, servizi sanitari e sociali, Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, strutture aziendali, produttori e reti di distribuzione di prodotti alimentari e strutture di ristorazione).

## INTERVENTI DI CONTRASTO

### 4.1.1 Fumo

500.000 fumatori in meno

Il 10 gennaio 2005 è entrato in vigore il divieto di fumo nei locali pubblici, previsto dall'art. 51 della legge 3 del 16 gennaio 2003. Questa legge introduce un divieto generalizzato sia negli locali aperti al pubblico, quali bar e ristoranti, che negli ambienti di lavoro frequentati esclusivamente da lavoratori, assimilabili a utenti, secondo la normativa. Nell'ultimo periodo altri paesi dell'Unione Europea (Irlanda, Belgio, Gran Bretagna) hanno introdotto limitazioni sul fumo nei locali pubblici. Anche in Italia come negli altri stati (europei o extra europei) dove è stato posto il divieto, si è registrato un calo dei fumatori: si stima che nel 2005 almeno 500.000 persone abbiano smesso di fumare.

Il nostro Dipartimento ha partecipato ad uno studio di verifica promosso dall'Istituto Superiore di Sanità. Nel 2005 sono state effettuate 2 rilevazioni a distanza di 6 mesi su un campione di 49 locali pubblici (bar, pizzerie, ristoranti, pub) sui 1451 esistenti nel territorio dell'ULSS 20.

I locali sono stati scelti a caso dall'elenco pagine gialle. Lo studio si è svolto in primo luogo mediante l'acquisizione di dati raccolti con un questionario compilato dagli stessi gestori/titolari degli esercizi pubblici.

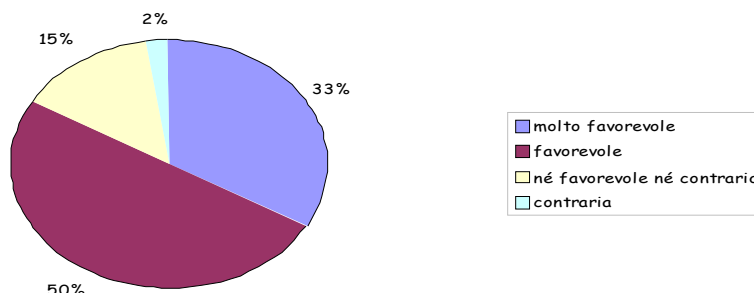
In aggiunta è stata rilevata dai tecnici dell'ULSS l'eventuale presenza di fumatori nei locali nell'orario di maggiore affluenza della clientela, o le tracce lasciate da questi ultimi (livello visivo e olfattivo di fumo).

La rilevazione ha accertato che

- tutti i locali espongono i cartelli regolamentari
- solo 2 disponevano di locali separati per fumatori
- solo in 1 caso è stata notata la presenza di un fumatore
- nel 18% dei casi il gestore ha riferito di aver smesso di fumare a seguito dell'entrata in vigore del divieto, ma questa aspettativa di un effetto positivo sulla abitudine al fumo è condivisa dal 57% degli intervistati
- solo nel 14% i gestori hanno dovuto richiamare i clienti al rispetto della legge
- il dato più interessante è quello relativo al gradimento dei clienti: più dell'83% dei clienti si è infatti dichiarato favorevole o molto favorevole rispetto alla legge (v. grafico).

Veronesi  
disciplinati

Graf.4.1.1.1: Opinione dei clienti sul rispetto della legge



#### Locali della pubblica amministrazione

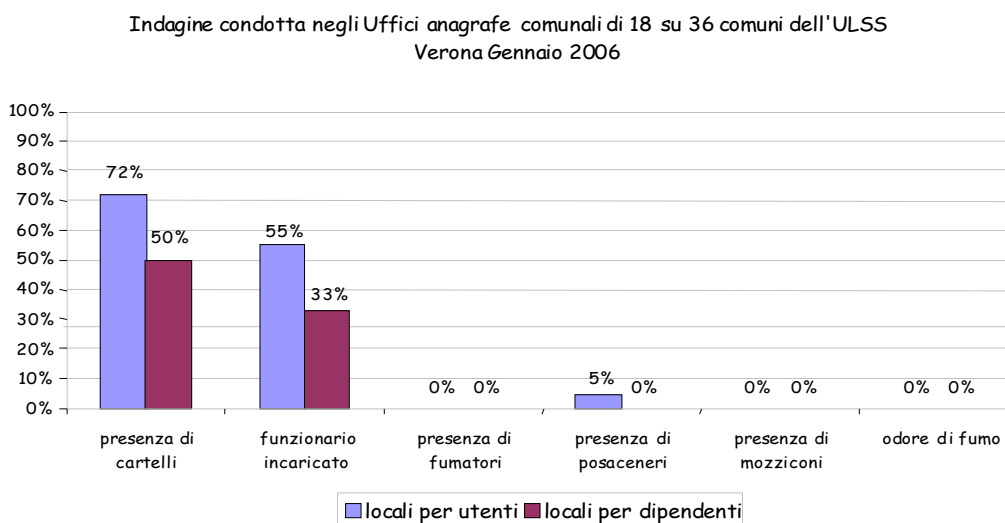
Nel dicembre del 2005 la Direzione Regionale per la Prevenzione ha attivato un'indagine, sostenuta dall'ANCI Veneto, per verificare l'aderenza alle disposizioni di legge nei locali della Pubblica Amministrazione nella regione.

In questo Dipartimento l'indagine è stata condotta presso gli uffici anagrafe di 18 su 36 comuni dell'ULSS 20.

Tramite osservazione diretta sono state registrate su una scheda informazioni circa la presenza di cartelli di divieto di fumo, di posacenere, di mozziconi e di fumatori sia nei locali riservati agli utenti che in quelli destinati agli impiegati.

I risultati complessivi dello studio sono in corso di elaborazione. I dati locali dell'ULSS 20 rilevano un'adesione totale al divieto di fumo ma una scarsa coerenza nell'applicazione delle disposizioni a carattere informativo e sanzionatorio. (v. grafico).

Graf. 4.1.1.2: Monitoraggio dell'osservanza della normativa sul divieto di fumo.



Anche le discoteche

E' stato chiarito dal Ministero della Salute che anche le discoteche devono osservare il divieto di fumo e ciò ha indotto alcune di esse ad attivarsi per dotarsi di una sala fumatori. Nel 2005 sono pervenute solamente 3 segnalazioni di inosservanza del divieto, 2 in ambienti di lavoro (uffici privati) e 1 in una discoteca. Solo 10 esercizi nell'ULSS 20 hanno chiesto di aprire una sala fumatori e solo due sono risultati idonei sotto il profilo strutturale ed impiantistico.

#### 4.1.2 Alimentazione

Lo stato di salute delle popolazioni, sia ricche che povere, del pianeta è fortemente influenzato dal livello e dalla qualità della nutrizione.

L'OMS ha recentemente sviluppato una Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute, con una serie di raccomandazioni per i governi e per tutte le altre parti in causa. Nello specifico, si raccomanda un approccio multisettoriale per far sì che aumenti il consumo di frutta e vegetali, diminuisca l'apporto di grassi animali saturi in favore di quelli vegetali insaturi, si riduca la quantità e la proporzione di grassi, sale e zucchero, si faccia attività fisica giornaliera, si mantenga l'Indice di Massa Corporea (BMI) entro limiti accettabili. Nella Unione Europea, nutrizione, attività fisica e obesità rientrano come "priorità chiave" nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel programma di azioni 2003-2008.

Le azioni svolte dal SIAN sono quindi orientate ad incoraggiare un approccio integrato e comprensivo verso una sana alimentazione e la promozione dell'attività fisica.

#### Azioni svolte dal SIAN (Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ULSS20)

Un'attenzione particolare è stata rivolta alla ristorazione scolastica dove si è promosso:

- l'applicazione delle linee guida regionali in materia di miglioramento della qualità nutrizionale con attività di consulenza verifica e validazione dei menù
- La consulenza alle Amministrazioni Comunali sui capitolati d'appalto
- Verifiche della qualità nutrizionale del pasto
- Il coinvolgimento di famiglie e scuole nel Progetto Miglioramento della qualità nella ristorazione scolastica)
- L'iniziativa del recupero e redistribuzione nelle fasce economicamente svantaggiate di pietanze in esubero in alcune mense scolastiche denominata "last minute market".

Bisogna restare magri

## **Educazione alimentare**

Attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica, sono state attivate tramite:

- la prosecuzione e l'innovazione degli interventi educativi attuati nelle scuole già da alcuni anni privilegiando gli approcci esperenziali e laboratori sensoriali.
- integrazione fra azioni sulla ristorazione scolastica e promozione dell'attività motoria
- la costruzione di alleanze tra organizzazioni diverse (sanità, scuola, distribuzione, associazioni di consumatori, produttori, famiglie...) con interventi multilivello. E' proseguita la collaborazione con l'Istituto Professionale di Stato per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione "Angelo Berti" di Verona che fa parte della Rete Regionale Veneta "Health Promoting School - Scuola promotrice di Salute" e che aderisce al network europeo ENHPS (European Network of Health Promoting Schools), che ha affiancato il SIAN nel progetto, mediante la metodologia della peer education (educazione tra pari, dagli studenti dell'alberghiero agli alunni della scuola primaria) come strumento privilegiato di comunicazione.
- sono stati realizzati inoltre laboratori di educazione al gusto per i bambini all'interno del programma di educazione alimentare regionale. Ciò ha consentito di ampliare e fortificare la rete di collaborazione fra soggetti diversi rendendo più efficaci le azioni in termini di risorse e risultati.

### **4.1.3 Attività fisica**

La promozione dell'attività fisica (AF) gioca un doppio ruolo nelle strategie di promozione della salute: da un lato infatti contrasta l'obesità, il diabete e le malattie cardiovascolari (che attualmente rappresentano un problema di salute pubblica di crescente rilevanza in tutto il mondo); dall'altro si inserisce in un progetto preventivo più globale, in quanto l'acquisizione di stili di vita sani (come il cammino o l'uso della bicicletta nella vita quotidiana e nel tempo libero) comporta vantaggi ambientali come l'abbattimento dell'utilizzo delle auto con conseguente riduzione delle patologie da incidenti stradali e da inquinamento atmosferico.

Per tutti questi motivi il Dipartimento di Prevenzione ha sviluppato una serie di attività volte alla lotta alla sedentarietà, seguendo le raccomandazioni delle agenzie internazionali di medicina preventiva che consigliano i seguenti interventi sicuramente efficaci.

Per l'elenco degli interventi realizzati si rimanda al sito Web del Dipartimento ([http://prevenzione.ulss20.verona.it/att\\_motoria.html](http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html)).

#### Lotta alla sedentarietà - Piano Triennale SISP

Il SISP dell'ULSS 20 è stato individuato come centro di riferimento regionale del progetto del Piano Triennale SISP 2002/4 riguardante la "Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive - lotta alla sedentarietà", che nel piano triennale 2005/7 va ad integrarsi con i progetti "Interventi di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità", "Prevenzione del diabete e delle cardiovasculopatie" e "Prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari" (conformemente a quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007), oltre che con le iniziative locali e regionali dei SIAN per la promozione di una sana alimentazione.

Centro di  
riferimento

12 progetti Nel 2005 sono stati realizzati e finanziati in 12 Ulss altrettanti progetti mirati all'incentivazione dell'AF, con particolare riguardo alla promozione del cammino e al coinvolgimento dei diabetici.

Usare le scale Inoltre sono state avviate altre attività di formazione degli operatori. E' stata anche realizzata una campagna di promozione dell'uso delle scale al posto dell'ascensore, con produzione di locandine (da appendere a fianco dell'ascensore) e pieghevoli, che ha coinvolto 15 delle 21 ULSS regionali.

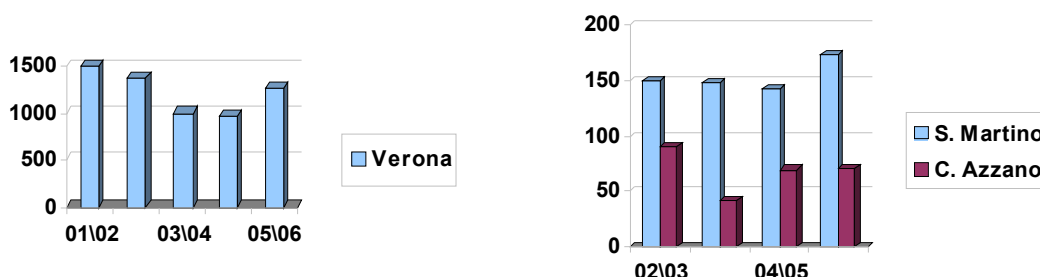
#### Corsi di attività motoria per anziani

Nel 2005 sono proseguiti i corsi di attività motoria in palestra e in piscina nei comuni di Verona (progetto "La salute nel movimento"), S. Martino Buon Albergo, Castel d'Azzano, Grezzana e Soave; sono inoltre stati inseriti nel progetto i comuni di Caldiero e S. Giovanni Lupatoto, coinvolgendo in totale 1716 persone.

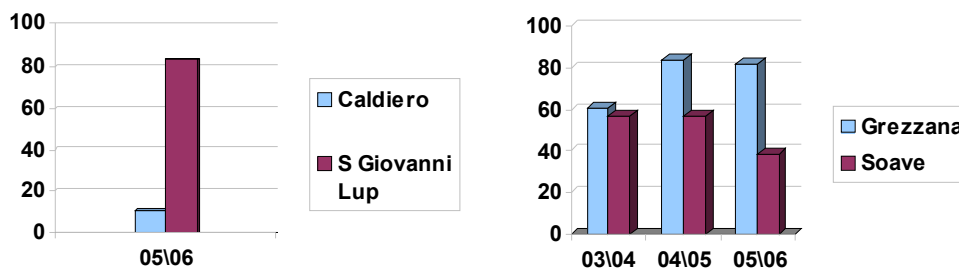
Le attività dei corsi e i controlli medici sono stati condotti con il supporto del Centro Interuniversitario per le Scienze Motorie (CeBiSM) e dell'équipe medica dell'ULSS20.

Graf. 4.1.3.1: Partecipanti ai corsi nei Comuni di Verona, San Martino Buon Albergo e Castel D'Azzano

Anziani in moto



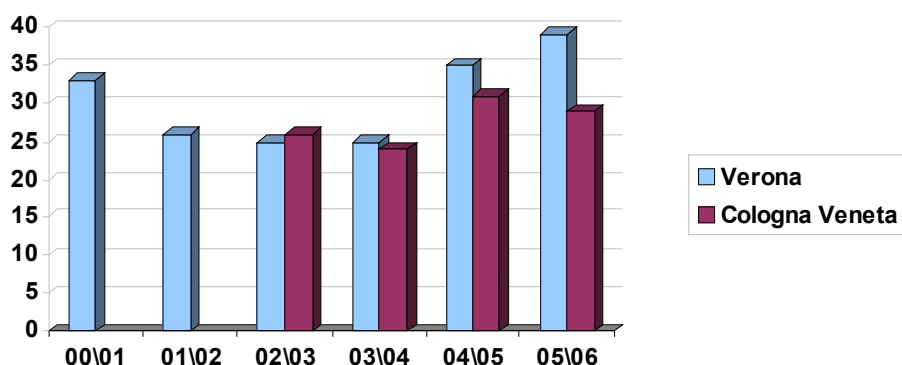
Graf 4.1.3.2: Partecipanti ai corsi nei Comuni di Grezzana, Soave, Caldiero e S. Giovanni Lupatoto



### Corsi di ginnastica per diabetici

Fin dal 2000 sono stati attivati corsi di attività motoria rivolti ai diabetici, mediante collaborazioni con Comune di Verona (progetto "La salute nel movimento"), CeBiSM, associazioni di pazienti e centri antidiabetici. Dal 2004 è stato attivato un secondo corso cittadino.

Graf 4.1.3.3: Partecipanti ai corsi per diabetici



Pochi  
diabetici  
ai corsi

### Progetti di promozione del cammino

I corsi di attività motoria per anziani e diabetici hanno coinvolto circa 1500 persone l'anno, numero ragguardevole ma insufficiente rispetto al bacino d'utenza: circa 70.000 anziani e 10.000 diabetici stimati nel territorio dell'Ulss. Inoltre l'attività in palestra è praticata quasi esclusivamente da donne, è costosa ed il numero di palestre pubbliche è insufficiente a coprire il fabbisogno della popolazione.

1.500  
persone

E' quindi opportuno proporre anche modalità alternative di esercizio, in particolar modo il cammino, che rappresenta una attività socializzante, potenzialmente più appetibile per i maschi, facile da praticare quotidianamente e a basso impatto organizzativo, oltre a comportare un abbattimento dei costi anche per la possibilità di addestrare alcuni soggetti come "walking leader" e formare gruppi almeno parzialmente autogestiti.

Per questo sono stati avviati alcuni progetti di promozione del cammino, uno dei quali (quello realizzato nel quartiere di borgo Roma) è risultato uno dei vincitori del I Concorso per le Buone Pratiche (cioè per la realizzazione in sede locale di pratiche "virtuose" dal punto di vista dello sviluppo sostenibile) indetto dal Comune di Verona nell'ambito di Agenda 21 locale.

### Progetto Auser S.Lucia-Golosine.

A partire dalla primavera 2004 è stato attivato presso il centro diurno per anziani di via Velino un programma di cammino in collaborazione con l'Auser (Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà) e la Facoltà di Scienze Motorie. Le attività, proseguite nell'autunno 2004 e nel primo semestre 2005.

### Progetto Auser Borgo Roma.

In dicembre 2004 è iniziato il progetto "La salute camminando", destinato agli anziani della Circoscrizione Borgo Roma - Cà di David.

Nel corso (29 ore di formazione teorico-pratica sulla promozione dell'AF e del cammino seguite da 71 ore di attività di cammino) i partecipanti sono stati inizialmente guidati da un insegnante. Sono stati coinvolte nel cammino 44 soggetti totali con circa 15 persone ad uscita. Tra i partecipanti sono stati individuati 7 walking leaders che hanno ricevuto una formazione specifica. In ottobre il programma è ripreso con 11 uscite di cammino bisettimanali, durante le quali i 30 partecipanti (buona parte dei quali provenienti dal gruppo dell'anno precedente) sono stati guidati da un insegnante laureato in Scienze motorie. Successivamente sono stati individuati 2 walking leaders scelti fra i 7 individuati l'anno precedente; dei rimanenti, tre hanno frequentato il gruppo con un ruolo di supporto attivo. E' stata inoltre rinforzata la formazione dei partecipanti sulle problematiche motorie e relazionali, per poi diradare la presenza dell'insegnante in vista del successivo passaggio all'autogestione con supervisione mensile a partire da dicembre.

#### Programma di AF per i pazienti affetti da diabete di tipo 2 afferenti al Centro di Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera di Verona.

Il progetto si prefigge di coinvolgere in un programma di AF regolare pazienti diabetici di tipo 2 per migliorarne i parametri metabolici. La fase di progettazione è stata conclusa e nei primi mesi del 2006 è previsto l'inizio il reclutamento di 100 pazienti. I soggetti trattati verranno inseriti in un programma di counseling sull'AF abbinato ad attività di cammino, guidate da un laureato in Scienze Motorie, e di bicicletta, con la collaborazione degli "Amici della bicicletta" di Verona.

#### Centro Igiene Mentale.

Nel 2005 è iniziato un intervento di promozione dell'AF (in collaborazione con il SIAN per la parte sull'alimentazione) per gli operatori del centro di Salute Mentale di borgo Roma, e che proseguirà nel 2006 con il coinvolgimento degli utenti in un gruppo di cammino guidato da alcuni infermieri con la supervisione di un laureato in Scienze Motorie.

#### Altre attività di cammino

sono in fase di progettazione insieme al Comune di Verona e alla Facoltà di Scienze Motorie, tra cui: il coinvolgimento di altri quartieri e di 5 ulteriori centri per anziani (piazza Isolo, S. Toscana, S. Pio X, Poiano e Montorio); uscite di cammino nella stagione estiva per gli anziani che frequentano i corsi in palestra; promozione dei nuovi percorsi attrezzati nei diversi quartieri.

#### Promozione dell'attività motoria nel bambino e collaborazione con SIAN

L'intervento di promozione dell'AF nel territorio dell'ULSS 20 è stato esteso negli ultimi anni dagli anziani e i diabetici ad altre fasce di popolazione, in particolare bambini e adolescenti. Sono stati realizzati interventi pilota diretti ai bambini, agli insegnanti e ai direttori didattici delle scuole veronesi ed è in fase di progettazione (in collaborazione con il SIAN e la Diabetologia Pediatrica dell'Università) un programma di prevenzione dell'obesità che coinvolgerà anche i pediatri e le scuole.

#### Interventi sui determinanti ambientali dell'AF e Protocollo di intesa con Comune di Verona e Facoltà di Scienze motorie

La responsabilità per la scelta di stili di vita salutari non può essere lasciata esclusivamente ai singoli individui in quanto i livelli di AF sono fortemente influenzati dal contesto ambientale. Di conseguenza l'intervento preventivo non può limitarsi agli aspetti comportamentali dei singoli ed è viceversa indispensabile approntare una campagna di comunità che intervenga sia sulle componenti sociali che sull'ambiente in cui le persone

vivono. I principali determinanti ambientali dell'AF sono: presenza di aree verdi e di spazi accessibili o attrezzati per l'AF (centri sportivi, luoghi in cui sia possibile camminare, correre o andare in bicicletta in sicurezza); costo e distanza di tali spazi dalle abitazioni; rete stradale, traffico e trasporti pubblici; inquinamento; sicurezza delle strade (traffico, aggressioni); dispositivi che riducono la spesa energetica (ascensore, telecomandi); cartelli che invitano a usare le scale. Altri fattori sociali decisivi nelle fasce di popolazione svantaggiate sono il senso di appartenenza alla comunità locale, il capitale sociale, l'equità (costo d'accesso alle strutture e loro presenza in quartieri di diverso tenore sociale). E' quindi proseguita la collaborazione fra Dipartimento di Prevenzione e Comune di Verona iniziata negli anni precedenti e riguardante il piano strategico, il piano regolatore e la promozione del cammino e delle altre forme di AF.

Nel luglio 2005 è stato siglato un nuovo protocollo d'intesa sull'AF fra ULSS 20, Comune di Verona e Facoltà di Scienze Motorie e sottoscritto un "Piano di azioni per la promozione di stili di vita sani" allo scopo di realizzare un programma ad ampio spettro che veda coinvolti partners istituzionali e non. Inoltre il Dipartimento ha partecipato alle iniziative "Pedibus" e "Vado a scuola da solo" per incentivare il cammino sul percorso casa-scuola, in collaborazione con Comune di Verona e associazioni ecologiste locali, ed alla pubblicizzazione, presso le scuole e i comuni dell'ULSS, della settimana "Vado a scuola a piedi".

Protocollo di  
intesa col  
Comune di  
Verona

E' proseguita infine la collaborazione gli altri comuni dell'ULSS; sono stati svolti incontri con amministratori locali a Caldiero, San Giovanni Lupatoto, Roverè e San Giovanni Ilarione per illustrare l'attività di consulenza urbanistica effettuata dal Dipartimento e l'importanza di percorsi verdi e piste ciclabili e della messa in rete delle varie strutture per l'AF (palestre, aree verdi, ecc).

A scuola a  
piedi

#### Advocacy e intervento di comunità

L'advocacy consiste nell'intervento su opinione pubblica e centri di potere socioeconomico per informare e stimolare amministratori e stakeholders su un determinato problema di salute pubblica (determinanti, linee guida delle agenzie nazionali e internazionali di medicina preventiva). L'advocacy sull'AF è stata portata avanti attraverso interventi diversificati a livello di ULSS e di regione: coinvolgimento degli amministratori locali; progetto regionale sull'attività motoria; pubblicazione di documenti sull'AF sul sito Web della Ulss ([www.ulss20.verona.it](http://www.ulss20.verona.it)) e su quello del Dipartimento di Prevenzione (<http://prevenzione.ulss20.verona.it>); collaborazione al master/laurea specialistica in "Attività motoria preventiva ed adattata" presso la Facoltà di Scienze Motorie di Verona; collaborazione alla Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva dell'Università di Verona; collaborazione con il "Corso regionale di counseling su alimentazione e attività fisica" organizzato presso l'ULSS 6 di Vicenza; creazione di un archivio bibliografico sull'AF (disponibile anche in rete); corsi per operatori sanitari e insegnanti di educazione fisica;

pubblici incontri sull'AF; interventi nelle scuole; collaborazione con i mass media locali; pubblicazione di articoli divulgativi sui giornali delle associazioni di pazienti (Lega tumori e Associazione diabetici). La rete di collaborazioni include inoltre: Amici della Bicicletta; Auser; Comuni; CeBiSM; Cooperativa LADEFVAV (insegnanti di educazione fisica); Divisione di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo dell'Università di Verona.

## 4.2 Screening oncologici

In analogia a quanto fatto da gran parte delle ULSS anche nella nostra Azienda sanitaria, con delibera aziendale n.618 del 6.7.2005, è stato istituito l'Ufficio di Coordinamento degli Screening Oncologici, presso il Dipartimento di Prevenzione, con il compito:

- di costituire un riferimento unico per gli aspetti organizzativi, sia per gli utenti che le strutture dell'Ulss;
- di sviluppare azioni coordinate di promozione ed informazione alla popolazione;
- di rappresentare un riferimento unico per i programmi di collaborazione con i soggetti esterni e le associazioni.

•  
La sede operativa è stata individuata nell'ospedale di Marzana.

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

Trovare i tumori in fase precoce

Gli screening oncologici sono interventi pianificati di prevenzione in persone asintomatiche finalizzati all'individuazione del tumore in una fase precoce della sua storia naturale, in considerazione del fatto che più precoce è la diagnosi, tanto più è probabile la possibilità di modificare la storia naturale stessa, tramite un trattamento.

Il principio della diagnostica precoce si basa sull'ipotesi che vi sia uno sviluppo progressivo del tumore, a partire dalle forme pre-cancerose, attraverso forme pre-invasive e quindi forme invasive di sempre maggior dimensione. Lo scopo è quindi quello di fare una diagnosi prima della fase sintomatologica, e pertanto di anticipare la diagnosi in persone che sono ancora a-sintomatiche.

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

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

Attualmente i test di screening che soddisfano tali criteri sono:

3 screening efficaci

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

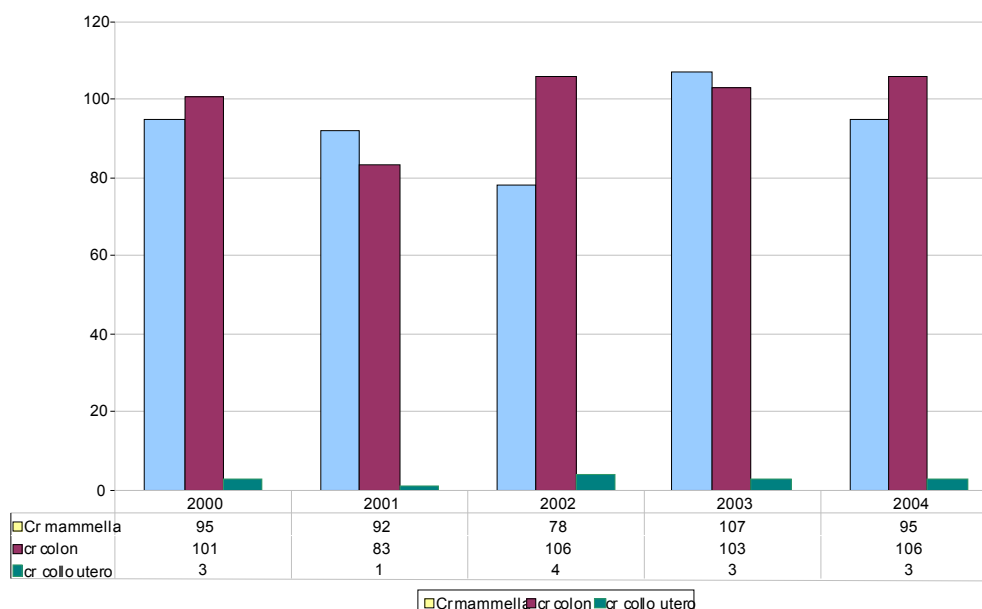
Con DPCM 29.11.2001 gli screening per il tumore al seno, alla cervice uterina ed al colon-retto sono stati inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ossia tra le prestazioni ed i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini.

In data 23 marzo 2005 è stata stipulata una intesa Stato-Regioni che riporta il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e che prevede, tra l'altro, risorse finalizzate agli screening oncologici: cancro della mammella, della cervice uterina, e del colon retto.

Nella nostra ULSS gli screening relativi ai tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono attivi già da alcuni anni.

I dati di mortalità specifici per i tumori prevenibili con lo screening sono riportati nel grafico.

Graf. 4.2.1: dati di mortalità specifici per i tumori prevenibili con lo screening ULSS 20



Si espongono di seguito le attività dei tre screening, con i dati relativi all'anno 2004, non essendo ancora disponibili al nostro Ufficio di Coordinamento Screening quelli del 2005, salvo alcuni dati relativi allo screening del colon retto.

#### Screening della cervice uterina: Pap Test

Lo screening della cervice uterina, Pap test, è quello attivo da più tempo, essendo avviato dal 1997 per le donne nella fascia d'età 25-64 anni. La popolazione bersaglio in questa fascia d'età è costituita da circa 120 000 donne, che vengono invitate ogni tre anni (quindi 40 000 /anno) ad eseguire il test, presso le sedi distrettuali e ricevono direttamente a casa la risposta, se negativa. In caso di positività all'indagine la donna viene contattata telefonicamente a casa dal call centre, che ha sede a San Bonifacio, e viene invitata ad eseguire gli accertamenti di secondo livello.

120.000  
donne in 3  
anni

Nell'anno 2004 gli inviti sono stati 26162, con un'adesione del 44,5%.

Dal 2002 è in corso un trial randomizzato coordinato dall'Unità di Epidemiologia dei Tumori di Torino, avente per obiettivo il confronto, rispetto alla citologia convenzionale ogni tre anni, di strategie di screening del cervico carcinoma basate sulla ricerca molecolare del virus del papilloma umano HPV, o sulla citologia in strato sottile. Per questo trial, nell'anno 2004, sono state invitate 10014 donne con una adesione pari al 29,9%.

Su 4272 inviti di II livello sono state eseguite 3686 colposcopie (+ Pap test), 657 biopsie, 60 interventi escissionali con ansa diatermica, 37 vaporizzazioni laser e 9 conizzazioni.

Tab. 4.2.1: Lesioni identificate negli anni 2003-2004 allo screening Pap test.

	2003	2004
Cancri	3	1
Lesioni preneoplastiche di alto grado	42	65
Lesioni preneoplastiche di basso grado	122	293
Presenza di cellule di incerto significato	328	419

### Screening della mammella

58.000 donne  
in 2 anni

Lo screening del cancro della mammella è attivo nella nostra ULSS dal luglio 1999, per le donne in fascia d'età 50 - 69 anni. La popolazione bersaglio in questa fascia d'età è pari a circa 58.000 Donne e l'invito allo screening è previsto ogni due anni, quindi la popolazione da invitare è pari a 29.000 donne /anno.

L'indagine di screening è la mammografia con lettura immediata, cui seguono subito, in caso di dubbio diagnostico, gli approfondimenti non invasivi.

L'esame viene eseguito presso il Centro Senologico di Marzana; le donne sono subito informate dell'esito dell'esame e ricevono poi a casa il referto. In caso di positività la donna viene informata delle strutture alle quali poter accedere, su sua scelta, per l'intervento chirurgico, ed il Centro cura i rapporti con la chirurgia alla quale la donna si rivolgerà.

Nell'anno 2004 sono state invitate 20.334 donne e le esaminate sono state 14.097, con un'adesione pari al 69% circa.

Sono state identificate 98 neoplasie; i trattamenti eseguiti, sul totale dei casi riportati, sono stati prevalentemente conservativi, coerentemente con l'elevata proporzione di lesioni di basso grado.

Tab.4.2.2: Lesioni identificate negli anni 2003-2004 allo screening mammografico.

	2003	2004
Cancri in stadio 0	20	18
Cancri in stadio I	36	54
Cancri in stadio II o più avanzato	26	26

Uno dei grossi limiti del nostro programma di screening sta nella potenzialità operativa del Centro Senologico che fino al 2005 poteva garantire solo circa 13 500 - 14 000 mammografie/anno, e che pertanto ha dovuto operare la scelta di privilegiare, nell'invito, le donne già arruolate al primo round; dal 2006 la nostra Azienda si è impegnata ad implementare il Centro, in particolare relativamente ai tecnici di radiologia medica, al fine di estendere la chiamata anche alle donne che, pur eleggibili, non hanno ancora ricevuto l'invito.

### Screening del colon-retto

Lo screening del colon retto è iniziato nel luglio 2003, con invito ad esame rettosigmoidoscopico, da eseguirsi una volta nella vita, ai 60 anni. La popolazione bersaglio è costituita pertanto di anno in anno dal numero delle persone (maschi e femmine) della classe che compirà i 60 anni nell'anno in corso, e che per l'anno 2004 era costituita da circa 4.500 persone.

Questi ricevono un invito dall'unità Operativa Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di San Bonifacio, a recarsi presso la sede stessa o presso l'Ospedale di Marzana, a seconda del luogo di residenza, per effettuare una rettosigmoidoscopia, il cui materiale di preparazione viene ritirato presso i distretti o l'ambulatorio del proprio medico di medicina generale.

In caso di esito negativo l'assistito riceve subito al termine dell'esame il relativo referto.

In caso di esito non negativo, in base ad un proprio protocollo operativo, l'assistito viene invitato ad eseguire una colonscopia totale, e qualora ci sia precisa indicazione dal reperto endoscopico, gli assistiti vengono inviati immediatamente per gli accertamenti preoperatori alla terapia chirurgica, nella sede scelta dal paziente.

Dal novembre 2002, è inoltre in corso uno studio multicentrico, denominato S.Co.Re 3, di confronto di tre metodiche di screening: ricerca sangue occulto nelle feci, rettosigmoidoscopia, colonscopia totale, per il quale è interessata la popolazione in età 55 - 64 anni dei comuni di Arcole, San Bonifacio e Soave.

Tab.4.2.3: Lesioni identificate negli anni 2003-2005

	2003	2004	2005
Cancri	3	5	4
Adenomi avanzati (>1cm, istologia villosa, displasia di alto grado)	38	107	63
Adenomi a basso rischio	52	160	155

Dal 2006 lo screening del colon retto prevederà anche l'invito ad eseguire la ricerca del sangue occulto nelle feci a coloro che non avranno aderito all'invito alla rettosigmoidoscopia ed alla popolazione nata dal 1945 al 1936, quale recupero delle classi più anziane, al fine di coprire la popolazione fino ai 70 anni. La ricerca del sangue occulto fecale sarà proposta ogni due anni.



## 5. LA SICUREZZA ALIMENTARE

### 5.1 Approvvigionamento dell'acqua potabile

Nella città di Verona abbiamo la fortuna di disporre di riserve d'acqua in quantità adeguata, con caratteristiche di qualità e con una rete di distribuzione efficiente e controllata.

Si rende, in ogni caso, necessario coordinare gli sforzi di tutti gli enti interessati affinché sia erogata acqua controllata dal punto di vista batteriologico e chimico.

La vigilanza si svolge attraverso la collaborazione con i Sindaci dei Comuni, con i gestori degli acquedotti, con la nuova realtà dell'Autorità d'Ambito Territoriale Ottimale (AATO), con i privati che ancora non hanno possibilità di essere serviti dalla rete acquedottistica.

Acqua di buona qualità

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

Tab. 5.1.1: Consumi di acqua e impianti a Verona e in Lessinia

Quantità di acqua	Verona m <sup>3</sup> /anno erogati	34.858.000
	Lessinia m <sup>3</sup> /anno erogati	1.514.000 di cui clorata 40%
Impianti	Centrali	21
	Pozzi	60
	Stazione di pompaggio	49
Abitanti serviti	Verona (fonte: Comune, aggiornamento 31/12/2004)	269.068
	Lessinia ISTAT 2001	11.947
Estensione rete	Totale	1.600 km

IMPIANTI	VERONA	LESSINIA
Campi pozzi	22	1
N° pozzi	60	5
Serbatoi	40	50
Sorgenti	1	10
Centrali di spinta	28	16

(dati AGSM)

Generalmente l'acqua, per la città di Verona, è fornita attraverso la rete acquedottistica senza necessità di clorazione. Tale pratica è riservata solamente ai tratti in manutenzione straordinaria e solo per il tempo necessario a garantirne la sicurezza batteriologica

Senza cloro

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

Per quanto concerne invece il restante territorio, la fornitura di acqua per il consumo umano, oltre che dall'AGSM, è garantita anche da altri gestori oppure è attinta da pozzi privati. Nella seguente tabella sono riportati i principali dati forniti dai Comuni interessati:

Tab. 5.1.2: Fornitura dell'acqua per il consumo umano nei Comuni dell'ULSS20

COMUNE	GESTORE ACQUEDOTTO PRINCIPALE	* GESTORE ACQUEDOTTO SECONDARIO	POPOLAZIONE SERVITA DA ACQUEDOTTO	POPOLAZIONE NON SERVITA DA ACQUEDOTTO
Albaredo d'Adige	CISIAG		3390	1644
Arcole	CISIAG		4362	1349
Badia Calavena	Comune AGSM	COVISE	2327 180	
Belfiore				2610
Bosco Chiesa Nuova	AGSM		3472	
Buttapietra	AGSM		6257	300
Caldiero	Comune		6037	217
Castel d'Azzano	Vigasio spa		11102	140
Cazzano di Tramigna	Comune		1342	38
Cerro Veronese	AGSM		2294	50
Cologna Veneta	CISIAG		7738	455
Cognola ai Colli	Comune	COVISE	7633	10
Erbezzo	AGSM		809	2
Grezzana	AGSM		10629	
Illasi		COVISE	5150	
Lavagno	Comune		6324	
Mezzane di Sotto	Comune	AGSM	1955	10
Montecchia di Crosara	Comune		4440	20
Monteforte d'Alpone	Comune		7707	100
Pressana	CISIAG		2244	220
Roncà	Comune		3326	150
Rovere Veronese	AGSM		2135	
Rovereto di Guà	CISIAG		1128	308
San Bonifacio	Comune		16450	2450
San Giovanni Ilarione	Comune		3150	1920
San Giovanni Lupatoto	Comune		22497	900
San Mauro di Saline	AGSM Acq. Buso		400 170	
Selva di Progno	Comune	COVISE	913	61
Soave	Comune		6450	300
Tregnago	Comune	COVISE	4800	40
Velo Veronese	AGSM		800	
Verona	AGSM		259380	Dato n.p.
Veronella	CISIAG		3592	350
Vestenanova	Comune		2354	331
Zimella	CISIAG		4039	586
<b>TOTALE</b>			<b>416717</b>	<b>14561</b>

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

Comune di S. Mauro di Saline: da aggiungere 800 abitanti stagionali allacciati;

Comune di Velo V.se: da aggiungere 1200 abitanti stagionali allacciati.

Nella parte orientale del territorio della ULSS 20 l'acqua è tenuta sotto controllo e monitoraggio, in particolare nel sambonifacese dove vi sono alcuni pozzi che forniscono acqua che necessita di essere trattata e con presenza di tri e tetracloroetilene ai limiti dei valori accettabili.

Contaminazioni  
chimiche  
S. Bonifacio

L'Ente erogatore del servizio ha affrontato il problema di trattare l'acqua con idoneo impianto di depurazione per evitare che l'incremento delle citate sostanze tossiche potesse comprometterne l'erogazione.

E' stata quindi concordata con il Comune e con l'Autorità d'Ambito Territoriale Ottimale (AATO) una soluzione che prevede entro il 2006 l'attivazione in loco di un nuovo impianto tecnologico che integrerà quello esistente per poter assicurare in ogni caso l'abbattimento di tali inquinanti chimici.

Parallelamente si effettuano a cura del Consorzio intercomunale "Le Valli" accertamenti conoscitivi nei territori interessati ed in quelli limitrofi volti a documentare eventuali responsabilità dato che le sostanze citate (tricloroetilene e tetracloroetilene) provengono sicuramente da attività antropiche.

In definitiva quindi l'attività del SIAN è rivolta a controllare gli Enti Gestori affinché la fornitura di acqua al consumo umano avvenga in quantità adeguata e nel rispetto dei parametri di sicurezza previsti dalla normativa. I nostri campionamenti "di vigilanza" si sommano così a quelli cosiddetti interni degli Enti Gestori e contribuiscono a mantenere sotto controllo questo servizio.

Tab. 5.1.3: Prelievi acqua potabile per controllo e vigilanza

PRELIEVI	NUMERO	IRREGOLARI ALLA ANALISI CHIMICA	IRREGOLARI ALLA ANALISI MICROBIOLOGICA
Da acquedotto	594	6	26
Da pozzi privati	133	16	21
Da stabilimenti e/o laboratori	60	0	2
Totale			

Per quanto concerne la parte chimica i valori non conformi riguardano prevalentemente la presenza di tri e tetracloroetilene la cui somma eccede in alcuni prelievi il limite fissato dalla normativa (10 µg/l).

Le irregolarità microbiologiche invece si riferiscono a presenza di indicatori (coliformi) che richiedono un intervento di clorazione o di manutenzione e pulizia straordinaria di tratti di acquedotto o di pozzi privati.

## 5.2 Tossinfezioni alimentari

Sono patologie legate al consumo di alimenti, nella maggior parte dei casi con quadro clinico di lieve entità, per lo più senza reliquati.

Tuttavia possono rappresentare un serio problema di sanità pubblica per il grande numero di soggetti che possono essere colpiti in un breve periodo temporale e per la gravità che possono assumere nell'età pediatrica, negli anziani e nei soggetti immunocompromessi. Inoltre possono provocare costi sociali elevati e allarmi sociali per la percezione del rischio indotta nel consumatore. Queste patologie sono abbastanza facilmente prevenibili con il

Soggetti  
deboli

rispetto di corrette norme igieniche nella varie fasi di produzione, conservazione, trasporto, distribuzione, commercio e somministrazione degli alimenti.

Il numero delle tossinfezioni alimentari che si verifica in un Paese è stato proposto, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, quale indicatore dello stato di benessere sociale.

Nessun  
focolaio  
collettivo

Nel territorio di nostra competenza non vi sono stati nel 2005 problemi di sorta per la ristorazione collettiva. Nella nostra ULSS vi sono stati infatti solo casi localizzati in ambito familiare con un totale di quattro episodi segnalati, senza conseguenze sanitarie di rilievo.

Per completezza si riporta la seguente tabella relativa ai casi regionali e nazionali da salmonellosi nel 2004.

Tab. 5.2.1: Casi di salmonellosi in Italia e nel Veneto - Anno 2004 (dati del Ministero della Salute)

PROVINCIA	N. CASI SINGOLE PERSONE
Belluno	1
Padova	14
Rovigo	1
Treviso	0
Venezia	8
Verona	4
Vicenza	15
VENETO	43
ITALIA	8172

In provincia di Verona, nel 2004, non sono stati segnalati casi di epatite A, febbre tifoide, diarree infettive, listeriosi, brucellosi.

E' possibile che l'utilizzo, oramai applicato da qualche anno, del sistema HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points) abbia ottenuto risultati apprezzabili innescando un circolo virtuoso in tutte le varie fasi del ciclo produttivo delle aziende veronesi.

Un risultato  
dell'HACCP?

Si ricorda che i principi HACCP mirano a identificare ed analizzare i danni associati ai differenti stadi del processo produttivo di un alimento, a definire i mezzi necessari per neutralizzarli e ad assicurare che questi mezzi siano messi in atto in modo efficiente ed efficace.

### 5.3 Vigilanza e controllo su prodotti alimentari

L'attività di vigilanza si esplica tanto sugli ambienti dove a qualsiasi titolo vengono trattati alimenti (mense, ristoranti, bar, gastronomie, supermercati, chioschi, banchi, contenitori vari per trasporto merci, magazzini, ecc.) che sulle materie prime o prodotto finito.

La recente legislazione comunitaria ha armonizzato le attività di controllo ufficiale sui prodotti alimentari che vengono effettuate nei Paesi dell'Unione Europea.

Scopo del controllo ufficiale è quello di verificare e garantire la conformità dei prodotti alimentari alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica, a proteggere gli interessi dei consumatori e ad assicurare la correttezza delle transazioni commerciali.

Tale attività è caratterizzata da interventi programmati annualmente, nel nostro caso su base regionale e provinciale, che ne definiscono la natura e la frequenza in modo tale da assicurare che il controllo sia proporzionato all'obiettivo perseguito.

Per l'espletamento delle suddette attività il SIAN si avvale di laboratori pubblici locali quali l'ARPAV di Verona, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie o nazionali come l'Istituto Superiore di Sanità per le revisioni di analisi.

Le attività del controllo ufficiale sono indirizzate ai prodotti italiani e a quelli di altra provenienza destinati ad essere commercializzati nel territorio nazionale, nonché a quelli spediti verso Paesi dell'Unione Europea o esportati verso Paesi terzi. Esse riguardano tutte le fasi della produzione, della trasformazione, del magazzinaggio, del trasporto, del commercio, della somministrazione.

Tali attività sono caratterizzate da interventi programmati annualmente, nel nostro caso su base regionale, che ne definiscono la natura e la frequenza in modo tale da assicurare che il controllo sia proporzionato all'obiettivo perseguito.

Controlli  
programmati

Per l'espletamento delle suddette attività il SIAN si avvale di laboratori pubblici locali quali l'ARPAV di Verona, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie o nazionali per le revisioni di analisi.

Accanto ai controlli ufficiali degli alimenti, vengono effettuati anche ulteriori verifiche a valenza conoscitiva per tenere monitorata e sotto controllo, per quanto possibile, la condizione igienico sanitaria dei prodotti, delle attrezzature e dei locali interessati.

#### Attività ispettiva e di controllo alimenti

I dati sotto riportati illustrano le principali attività svolte dal SIAN nel corso del 2005, raggruppate per capitoli riassuntivi.

Tab. 5.3.1: Attività ispettiva del SIAN - Anno 2005

ATTIVITÀ	TOTALE	ATTIVITÀ	TOTALE
Ispezioni per autorizzazione automezzi	<b>246</b>	Campionamento di alimenti vari, prodotti di gastronomia, dietetici, ecc.	<b>565</b>
Ispezioni per rilascio autorizzazioni	<b>948</b>	Attestati, certificazioni e autorizzazioni sanitarie rilasciati per nuovi esercizi	<b>1287</b>
Ispezioni di iniziativa SIAN	<b>1591</b>	Distruzioni alimenti su richiesta	<b>12</b>
Assistenza sull'applicazione di norme	<b>526</b>		
Pareri su progetti, pareri preventivi, altre attività varie	<b>350</b>		
Provvedimenti amministrativi (sanzioni, sequestri, dissequestri, ordinanze per rimozione inconvenienti igienici o per cessata	<b>161</b>		
Indagini di Polizia Giudiziaria	<b>7</b>		

Tab. 5.3.2: Campionamenti di alimenti

	TOTALE	IRREGOLARI ANALISI CHIMICA	IRREGOLARI ANALISI MICROBIOLOGICA	IRREGOLARI ANALISI FISICA
Campionamenti di alimenti vari, prodotti di gastronomia, dietetici, ecc.	565	7	29	0

irregolarità

Per quanto riguarda le non conformità all'analisi microbiologica, è stata rilevata la presenza di elevate cariche batteriche e/o stafilococco aureo e lysteria monocitogenes in prodotti di gastronomia da banco pronta al consumo pur in assenza di manifestazioni patologiche evidenti.

In altri casi è stata rinvenuta la presenza di muffe in erbe essiccate da condimento.

Per le irregolarità alle analisi chimiche è da segnalare la non conformità di alcuni olii da frittura usati nelle friggitorie prevalentemente ambulanti, la presenza di ammoniaca in ciambelle confezionate e alcune irregolarità nella etichettatura dei prodotti.

Tutte le citate irregolarità sono state oggetto di provvedimenti amministrativi o penali come previsto dalla normativa e di indagini finalizzate a rimuovere le cause di tali anomalie.

#### Ristorazione etnica e phone center

Cibi etnici

Nell'ambito della attività di ristorazione etnica il 2005 ha visto un notevole incremento degli esercizi pubblici sia di produzione-vendita che di commercializzazione di materie prime utilizzate dall'industria stessa oppure destinate alla vendita tal quali.

La ristorazione etnica è in realtà un modo di produrre, conservare, somministrare alimenti e bevande secondo modalità tipiche di una popolazione.

Convivenza difficile

La nuova attività di ristorazione etnica ha comportato alcuni problemi diffusi (emissioni dalle attività artigianali di produzione, orari di esercizio, inquinamento acustico, sicurezza e igiene degli alimenti nelle varie fasi della produzione) e di gestione delle segnalazioni di disagio dei cittadini connesse a fattori più disparati (comportamenti antigienici in pubblica via, disturbo della quiete pubblica).

50 phone center

Nell'agosto scorso si sono intensificati i controlli sugli esercizi di ristorazione etnica nonché a carico dei phone center dove spesso viene esercitata l'attività di produzione o meramente rivendita di prodotti etnici.

Dai 24 Comuni, sui 35 interpellati, emerge che i phone center sono oltre 50 e saranno oggetto di vigilanza nell'anno prossimo.

Allo stato attuale gli aspetti più critici sono emersi a carico dei rivenditori itineranti, presso i quali si è riscontrata la presenza di alimenti in vendita con cariche batteriche troppo elevate dovute anche alla mancanza di chiari concetti igienici da parte degli operatori (rispetto delle logiche di produzione e delle temperature di conservazione).

Il nostro Servizio inoltre ha partecipato ad un gruppo di lavoro voluto dal Comune di Verona (CRD ambiente) per affrontare il problema delle emissioni moleste provocate da attività di ristorazione in generale, con particolare riguardo a quella etnica.

#### Allerta comunitaria, globalizzazione del mercato

Il SIAN è entrato a far parte del sistema di allerta comunitaria che, attraverso la Regione, opera per la verifica e il controllo dei casi segnalati.

L'impiego di strumenti informatici quali trasmissione di notizie via e-mail e uso quotidiano della rete per la visione delle situazioni di allerta comunitarie ha velocizzato e semplificato l'intervento degli operatori.

Oramai il lavoro di controllo con sopralluogo per verifica della presenza di alimenti segnalati ed eventuale campionamento e/o sequestro è svolto in tempi sempre più ridotti.

Le segnalazioni che sono pervenute nell'anno considerato e che sono riferite al nostro territorio hanno riguardato varie tematiche che hanno interessato anche l'opinione pubblica data la rilevanza dei casi.

Si fa riferimento principalmente alle seguenti notizie:

- Contaminazione microbiologica (salmonella e campylobacter) in partite di rucola esportate e provenienti da ditte di lavorazione e preparazione site nel veronese.
- Presenza in eccesso di nitrati in insalata verde
- Contaminazione da ITX presente nelle confezioni di prodotti alimentari vari (latte, succhi di frutta, ecc.)
- Presenza di cloramfenicolo in pappa reale

Contaminazioni  
varie

Appare molto ridimensionata, rispetto a qualche anno fa, la problematica legata alle tossinfezioni di origine alimentare segnalate nel nostro territorio. Oramai i casi che sono segnalati sono sporadici, spesso solo sospetti, coinvolgono singole persone o ristretti nuclei familiari senza gravi conseguenze.

Nello stesso tempo però la libera circolazione delle merci e il processo di globalizzazione del mercato hanno come conseguenza la possibilità di segnalazioni di non conformità provenienti da sedi italiane e straniere anche molto lontane.

Per esempio la contaminazione della rucola "veronese" è stata segnalata dalla Svezia e dalla Germania.

#### **Progetto regionale FAS "Fitosanitari-Ambiente-Salute"**

FAS è il nuovo sistema regionale di gestione Fitosanitari Ambiente Salute che garantisce il corretto impiego dei prodotti fitosanitari per tutelare la salute delle persone e l'ambiente.

Le ispezioni nelle aziende agricole sono state effettuate insieme ad un Tecnico della Prevenzione dello SPISAL.

Sono state ispezionate n. 45 aziende agricole nelle quali si è rilevato che:

- le aziende associate a forme di cooperative o associazioni per il ritiro e commercializzazione dei prodotti agricoli o che fanno parte di progetti in agricoltura (contributi CEE o regionali ecc.) riconosciuti dall'Ispettorato dell'Agricoltura, sono tutte in possesso del "registro dei trattamenti fitosanitari" correttamente compilato ed aggiornato
- i requisiti per il deposito dei prodotti fitosanitari sono rispettati e le attrezzature per i trattamenti vengono sottoposte alle verifiche di controllo per un corretto funzionamento (taratura atomizzatori)
- nelle aziende agricole a gestione familiare si è rilevata in alcuni casi la mancanza del "registro dei trattamenti fitosanitari", la non corretta compilazione dei dati richiesti o il mancato aggiornamento del registro. Sono state quindi fornite prescrizioni di adeguamento alla normativa in merito alla tenuta del registro.
- tutte le aziende agricole si avvalgono dei centri di raccolta autorizzati per lo smaltimento dei contenitori vuoti
- in molte aziende si sono impartite prescrizioni per rendere sicure le attrezzature nei confronti del personale lavorante.

45 ispezioni  
per  
fitofarmaci

Controlli presso le Rivendite Prodotti Fitosanitari

Sono state ispezionate e verificate positivamente n. 15 rivendite di prodotti fitosanitari per controllo delle prescrizioni impartite in corso di sopralluoghi effettuati nell'anno 2004.

## Funghi

E' un servizio dovuto alle aziende che acquistano e commerciano funghi spontanei provenienti dall'estero, prevalentemente da paesi dell'Europa dell'est.

L'attività è svolta nel periodo giugno - novembre da micologi specializzati presso il Centro Agroalimentare.

Micologi  
specializzati

E' attivo, sempre nel periodo indicato, anche un ulteriore servizio, gratuito, di consulenza micologica svolto a favore dei privati raccoglitori che chiedono perizie micologiche nel dubbio che i funghi raccolti non siano commestibili o addirittura tossici e velenosi.

Quest'ultima attività è svolta nei locali dell'Arsenale messi a disposizione dal Comune di Verona ed è stata affidata, in convenzione, al Gruppo micologico e protezione flora spontanea del Dopolavoro ferroviario di Verona.

Di seguito sono riportati i dati di tale importante servizio particolarmente rivolto alla prevenzione delle intossicazioni da funghi da cittadini non esperti.

Tab 5.3.3: Attività di consulenza micologica

TIPOLOGIA ATTIVITÀ	NUMERO INTERVENTI ANNO 2004	NUMERO INTERVENTI ANNO 2005
kg funghi ispezionati	55.594	121.386
perizie autoconsumo per privati	518	678

## Last minute market

Recenti ricerche hanno evidenziato che in termini di fatturato l'1 - 1,5% dei prodotti alimentari in vendita rimane invenduto per varie ragioni e deve essere eliminato.

Contro lo  
spreco

Ciò comporta un costo diretto per la struttura che tratta il prodotto ma anche un ulteriore costo per la collettività per le esternalità ambientali negative causate dall'inquinamento prodotto dalle operazioni di distruzione.

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

I cibi recuperati e garantiti sotto il profilo igienico sanitario da protocolli della Azienda ULSS sono donati ai bisognosi promuovendo così un'azione tipicamente di sviluppo (auto) sostenibile locale, con ricadute positive a livello ambientale, economico e sociale. Il sistema offre beni e servizi e nel contempo diffonde valori etici.

Oltre al recupero di beni nelle grandi catene di distribuzione il SIAN ha dato adesione anche al progetto del Comune di Verona per il recupero dei pasti non consumati nelle mense collettive (scuole).

Tale progetto ha superato la prima esperienza dello scorso anno e si è dato avvio alla seconda fase dell'esperimento per il recupero pasti presso le mense scolastiche.

In particolare il SIAN ha provveduto a validare i protocolli igienico sanitari adottati dalle associazioni ONLUS per la gestione di movimentazione e consumo dei prodotti recuperabili.

Tab.5.3.4: Progetto "La mensa oltre la scuola" Anno scolastico 2005 - 2006  
 Riepilogo raccolta in 7 settimane su 5 scuole di Verona (dati provvisori dal 7/11 al 23/12/2005)

TIPOLOGIA	QUANTITÀ (KG)	%
Primo	610,70	42,00
Secondo	230,19	15,83
Contorno	259,21	17,83
Frutta/Yogurt	108,42	7,46
Varie	25,46	1,75
Pane	220,13	15,14
Totale	1454,11	100,00

#### Attività di formazione

Il SIAN si è fatto carico di iniziative di formazione rivolte a specifiche professionalità e previste dalle normative nazionali e regionali.

In particolare, in accordo e per conto delle altre due ULSS della provincia, è stato tenuto un corso rivolto ai venditori di prodotti fitosanitari con 17 iscritti, per consentire di conseguire o rinnovare il certificato di abilitazione alla vendita.

Inoltre il SIAN è stato incaricato dalla Regione, tramite la ULSS 20, di svolgere attività di formazione professionale per il personale addetto alla produzione e vendita delle sostanze alimentari. Si tratta di gestire dal punto di vista didattico e organizzativo i corsi sostitutivi dei libretti sanitari per personale che necessita di tale riconoscimento per poter operare nel comparto alimentare. Su un totale di 80 eventi accreditati al SIAN da parte della Regione, sono stati fino ad ora tenuti 7 corsi presso le sedi degli Ospedali di Marzana e di San Bonifacio con un totale di oltre 200 partecipanti.

#### 5.4 Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE)

L'attività per il controllo della BSE si è svolta anche durante l'anno 2005 applicando in modo sempre più puntuale i sistemi di sorveglianza attiva e passiva.

La sorveglianza attiva prevede la ricerca della malattia e la descrizione della situazione epidemiologica mediante l'esecuzione di test "a tappeto" su tutti i bovini sottoposti a macellazione regolare di età superiore a 24 mesi e su tutti i bovini sottoposti alla macellazione speciale d'urgenza, alla macellazione differita o morti in stalla o durante il trasporto.

Questa è stata eseguita in macelli ed allevamenti del territorio per 1120 esami complessivi nessuno dei quali ha dato esito positivo.

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

Nessun caso

Tab.5.4.1: Dati di frequenza aggiornati al 21/12/2005 (Italia)

ANNO	TEST ESEGUITI	CASI AUTOCTONI	CASI COMPLESSIVI	PREVALENZA (CASI AUTOCTONI /10.000 TEST)
<u>2001</u>	465.589	48	50	1,03
<u>2002</u>	746.678	34	36	0,46
<u>2003</u>	787.567	31	31	0,39
<u>2004</u>	785.296	7	7	0,09
<u>2005</u>	672.907	8	8	0,12

Buoni  
anche i  
mangimi

Nel 2005 sono stati effettuati n° 142 campioni di mangime, per la ricerca di eventuali farine animali, tutti con esito negativo.

L'anagrafe bovina è ormai a pieno regime e consente di controllare tutti gli spostamenti di animali con interessanti risvolti in merito alla tracciabilità e alle informazioni da fornire al consumatore.

Si è continuata l'educazione sanitaria degli operatori del settore, usufruendo per questa di corsi per dirigenti formatori organizzati dal Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria. A questi corsi organizzati dal Servizio Veterinario hanno partecipato n°60 addetti del settore.

Torna la  
fiorentina

Grazie ai buoni risultati di questi ultimi anni a partire dal gennaio del 2006 la Commissione Europea ha dato parere favorevole alla possibilità di fornire al consumatore anche la colonna vertebrale degli animali delle razze bovine e bufaline fino ai 24 mesi di età per la gioia degli amanti del taglio alla "fiorentina".

### 5.5 Tracciabilità dei prodotti di origine animale

Durante la normale attività di vigilanza sugli esercizi di vendita al dettaglio è stata verificata la tracciabilità dei prodotti di origine animale. Gli operatori sanitari hanno controllato se ogni prodotto riportava correttamente le informazioni al consumatore previste dalla attuale normativa.

L'origine della  
carne

Si ricorda che nello scorso agosto è divenuta obbligatoria la etichettatura delle carni avicole per garantire il consumatore sulla loro provenienza.

Anche le carni bovine devono riportare il paese di nascita dell'animale, quello dove l'animale è stato allevato e/o ingrassato, dove è stato macellato e sezionato e infine un numero che permetta di risalire all'animale singolo o al gruppo di animali.

Analogamente i prodotti ittici devono riportare indicazioni simili: sistema di pesca in mare o in acque interne (fiumi, laghi, ecc.), sistema di allevamento, zona di mare di provenienza, paese di allevamento o di pesca in acque interne, denominazione scientifica che segua il prodotto fino al dettagliante

Si è potuto constatare che gli esercenti si sono prontamente adeguati agli obblighi della normativa, fornendo al consumatore le indicazioni previste.

## 5.6 Latte

L'attività di controllo del latte viene svolta mediante il controllo di alcuni parametri: valori del latte "conforme" carica batterica (< 100.000 per ml) cellule somatiche (< 400.000 per ml) in quanto solo il latte che rispetta tali parametri può essere destinato al consumo diretto (latte alimentare).

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

Tale attività di controllo per ogni produttore (stalla), viene eseguita di routine da ogni azienda di trasformazione nel proprio piano di autocontrollo avvalendosi di laboratori autorizzati. I dati vengono comunicati da questi laboratori all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie con cadenza quindicinale e riguardano tutti i produttori del Veneto. Gli esiti che scaturiscono da questa raccolta di dati vengono comunicati mensilmente per via telematica a tutte le Aziende Ulss per i successivi provvedimenti da eseguire in fase di vigilanza.

Nel territorio dell'ULSS 20 sono presenti 19 caseifici sui quali sono stati eseguiti n. 79 interventi.

19 caseifici

Nelle attività sopradescritte possono emergere delle evidenze epidemiologiche che impongono maggiori controlli o approfondimenti di indagine perché alcuni prodotti rilevano rischi da inquinamento particolarmente pericolosi. Ne sono un esempio attuale i problemi da contaminazione da aflatossina M1 nel latte, a seguito dei quali sono state eseguite indagini sulle stalle e sui caseifici. Si tratta di sostanze dotate di elevata epatotossicità nell'uomo che sono prodotte da un tipo particolare di fungo che può svilupparsi nel foraggio ed essere ingerito dal bestiame.

Aflatossine  
nel latte

Durante la normale attività di vigilanza del settembre 2005, è stata rilevata nella nostra ULSS la presenza di questi composti nel latte alla stalla. Questo episodio è stato causato dall'utilizzo di alcune partite di mais di "varietà precoce" di provenienza locale, risultate contaminate e utilizzate nell'alimentazione delle bovine da latte.

7 allevamenti  
contaminati

Sono risultati contaminati 7 allevamenti del nostro territorio e in questi sono state sequestrate e distrutte le partite del latte prodotto per un totale di 35.000 kg.

Esami effettuati per la sola ricerca di aflatossine n. 288.

## 5.7 Uova e ovoprodotti

Sul territorio sono presenti due industrie per la produzione di ovoprodotti che sono sottoposte al controllo costante del veterinario ufficiale designato. In questi sono stati lavorati 708 milioni di uova ed eseguiti n. 40 campionamenti senza che fossero registrate non conformità. Un intervento dei NAS ha consentito di far chiudere un'attività illegale di commercializzazione di prodotti derivati dalle uova che, pur non essendo igienicamente pericolosi, erano di pessima qualità organolettica.

Attività  
illegale



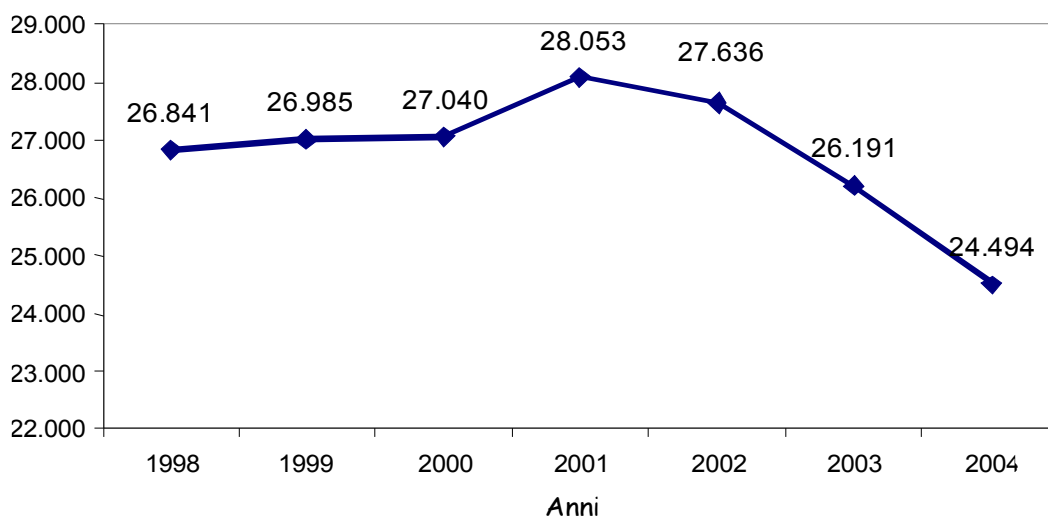
## 6. LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

### 6.1 Infortuni sul lavoro

#### Quadro provinciale

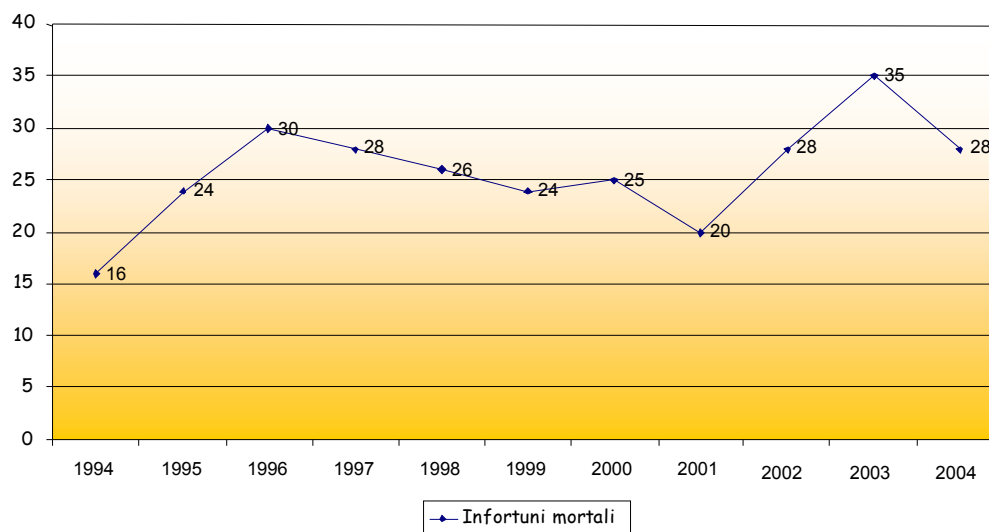
Negli ultimi anni la Provincia di Verona si caratterizza come la provincia che detiene il maggior numero, in assoluto, degli infortuni denunciati nel Veneto, con una percentuale che oscilla intorno al 22%.

Graf.6.1.1: Infortuni denunciati all'INAIL Provincia di Verona (dati INAIL-web)



La definizione dei casi di infortunio adottata dall'INAIL prevede la classificazione in Temporanei, Permanenti e Mortali, in base alla gravità degli esiti.

Graf. 6.1.2: Infortuni mortali nella Provincia di Verona



Dal '97 al 2001 si assiste ad una ripresa degli infortuni pari al 11,5%. Negli ultimi anni l'andamento è sostanzialmente stazionario, nonostante il progressivo incremento della base occupazionale. Non altrettanto possiamo affermare per gli infortuni mortali (soprattutto in itinere e stradali) che mostrano negli anni un andamento crescente.

L'impressione è che dopo un primo immediato impatto positivo del D.Lgs. 626/94 l'impegno e la sensibilità sociale verso il problema della sicurezza del lavoro siano inadeguati all'entità del fenomeno nella nostra provincia.

L'impatto economico che il fenomeno infortunistico produce nella provincia di Verona è stimabile in circa 90.000.000 Euro/anno.

La numerosità in assoluto del fenomeno indica che esistono ancora ampi margini di miglioramento e che occorre mobilitare, in forma coordinata, maggiori risorse ed energie comunitarie, economiche, sociali e politiche per determinare miglioramenti immediati e significativi.

### Gli infortuni nell'ULSS 20

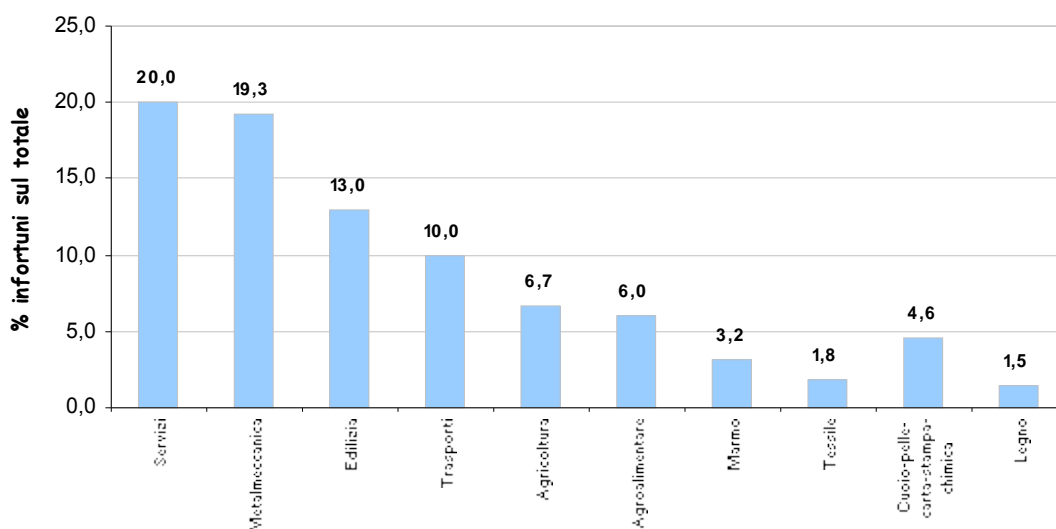
L'andamento del fenomeno infortunistico nel territorio dell'ULSS n. 20, valutato sul totale degli infortuni definiti dall'INAIL nel periodo 1989-2001 (dati definiti) è sostanzialmente stabile, del tutto simile a quello provinciale, tenuto conto che l'Azienda ULSS nella sua forma attuale è il risultato, dell'accorpamento avvenuto in tempi diversi di altri territori (ex ULSS 24, distretto dell' ex ULSS 28, Comune di S. G. Lupatoto). Per quanto riguarda le cause del fenomeno si segnala il peso determinante degli incidenti stradali.

Tab. 6.1.1 : Infortuni nell'ULSS 20 definiti dall'INAIL

Molti  
incidenti  
stradali

ANNI	INFORTUNI MORTALI	INFORTUNI PERMANENTI
<b>2000</b>		
inf. sul lavoro	5	181
inf. alla guida	7	25
inf. in itinere	1	33
<b>TOT</b>	<b>13</b>	<b>239</b>
<b>2001</b>		
inf. sul lavoro	2	210
inf. alla guida	6	20
inf. in itinere	2	37
<b>TOT</b>	<b>10</b>	<b>267</b>
<b>2002</b>		
inf. sul lavoro	n.d	
inf. alla guida	n.d	
inf. in itinere	n.d	
<b>TOT</b>	<b>12</b>	<b>272</b>
<b>2003</b>		
inf. sul lavoro	n.d	
inf. alla guida	n.d	
inf. in itinere	n.d	
<b>TOT</b>	<b>14</b>	<b>133</b>

Graf. 6.1.3: - Percentuale di infortuni nei principali comparti: anno 2000

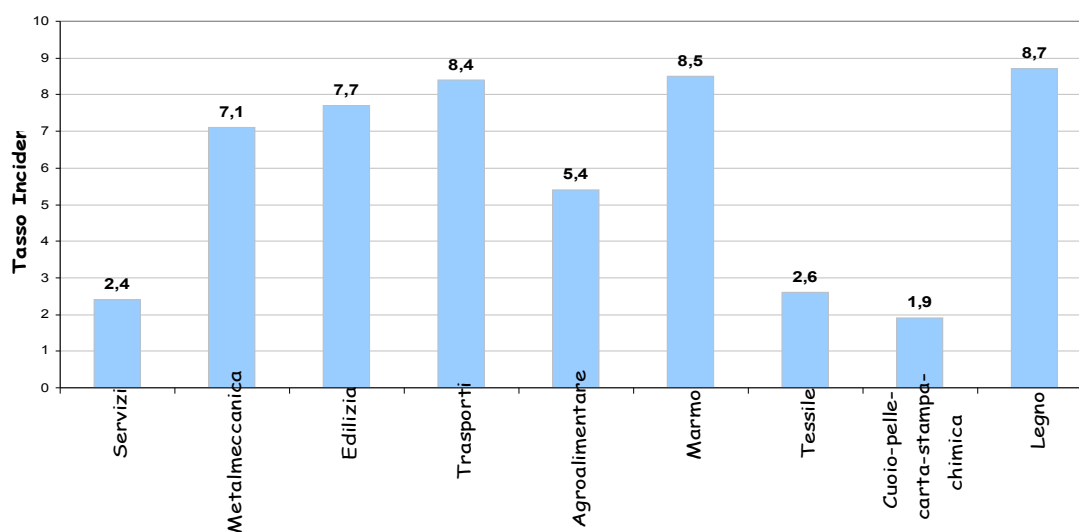


La distribuzione degli infortuni per comparto evidenzia come, in termini assoluti, questi siano prevalenti nei servizi con il 20% del totale, seguono il comparto metalmeccanica, l'edilizia, i trasporti.

L'analisi per indice di incidenza (n. infortuni ogni 100 addetti) evidenzia che la metalmeccanica, l'edilizia, i trasporti, il marmo e il legno risultano essere i comparti maggiormente a rischio di infortunio, con valori che sono 3 o 4 volte superiori al rischio presente nei servizi o nel tessile. L'indice di incidenza nelle cooperative di servizi è pari a quello dell'edilizia. Le cooperative di servizi e le imprese di lavoro temporaneo negli ultimi anni risultano sempre più interessate dal fenomeno infortunistico.

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

Graf.6.1.4: - Tasso di incidenza infortuni (n° eventi/100 addetti) nei diversi comparti



N.B. Dal conteggio manca il comparto dell'Agricoltura in quanto il dato sul numero degli addetti non è reperibile da fonte INAIL

A fronte di 32.386 aziende con sede legale nell'ULSS (34.143 se si includono le aziende con sede legale fuori ULSS), gli infortuni definiti nell'anno 2002 - con l'esclusione degli infortuni in itinere - sono pari a 6.226 e si concentrano in 2.712 aziende (che rappresentano il 7,9% delle aziende totali).

In meno di 300 aziende pubbliche e private si concentra oltre il 50% degli infortuni che accadono nella nostra ULSS.

Tab.6.1.2: Infortuni definiti nell'Azienda ULSS 20 anno 2002

INFORTUNI VALORI ASSOLUTI	FREQUENZA CUMULATIVA INFORTUNI %	TOT. AZIENDE DOVE VI SONO STATI INFORTUNI*
1.541	25,0	41
3.082	50,0	289
4.623	75,0	685
6.226	100,0	2.712

\*Nel dato sono incluse anche le aziende con sede legale fuori ULSS

In termini di valori assoluti il settore terziario risulta interessato dal fenomeno infortunistico in misura pari all'industria. In particolare, per motivi di numerosità degli occupati, la pubblica amministrazione compare nei primi posti (azienda ospedaliera, Comune di Verona, Fondazione Arena, Ulss 20, A.M.I.A., AGSM).

#### **Infortuni nella popolazione extracomunitaria**

In mancanza di dati provinciali sul fenomeno in questa sede esponiamo alcuni dati disponibili a livello nazionale.

Dall'indagine svolta dall'Istituto italiano di medicina sociale, con la collaborazione della Caritas confermata da recenti dati INAIL che riportando le stime INPS, elaborate su dati Ministero dell'Interno-INPS-INAIL si conferma, purtroppo, una crescita negli anni del rischio infortunio nei lavoratori extracomunitari.

I lavoratori stranieri stimati nel nostro paese risultano 1,9 milioni su un totale di 2,4 milioni di presenze, pari al 4 per cento della popolazione generale.

Nel 2003 gli infortuni occorsi a extracomunitari sono stati quasi 107.000, con 157 casi mortali pari all'11% del totale nazionale. Nel 2004 tali dati risultano in crescita.

Il tasso d'incidenza infortunistica è sensibilmente più elevato rispetto a quello medio nazionale: 57 contro 44 per 1.000 occupati. Ciò è correlato alla progressiva emersione di lavoratori già presenti e all'ingresso di nuove forze lavoro.

La spiegazione più plausibile è da ricercarsi nel tipo di attività svolta dal lavoratore extracomunitario, principalmente più pericolose, legate alla mobilità, alle stagionalità, in aziende con pochi addetti.

Altro fattore che si ritiene possa incidere è il minor grado di competenza nel lavoro sia come preparazione tecnica sia come esperienza acquisita.

I settori di attività dove si concentrano gli infortuni sono: l'industria metalmeccanica (28,1%), le costruzioni (14,6%) primo in quanto a casi mortali (25%), il Commercio (7,6%), i Trasporti (6,6%) e l'Agricoltura (4,6%)

Oltre ai dati dell'INAIL, un progetto di ricerca finalizzato alla conoscenza del fenomeno degli infortuni professionali e degli incidenti domestici nella popolazione immigrata è stato elaborato dall'ISPESL. Lo studio è ancora in corso, ma i primi risultati confermano un'incidenza degli infortuni degli immigrati maggiore rispetto a quella generale, anche tra i "regolari".

Da una ricerca descrittiva condotta in collaborazione con il Pronto Soccorso di San Bonifacio e con il Centro Studi Immigrazione (CESTIM) sui casi di infortunio classificato come "altro accidentale" (non avvenuto in ambiente di lavoro) occorsi a persone extracomunitarie, emerge che su 419 persone che hanno chiesto una prestazione urgente nell'anno 2004, 60 casi (14,3%) si qualificano come casi sospetti cioè casi che per la loro natura dei sintomi e delle cause possono verosimilmente essere avvenuti sul luogo di lavoro.

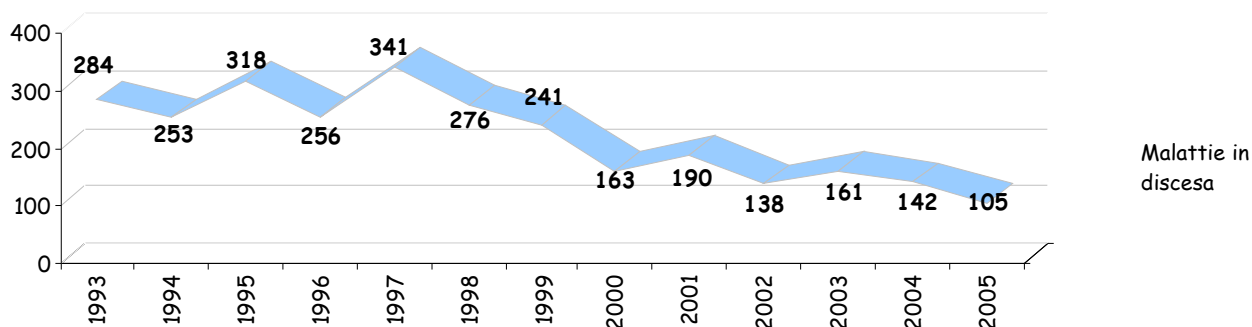
## 6.2 Le malattie professionali nell'ULSS 20

Dal 1997 le malattie professionali nell'ULSS 20 mostrano un trend calante, ad indicare che siamo in presenza di un miglioramento delle condizioni generali di prevenzione nei confronti dei fattori di rischio più tradizionali di tipo fisico e chimico i cui danni sono riconosciuti ed indennizzati dall'Istituto Assicuratore.

Nella tabella successiva si riporta l'andamento della curva epidemica delle malattie professionali nell'ULSS n. 20, denunciate o riscontrate nell'ambito dell'attività ambulatoriale del Servizio.

Incidenti sospetti

Graf.6.2.1: Malattie professionali denunciate allo SPISAL, nel periodo 1993 - 2005



Il confronto dei casi riscontrati evidenzia, nel tempo, il calo dei casi della patologia uditiva da rumore, che mantiene comunque il primato tra le patologie professionali denunciate, da addebitarsi spesso a condizioni di lavoro pregresse, relative anche ad alcuni decenni fa. E' parimenti rilevante la patologia da esposizione a polveri di amianto e la patologia dell'apparato muscolo-scheletrico da sovraccarico bio-meccanico.

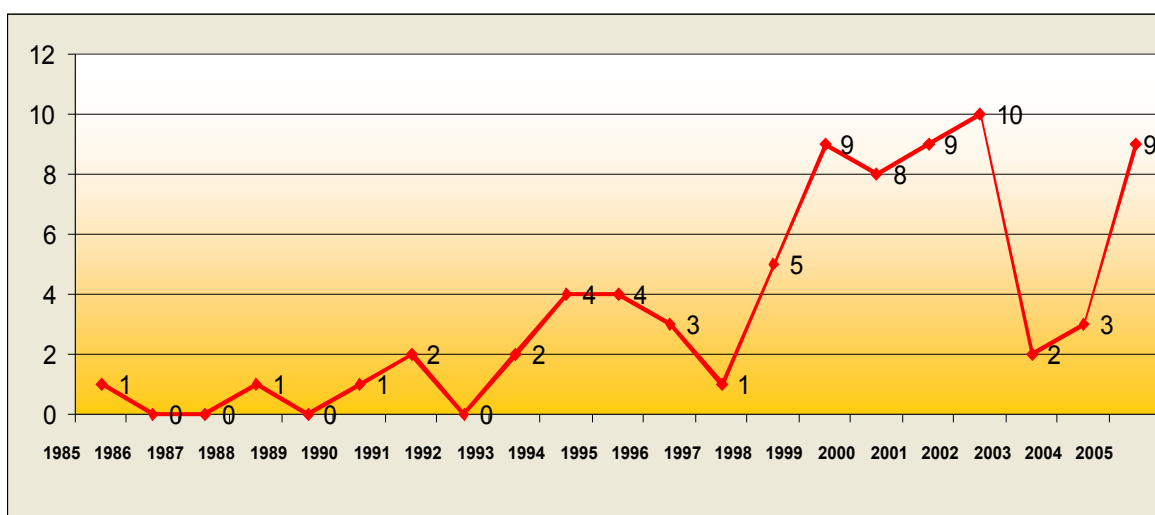
Tab.6.2.1: Malattie professionali denunciate allo SPISAL nel 2000-2005.

ANNO	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ipoacusie	148	76	89	69	72	53
Dermatiti	8	19	4	6	8	3
Patologie dell'apparato respiratorio	13	9	12	41	11	8
Patologie dell'apparato muscolo-scheletrico.	11	10	14	16	19	25
Tumori	11	8	26	5	3	4
Di cui Mesoteliomi	6	5	18	4	0	4
Disturbi da disadattamento Lavorativo (mobbing ecc.)	0	0	0	0	7	12
Altre	3	4	3	2	8	4
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>131</b>	<b>166</b>	<b>143</b>	<b>128</b>	<b>113</b>

Amianto e tumori

Continuano le segnalazioni di tumori polmonari da amianto (4 casi di mesotelioma pleurico nel 2005 nell'ULSS 20) in lavoratori che furono esposti nel passato. Il grafico seguente documenta l'andamento della frequenza dei casi di mesotelioma pleurico (neoplasia correlata all'esposizione all'amianto) nella provincia di Verona. L'andamento dal 1985 al 2005 evidenzia l'aumento del numero di casi accertati negli ultimi anni e conferma quanto previsto in base ai periodi di esposizione ad amianto il cui culmine, sia per livello che per diffusione nella popolazione, si colloca negli anni settanta. Va ricordato il lungo periodo di latenza di questo tipo di tumore, 30 anni in media.

Graf.6.2.2: Casi di mesotelioma accertati in provincia di Verona dal 1985 al 2005



Sono in aumento le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico da sovraccarico bio-meccanico sia degli arti superiori (Tendinite, sindrome del tunnel carpale, periartriti), conseguenti ad attività che comportano l'effettuazione di movimenti ripetitivi, sia del rachide da movimentazione manuale di carichi (lombosciatalgie, discopatie e spondiloartrosi).

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

Elevata la prevalenza di patologia a carico del rachide lombare tra operatori sanitari che svolgono compiti di assistenza a pazienti con disabilità motorie, che richiedono abitualmente la loro movimentazione-mobilizzazione manuale (rischio occupazionale più diffuso e rilevante per i lavoratori del Comparto della Sanità).

Da segnalare i recenti numerosi casi di patologia allergica dell'apparato respiratorio (10 casi di asma bronchiale e 13 di rinite) da sensibilizzazione a farine di cereali e miglioranti della lievitazione, accertati in panificatori e lavoratori dell'industria dolciaria. I casi sono stati rilevati a seguito di un'indagine sanitaria a campione su panificatori di Verona, effettuata dal Servizio di Medicina del Lavoro dell'Università di Verona. Il dato evidenzia come spesso per categorie di lavoratori non inseriti in interventi di sorveglianza sanitaria obbligatoria si perdano importanti informazioni su patologie che riconoscono un nesso causale diretto con il lavoro.

Nella ULSS 20, presso il Servizio di Psicologia Territoriale è stato di recente attivato un Ambulatorio per la gestione terapeutica dei casi di mobbing e disturbi psicologici derivanti dal disagio organizzativo sul posto di lavoro.

Patologie  
osteo  
articolari

### 6.3 Vigilanza

Lo schema seguente riassume le linee di intervento di promozione della salute in funzione del target e dell'efficacia dell'intervento, rispetto alla numerosità della popolazione interessata.

Tab.6.3.1 - Strategie del Servizio

TARGET	POLITICHE	VIGILANZA
Grandi aziende (Progetto "Verona Aziende Sicure")	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ promozione dei SGS (sistemi di gestione della sicurezza),</li> <li>▪ certificazione sociale,</li> <li>▪ coinvolgimento parti sociali</li> </ul>	Vigilanza sulle aziende che permangono ad alto rischio o su evento infortunistico, esposto o malattia professionale
Edilizia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ promozione cultura,</li> <li>▪ coinvolgimento parti sociali,</li> <li>▪ formazione,</li> <li>▪ controllo sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controllo cantieri a rischio di caduta</li> <li>▪ Contrasto illegalità (Istituzioni, VV.UU, INAIL, INPS, Min. Lav.)</li> <li>▪ Su evento infortunistico, esposto o malattia professionale</li> </ul>
Agricoltura	"	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Su evento infortunistico, esposto o malattia professionale</li> </ul>
Artigianato e piccole aziende	"	"

Nel settore dell'agricoltura e nel comparto artigianale considerato la numerosità delle imprese presenti (circa 30.000), non raggiungibili con l'azione di vigilanza e controllo, a causa delle scarse risorse a disposizione, la promozione della cultura della sicurezza e l'attuazione di politiche ed alleanze sociali rappresentano strategie necessarie.

L'epidemiologia degli infortuni, in particolare gli indici di gravità, la loro distribuzione per settore, comparto e singola azienda permette di definire strategie di intervento finalizzate all'efficacia dell'intervento e al migliore utilizzo delle risorse.

Tab.6.3.2: Distribuzione degli infortuni per settore, comparto e tipologia aziende

	N. INFORTUNI	% INFORTUNI	N. AZIENDE	INFORTUNI /AZIENDA
Grandi aziende	3.082	50	289	10,6
Edilizia	996	16	2423	1,3
Agricoltura	709	11.4		
Altro	1439	22.6		
Totale	6.226	100	2.712	2,2

Anche la distribuzione per dimensione delle aziende degli occupati nell'ULSS 20, esclusa l'agricoltura ed i dipendenti dello Stato, evidenzia come il 37,6% degli addetti si concentri in 146 aziende, pari allo 0.45% del totale delle aziende, mentre il 65,4% degli addetti (111.112) è occupato in 2.218 aziende pubbliche o private, pari al 7% circa del totale. Il restante 35% degli occupati (58.000) si distribuisce su 30.000 aziende.

I dati illustrati spiegano come lo strumento vigilanza debba essere indirizzato ai comparti a maggior rischio infortunistico (secondo indice di frequenza e gravità), alla promozione dei sistemi di gestione della sicurezza nelle grandi aziende pubbliche e private, al controllo dei cantieri edili a rischio di caduta, al contrasto degli infortuni gravi o mortali e delle malattie professionali, oltre che a seguito di segnalazioni avanzate dai Rappresentanti dei lavoratori sulla sicurezza (RLS) o dai lavoratori.

### Vigilanza nelle aziende

Il Servizio prevede un intervento indirizzato alle aziende dove si rileva un alta numerosità degli infortuni con priorità rivolta alle aziende con più alti indici di frequenza e di gravità di infortunio e malattie professionali. L'intervento è orientato a promuovere, mantenere, sviluppare il sistema di gestione della sicurezza (SGS), allargato anche alla catena dei fornitori di beni e servizi delle stesse.

Nelle aziende individuate secondo le priorità sopra indicate (collocate ai primi posti per numero assoluto di infortuni) si è proceduto a controllare l'adeguatezza del sistema di gestione della sicurezza e tecnico in funzione della tipologia produttiva di appartenenza attraverso l'analisi dei tassi di frequenza e gravità degli infortuni o di malattia professionale, del rischio ambientale, ergonomico o chimico.

61 aziende controllate

Le aziende interessate sono state 61: in 19 di queste si è proceduto con la sola valutazione del sistema di gestione della sicurezza, in 41 con la valutazione del sistema di gestione della sicurezza e intervento tecnico, in 2 aziende solo con intervento tecnico.

In 37 di queste aziende l'intervento è stato ultimato entro l'anno. Si tratta di 22 aziende industriali, 5 aziende esercenti servizio pubblico, 4 strutture sanitario-assistenziali, 4 aziende commerciali, 1 farmaceutica e 1 di spettacolo.

La metodologia d'intervento, condivisa con le aziende attraverso lettera informativa ed incontri illustrativi con le figure sensibili (legale rappresentante, il medico competente, il RSPP, il RLS), ha previsto la valutazione del sistema di gestione della salute e sicurezza attraverso la verifica degli obblighi del D.Lgs. 626/94. Come modello teorico - concettuale sono state assunte le Linee Guida "Per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro" ISPESL-UNI-INAIL.

Per il posizionamento finale dell'azienda rispetto alle condizioni di sicurezza sono stati valutati il tasso infortunistico specifico dell'azienda ed il Sistema di Gestione Aziendale della Sicurezza.

Modalità di  
verifica

Gli interventi hanno coinvolto 264 soggetti sensibili, mentre il totale dei lavoratori occupati nelle 37 ditte aziende era di 26.402.

Tutte le aziende verificate hanno provveduto agli adempimenti organizzativi previsti dal D.Lgs. 626/9.

Sono stati emessi 32 verbali di disposizioni per il miglioramento del SGS. In 9 aziende sono stati emesse contravvenzioni, limitatamente agli aspetti tecnici.

In totale nel 2005 sono state oggetto di intervento di prevenzione 548 aziende, 261 aziende nei settori industriale, agricolo e del terziario e 287 imprese nel settore edile.

Tab.6.3.3: Interventi di vigilanza e prevenzione effettuati nel 2005

<b>Intervento completo</b>	▪ imprese edili	287
	▪ aziende agricole	46
	▪ aziende del terziario	10
	▪ Istituti di ricovero e cura	5
	▪ Settore di interesse regionale - Comparto Metalmeccanica	29
	▪ Settore di interesse regionale - Comparto Legno	9
	▪ Settore di interesse locale: lapidei	6
	▪ Settore di interesse locale: pelle e concia	5
	▪ aziende di altri settori (editoria, tessile - abbigliamento, trasporti)	6
	▪ per rimozione amianto	62
	▪ a seguito di esposti	35
	▪ per inchieste infortuni	14
	▪ altre aziende	34
	<b>Totale interventi</b>	<b>548</b>
<b>intervento parziale</b> (infortuni, esposti ad amianto)		<b>272</b>
<b>Verbali redatti</b>	di prescrizioni	353
	di disposizioni	103
	<b>totale verbali redatti</b>	<b>585</b>
<b>Sopralluoghi effettuati</b>	<b>Totali</b>	<b>1.337</b>
	<b>in edilizia</b>	<b>582</b>

Rispetto ai problemi emersi nell'ambito dell'azione di vigilanza è possibile individuare due grandi ordini di criticità:

1. carenze di ordine organizzativo gestionale come sopra riportato che rappresentano la maggioranza delle violazioni di legge riscontrate (59%);
2. carenze di tipo tecnico-impiantistico che rappresentano solo il 41% di tutte le violazioni.

## Edilizia

L'edilizia rappresenta il comparto a maggior rischio di infortunio grave. Alla presenza di gravi problemi di sicurezza, si affianca l'espandersi di altri fattori sociali come l'impiego di manodopera immigrata, più soggetta a rapporti di lavoro irregolare, l'utilizzo di lavoratori autonomi (aumento dell'8%) e di ditte artigiane, in realtà lavoratori parasubordinati, nella forma di appalti e sub-appalti a cascata.

L'impiego di immigrati comporta anche problemi di inserimento lavorativo e di comunicazione dovuti alla scarsa conoscenza della lingua italiana e delle norme di sicurezza del lavoro.

L'azione di vigilanza del Servizio è stata esercitata in 197 cantieri individuati secondo un criterio di priorità comprendente i grandi lavori pubblici, cantieri "a vista" in precarie condizioni di sicurezza e cantieri notificati a rischio. Le unità locali controllate, comprendendo le imprese impiegate ed i lavoratori autonomi in esse presenti, sono state 287. Mediamente in ogni cantiere è stato necessario effettuare circa tre sopralluoghi.

197 cantieri  
controllati

Tab.6.3.4: Attività di vigilanza in Edilizia: anno 2005

<b>TABELLA RIASSUNTIVA DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA IN EDILIZIA</b>	
	<b>Total e</b>
cantieri controllati	197
unità locali controllate (imprese + lavoratori autonomi)	287
sopralluoghi complessivamente effettuati	582
sequestri	9*
<b>verbali redatti</b>	
con prescrizioni	285
con sole disposizioni	13
situazione regolare	95
<b>totale verbali redatti</b>	<b>393</b>
<b>destinazione dei verbali</b>	
imprese (datori di lavoro, compresi i lavoratori autonomi, dirigenti, preposti, lavoratori)	340
di cui riguardanti lavoratori autonomi	-
committenti e/o responsabili dei lavori	7
coordinatori per la sicurezza	46

(\* ) sono compresi anche i provvedimenti immediati

In 56 cantieri si sono rilevate situazioni di appalti a cascata con l'impiego di ditte individuali/artigiani, che per il lavoro svolto sono state equiparate a lavoratori subordinati. Sono state inviate per competenza amministrativa n° 4 segnalazioni alla DPL, per dubbi sulla regolarità dei rapporti di lavoro.

Per le grandi opere pubbliche è stato concordato un protocollo di intesa per il monitoraggio della sicurezza e l'attuazione della direttiva cantieri inerente il cantiere dell'Ospedale Civile di Borgo Trento per ottimizzare un sistema di collaborazione reciproca di contrasto degli infortuni, ai fini della sicurezza dei cantieri nei confronti dei lavoratori, degli operatori e degli utenti. Oltre alla verifica dei requisiti di sicurezza delle opere, anche in relazione alla situazione ambientale in cui le stesse si collocano, dovranno essere oggetto di valutazione i problemi legati agli appalti e sub-appalti a cascata, l'impiego di lavoratori autonomi e della regolarità dei contratti di lavoro, nell'ambito della verifica dei requisiti tecnico-professionali delle imprese.

A questo fine nel 2005 è stata potenziata l'azione di vigilanza congiunta con la polizia municipale dei Comuni di Verona, S.G. Lupatoto, Soave, Grezzana, S.M. Buon Albergo e San Bonifacio, con la realizzazione di un corso di formazione di 3 giornate con 24 vigili urbani.

Accordi con  
la Polizia  
Municipale

### **Agricoltura**

In collaborazione con il SIAN per le competenze relative ai pesticidi, nel corso del 2005 sono state controllate 46 aziende agricole.

Tali aziende nella maggioranza dei casi (33) presentavano problemi di sicurezza per mancata presenza di protezioni alle macchine ed attrezzature. Le principali carenze riguardavano la mancata protezione dell'albero cardanico e delle prese di forza delle macchine, causa di lesioni gravi e permanenti. Il secondo problema in ordine di frequenza e gravità è rappresentato dalla mancata protezione del posto di guida del trattore, tuttora causa di infortuni mortali che si verificano in provincia di Verona.

Macchine  
pericolose

### **Inchieste Infortuni**

Nel corso dell'anno sono pervenuti 409 richieste di intervento per infortunio grave e mortale, di cui: 232 referti dall'INAIL, 51 segnalazioni dal SUEM, 67 dalle forze dell'ordine, 59 da altre fonti. Sono state pertanto effettuate 212 inchieste complesse per infortunio. Per 49 casi (23%) si sono individuate responsabilità penali.

Gli infortuni mortali sono stati n. 4 di cui due in agricoltura, uno in edilizia e uno nel settore dei trasporti.

4 morti

I settori produttivi in cui si determinano la maggior parte degli infortuni sono la metalmeccanica/metallurgia (21,2%), i servizi/sanità (21,2%), l'edilizia (19,2%), l'agricoltura (10,8%), l'industria alimentare (6,9%) e la grafica/cartotecnica (6,9%). Il restante 13,8% avviene negli altri comparti: trasporti (4,4), legno (2,9), lapideo/estrattivo (2,4) e poi nel chimico, nel tessile, pelle/calzaturiero e commercio (circa l'1% in ognuno).

Rispetto alle cause degli infortuni gravi e mortali dalle indagini svolte è emerso che nel 30% dei casi questi sono determinati da macchine ed attrezzature, o per carenze dei sistemi di protezione o per manovre scorrette da parte degli infortunati o di colleghi; un altro 30% avviene durante la movimentazione di materiali, manuale o con mezzi di sollevamento e trasporto. Il 20% degli infortuni sono dovuti a cadute dall'alto; nel 6,4% dei casi si tratta di lesioni da sforzo subite durante la movimentazione manuale di carichi; il 2,4% dei casi sono imputabili al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuali, mentre la folgorazione è in causa per l'1% dei casi; solo nel 6,4% dei casi l'evento può essere attribuito a cause accidentali.

## 6.4 Formazione e informazione

### Corso di back-school preventiva

In collaborazione con il Dipartimento di Riabilitazione della nostra ASL dal 2001 è attiva questa linea di intervento per particolari categorie di lavoratori.

Nel corso del 2005, nell'ambito di uno specifico intervento di formazione richiesto dal Comune di Verona, sono stati realizzati 4 corsi di back school preventiva di 8 ore ciascuno, rivolti ad operatori delle cucine scolastiche coinvolgendo complessivamente 60 lavoratori. L'intervento proseguirà nel 2006, interessando circa 200 soggetti.

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

Questa linea di lavoro in continuità con quanto già realizzato negli anni precedenti, è stata condotta in collaborazione il SerT n. 3 di Soave, titolare di un progetto regionale di prevenzione, finalizzato alla sensibilizzazione del mondo del lavoro rispetto a rischi relativi all'assunzione di sostanze psicoattive nel mondo del lavoro, con particolare riferimento all'alcool.

Nel corso del 2005 sono stati partners del progetto anche gli SPISAL delle ULSS di Bussolengo e di Legnago. Sono stati realizzati complessivamente 11 interventi di prevenzione interessando 480 soggetti (lavoratori, preposti e dirigenti).

Nel nostro territorio è stato realizzato un intervento presso un'azienda calzaturiera dell'Est Veronese, coinvolgendo circa 30 lavoratori ed il medico competente aziendale.

È stato inoltre realizzato un pieghevole di informazione "Alcool: equilibrio precario" finanziato per la stampa dall'Associazione degli Industriali della Provincia di Verona che ne ha curato la distribuzione presso le Aziende associate per la diffusione ai lavoratori.

Alcool e  
lavoratori

## 7. IL MONDO ANIMALE

### 7.1 Dimensione produttiva

Dall'anagrafe informatizzata del Servizio Veterinario, nel territorio dell'ULSS n. 20 risultano esistere 2900 allevamenti di animali di tutte le specie da produzione con una popolazione animale così ripartita (v.tab.n7.1.1):

Tab.n.7.1.1: Popolazione animale

SPECIE ANIMALE	NUMERO CAPI
Bovini da riproduzione	32.700
Bovini da carne	64.500
Ovi-caprini	2.450
Equini	1.200
Suini	36.000
Polli (*)	6.320.000
Galline ovaiole (*)	864.200
Faraone (*)	206.000
Tacchini (*)	3.192.000
Anatre (*)	20.000
Conigli	178.000
Fagiani (*)	45.000
Quaglie (*)	400.000
Apiari	226
Ittiocolture	9

un sacco di bestie

(\*) Numero animali presenti per ciclo di allevamento.

Per quanto riguarda la macellazione i dati riportati nella tabella n. 7.1.2 evidenziano:

- l'aumento dei capi avicoli macellati presso la nostra ULSS è in controtendenza rispetto al dato nazionale che ha visto un calo delle produzioni e dei consumi di carni bianche (avicole) dovuto al fermo delle attività previsto dal Piano vaccinale di emergenza e a seguito del "bombardamento mediatico" di allarme pandemia influenzale da H 5 N 1. Questo è spiegabile dal momento che le macellazioni sono state concentrate nei macelli di nostra pertinenza a scapito di altre strutture produttive distribuite nel territorio nazionale.
- La macellazione di animali per la produzione di carni rosse si allinea alla tendenza nazionale che ormai registra una diminuzione dei consumi di questo tipo di carni.

Tab.7.1.2: Statistica macellazioni

MACELLAZIONE CARNI ROSSE			MACELLAZIONI CARNI BIANCHE		
		DIFFERENZA			DIFFERENZA
Capi 2005	Capi 2004	2005-2004	Capi 2005	Capi 2004	2005-2004
62.144	66.140	-3.996	32.514.000	28.886.756	+3.627.244

### 7.2 Vigilanza e ispezioni

Nell'ULSS le attività che producono e distribuiscono alimenti sono numerose. Su queste attività nel corso dell'anno 2005 il servizio veterinario ha effettuato complessivamente n. 18.014 interventi di vigilanza e controllo, suddivisi come specificato nella tabella che segue.

Tab.7.2.1: Attività di vigilanza e controllo

18.014  
interventi di  
vigilanza

<b>VIGILANZA</b>	<b>N. INTERVENTI</b>
Vigilanza in depositi ingrosso non riconosciuti C.E.	76
Vigilanza rivendite al minuto	1.935
Vigilanza c/o impianti di lavorazione carni	796
Vigilanza c/o impianti produttrici carne	380
Vigilanza c/o impianti M/S/F CE	1.812
Vigilanza c/o impianti CE avicunicoli/selvagg.	1.614
Vigilanza c/o impianti CE trasformazione latte e derivati	73
Vigilanza presso caseifici aziendali	6
Vigilanza c/o impianti CE prodotti pesca	531
Vigilanza centri imballaggio uova	16
Vigilanza impianti produttrici prodotti d'uovo	140
Vigilanza lavorazione miele e prodotti apicoltura	6
Vigilanza pasticceria industriale e pastifici	151
Vigilanza e ispezione su strutture agrituristiche	41
Vigilanza su ristorazione collettiva	181
Vigilanza prodotti in scambi intra ed extra CE	3.351
<b>TOTALE</b>	<b>11.109</b>
<b>ISPEZIONE</b>	<b>N. INTERVENTI</b>
Visita ispettiva macelli avicoli	3.144
Visita ispettiva macellazione presso agriturismi	46
Visita ispettiva in macelli riconosciuti	1.759
Visita ispettiva in macelli a capacità limitata	564
Visita ispettiva in altri macelli	3
Visita ispettiva laboratori di sezionamento riconosciuti	515
Visita ispettiva in altri laboratori	5
Visita ispettiva carcasse da macellazione speciale	26
Macellazione suini a domicilio	843
<b>TOTALE</b>	<b>6.905</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO (Vigilanza + ispezione)</b>	<b>18.014</b>

Oltre alla attività di ispezione di tutti gli animali macellati negli impianti autorizzati, anche le industrie alimentari e gli allevamenti vengono periodicamente sottoposti a controlli di vario tipo a seconda delle esigenze come previsto dal "Libro Bianco" reg. CEE 178/2002 che prevede un controllo di filiera distribuito "dal campo alla tavola" finalizzato alla sicurezza alimentare. Negli allevamenti i controlli mirano innanzitutto all'identificazione degli animali e in un secondo momento, alla verifica dello stato sanitario, del benessere, dell'utilizzo dei farmaci, dei mangimi e degli eventuali inquinanti ambientali.

Nelle industrie alimentari vengono verificati l'aspetto igienico sanitario delle materie prime (comprese quelle provenienti da altri Stati sia comunitari che extracomunitari), delle lavorazioni, delle strutture e degli impianti e dei prodotti finiti.

A completamento dell'attività di vigilanza trovano applicazione i campionamenti, mirati o casuali, contemplati nel Piano Nazionale Residui e quelli demandati alle ULSS da parte delle Autorità doganali: in tutto 3.878.

#### Piano nazionale residui

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

Ricerca dei  
residui  
pericolosi

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

Nell'ambito del piano sono stati effettuati 1.120 esami (v. tab.n. 7.2.2) che hanno evidenziato 2 positività per cortisonici e nessuna positività per anabolizzanti, coccidiostatici e antibiotici.

Tab 7.2.2: Campionamenti

CAMPIONAMENTI	N. INTERVENTI	
Piano Nazionale residui in allevamento e macello	847	1.120
Piano Nazionale residui su alimenti	273	
Campionamenti	2.758	
TOTALE	3.878	

### 7.3 Malattie infettive e infestazioni

Tutelare il patrimonio zootecnico dalle malattie infettive con particolare attenzione per quelle di interesse antropozoonosico, rappresenta da sempre uno dei più importanti compiti del Servizio Veterinario.

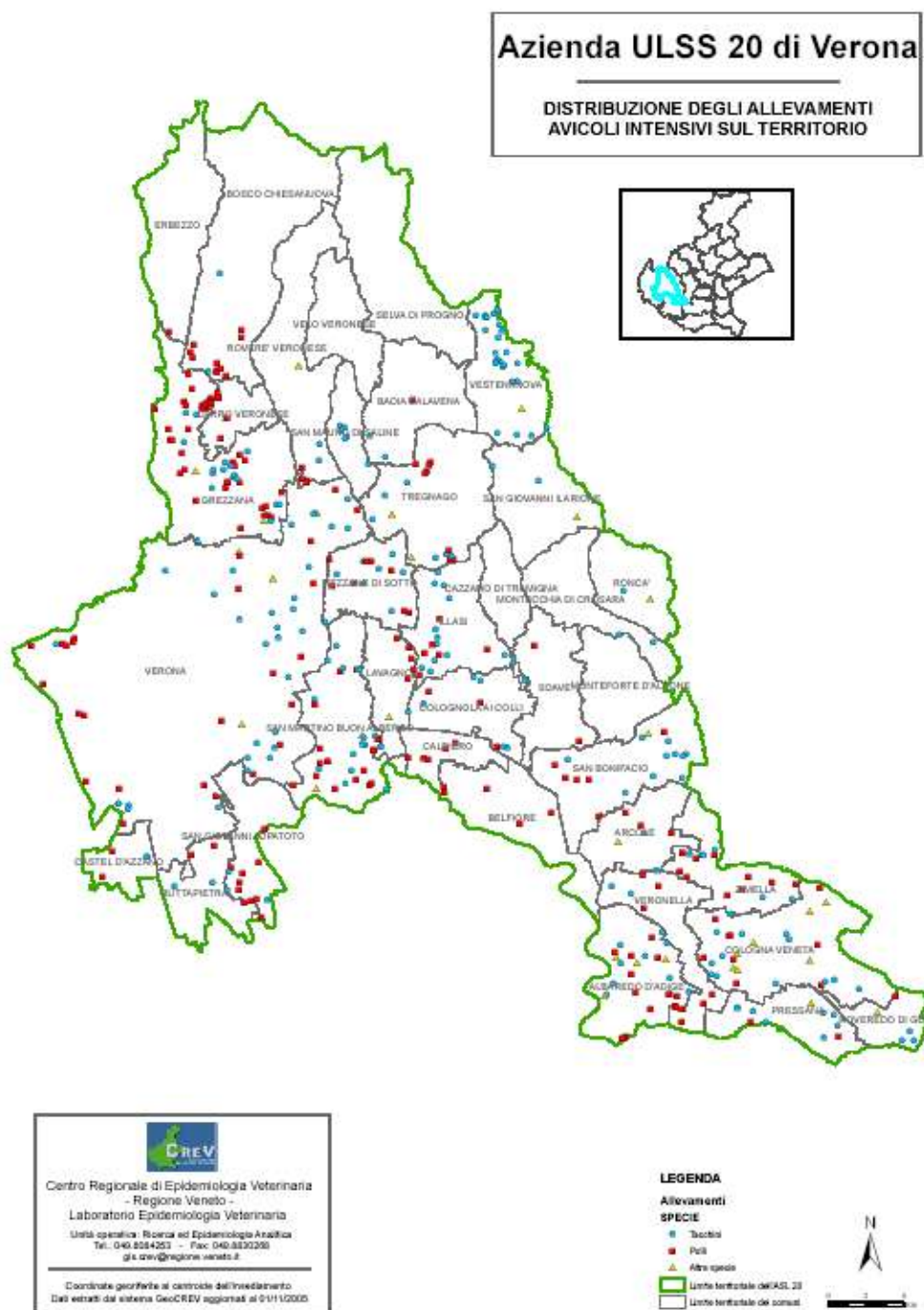
#### Influenza aviaria

Questa malattia infettiva ha creato notevole allarme nel consumatore alimentato dalle notizie non sempre corrette e pertinenti degli organi di informazione.

L'attività di controllo per questa malattia infettiva però, non è cosa nuova per il Servizio che è già stato impegnato in questa emergenza negli anni 1999-2003 con notevole interessamento degli allevamenti ed eliminazione di circa un milione e mezzo di capi avicoli.

A seguito di questa emergenza è stato perfezionato da parte del Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria, un sistema di geo-referenziazione del territorio che ha comportato l'attribuzione a tutti gli allevamenti di coordinate geografiche per una precisa identificazione di ogni attività produttiva (v. mappa allegata, che con una scala così ridotta dà una idea della densità non della singola attività produttiva, infatti si tratta di 450 allevamenti avicoli censiti).

Fig.7.3.1: Allevamenti avicoli nel territorio dell'ULSS 20



Questo sistema ha permesso di affrontare la malattia oltre che con la normale vaccinazione, anche con una programmazione degli accasamenti dei volatili d'allevamento, controllata dal Servizio Veterinario, con aggregazioni per macro e microaree che riducono la possibilità di diffusione della malattia grazie alla sincronia delle varie attività dell'allevamento (carico, pulizie, ecc). Inoltre, in caso di focolaio infettivo, si riducono enormemente i tempi di intervento.

Attualmente la Regione sta approntando un piano di riconversione degli allevamenti avicoli in zone ad altissima densità e con notevoli problemi di impatto ambientale in altre strutture edilizie (credito edilizio). L'obiettivo di questo programma, che dovrà essere portato alla conferenza Stato Regioni e da questa approvato, è di fare in modo che il volume globale di edifici adibiti ad allevamenti avicoli intensivi situati in particolari condizioni ambientali venga trasformato in una cubatura utilizzabile per l'edilizia civile o artigianale.

Riconvertire  
gli  
allevamenti  
troppo fitti

#### **Attività sugli animali vivi**

Nel territorio di competenza tutti gli allevamenti avicoli sono sottoposti ad attività di monitoraggio e controllo mediante il prelievamento di campioni, inoltre in ogni struttura che insiste nella zona di vaccinazione (territorio a sud della autostrada A 4), al fine di facilitare una rilevazione immediata della presenza di eventuali agenti virali, vengono mantenuti animali non vaccinati che fungono da "sentinelle". Questi soggetti vengono periodicamente controllati con prelievi di sangue per esami sierologici che permettono di evidenziare l'eventuale contatto con agenti infettivi, anche a "bassa patogenicità", e quindi agire di conseguenza.

Animali  
sentinelle

Nel 2005 sono stati eseguiti oltre 20.000 esami

#### **Attività sui prodotti alimentari**

Tutte le carni bianche sono state sottoposte ad ispezione sanitaria prima durante e dopo la macellazione.

Si è provveduto inoltre a controllare gli esercizi di vendita gestiti da extracomunitari alla ricerca di prodotti o di carni avicole importate clandestinamente. Negli esercizi controllati non sono state riscontrate irregolarità.

#### **Zecche**

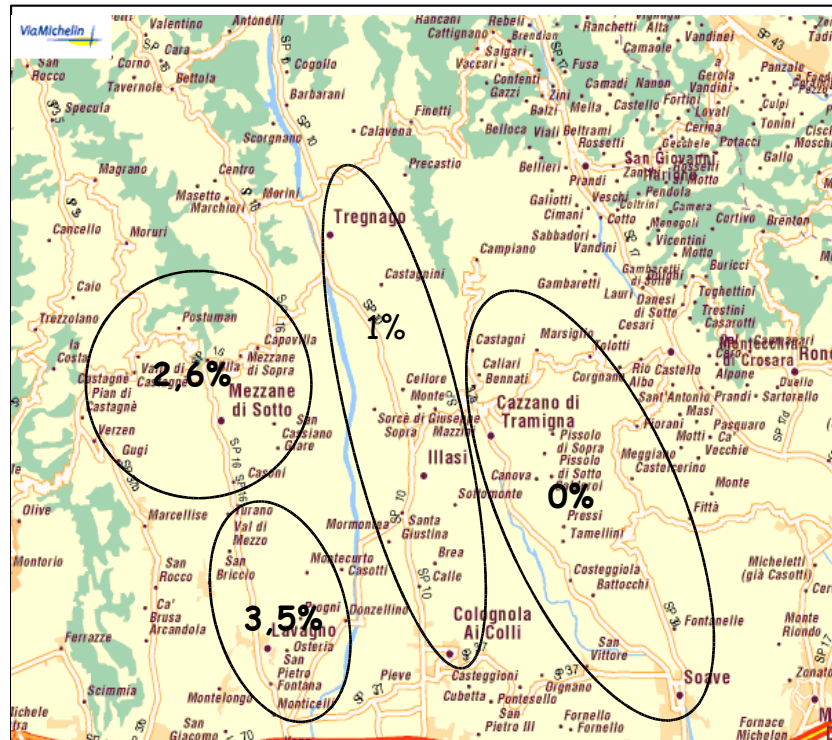
Nei territori collinari e montani sempre più frequenti sono le segnalazioni da parte di cittadini della presenza di questi parassiti. Nel 2005 sono state notate alcune infestazioni anche in animali al pascolo, sia domestici che selvatici.

Il pericolo è rappresentato dalla trasmissione di alcune malattie anche gravi all'uomo (Malattia di Lyme, Encefaliti Trasmissibili, Babesia ecc.) si è quindi attivato un progetto di collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, l'Università di Padova e il Corpo Forestale dello Stato che prevede la raccolta e l'identificazione delle zecche in alcuni siti della Val d'Illasi con il controllo sierologico degli animali che pascolano nei siti di raccolta. Questa attività che è iniziata la scorsa primavera continuerà anche il prossimo anno.

#### **Leishmaniosi**

La **leishmaniosi canina**, è oggetto da parte di questo servizio di monitoraggio dal 1995. Causata da *Leishmania infantum* è una parassitosi importante in campo veterinario ed un problema di sanità pubblica. (vedi fig. 7.3.2)

Fig.7.3.2 : Sieroprevalenza della leishmaniosi nell'area di monitoraggio



Un pericoloso  
parassita per  
cani e uomini

Tutta l'attività di ricerca svolta nel 2004-2005, in collaborazione con le Amministrazioni dei Comuni dell'est veronese, e che ha evidenziato la presenza in forma autoctona del parassita si è concretizzata in azioni di educazione sanitaria rivolte alla popolazione, in particolare ai proprietari dei cani, e al massiccio coinvolgimento dei veterinari liberi professionisti che in prevalenza seguono gli animali d'affezione.

Continua inoltre il monitoraggio entomologico dell'insetto vettore del parassita, il Flebotomo, e lo studio del comportamento biologico e della diffusione nel territorio.

#### Idatidosi

Anche nel 2005 sono state rilevate in fase di macellazione alcune cisti idatidiche in bovini provenienti da allevamenti collinari e montani, e da paesi CE, problema che sarà affrontato in collaborazione con il Laboratorio di Parassitologia dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie in uno specifico progetto di ricerca.

#### Altre malattie infettive

Il patrimonio bovino, attualmente, risulta ufficialmente indenne da Leucosi Bovina e Brucellosi. Su disposizione della Regione, grazie alla bassa prevalenza e al sistema di sorveglianza nei macelli, si è passati dal controllo annuale al controllo biennale per la prima malattia, mentre per le altre il controllo sierologico individuale annuale è stato sostituito dal prelievo tre volte all'anno del latte di massa. Nel corso del 2005, a seguito dei controlli effettuati, numerosi allevamenti hanno evidenziato le caratteristiche per l'attribuzione della qualifica di allevamento ufficialmente Indenne da I.B.R. (Rinotracheite Bovina Infettiva), con notevole vantaggio per il patrimonio bovino soprattutto delle zone pedemontane.

Iniziate nel 1998 in collaborazione con la sezione di Verona dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie proseguono le ricerche negli allevamenti e nell'ambiente della

zona montana per la valutazione della prevalenza della paratubercolosi e per specifici piani di risanamento.

Il settore apicoltura è sempre interessato dalla Varroa e dalla Peste America e da una forma emergente di parassitosi ATHINA TUMIDA sottoposta in ambito comunitario alla notifica obbligatoria DEC. 82/894/CE. Api controllate

Mantengono un ruolo di rilievo le infezioni virali e gli interventi di vigilanza e di educazione sanitaria svolti da veterinari e tecnici risultano essere sempre più importanti.

#### **7.4 Benessere animale negli allevamenti**

La sensibilità verso il mondo animale porta sempre più l'attenzione alle modalità di allevamento e trasporto volte ad assicurare un maggior benessere degli animali, in ottemperanza a quanto disposto dal D.Lvo 146/2001.

Sono stati sottoposti a ispezione e vigilanza tutti gli allevamenti, di vitelli, suini e galline ovaiole, presenti sul territorio.

Inoltre, negli stabilimenti di macellazione, vengono verificate giornalmente le condizioni di benessere degli animali durante il trasporto e la macellazione.

Totale allevamenti controllati n° 120

Sanzioni comminate n° 3

#### **Ispezione Comunitarie**

Nel corso dell'anno l'intero servizio è stato interessato da tre ispezioni comunitarie riguardanti rispettivamente:

- influenza aviaria
- benessere animale
- applicazione del regolamento Ce 1774/2002 (smaltimento dei rifiuti di origine animale)

#### **Educazione sanitaria**

Oltre agli incontri con operatori del settore dell'allevamento bovino per la sensibilizzazione al problema BSE e con i proprietari dei cani per la Leishmaniosi di cui si è già trattato il Servizio ha organizzato convegni indirizzati agli allevatori per parlare di problematiche relative alla monticazione degli animali, alla profilassi delle malattie infettive e dare compiute informazioni su B.V.D. (diarrea virale bovina), Rinotracheite Infettiva Bovina, Paratubercolosi, Brucellosi e Leucosi Bovina Enzootica.

Nel mese di novembre sono iniziati, in collaborazione con il SIAN, i corsi di formazione del personale addetto alla preparazione e vendita dei prodotti alimentari previsti dalla normativa regionale in sostituzione del libretto di idoneità sanitaria.

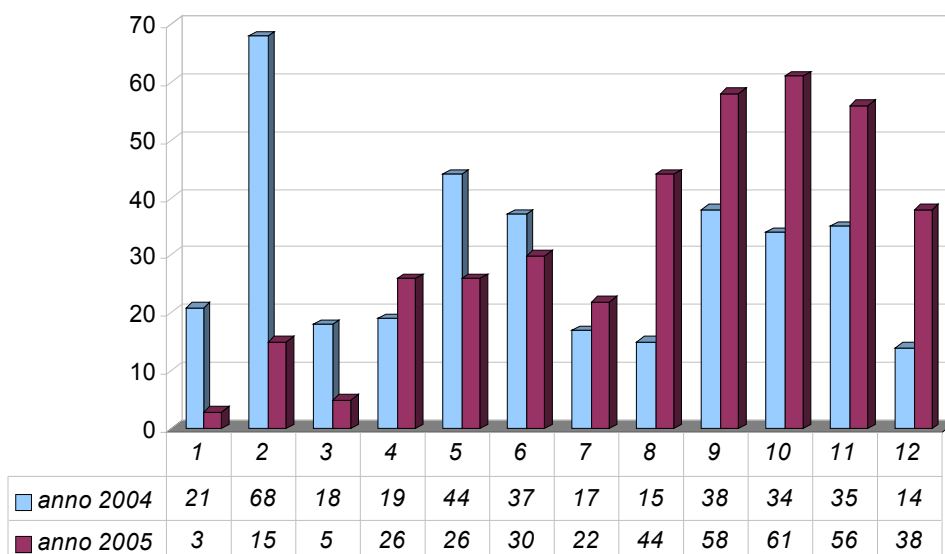
## 7.5 Randagismo felino e canino

Gatti liberi

Le leggi attuali vietano il maltrattamento e tutelano l'esistenza dei gatti randagi. Il Servizio Veterinario Multizonale (SVM) riceve ogni anno decine di segnalazioni da cittadini ed Enti, alcune a difesa dei gatti oltre di posizione antitetica. Il SVM si pone come obiettivo di tutelare la salute degli animali, controllarli demograficamente con le sterilizzazioni, conciliare l'igiene dell'ambiente e proteggere la popolazione dalle malattie potenzialmente trasmesse dai gatti.

Il grafico seguente indica il flusso mensile dei gatti liberi catturati e sterilizzati.

Graf. 7.5.1: n° di gatti liberi sterilizzati per mese



Le catture vengono eseguite in modo incruento, tramite gabbie trappola, sorvegliate da volontari di associazioni protezioniste. Sono state trattate colonie di Verona, San Martino Buon Albergo, San Giovanni Lupatoto, Grezzana, Vago di Lavagno, Illasi, Tregnago e San Bonifacio.

Dopo la cattura viene controllato se il soggetto è già sterilizzato. Se così non è i gatti vengono trasportati nell'ambulatorio di Via Campo Marzo, 20 per essere sottoposti, maschi e femmine, alla sterilizzazione chirurgica. Dopo una degenza post-operatoria media di 2 giorni, vengono liberati nel luogo di origine.

Le colonie di gatti randagi vengono seguite da un folto gruppo di volontari tesserati (n° 203) che si attengono alle linee guida elaborate dal SVM, per assicurare la tutela dei gatti liberi e l'igiene dei luoghi dove sono presenti le colonie.

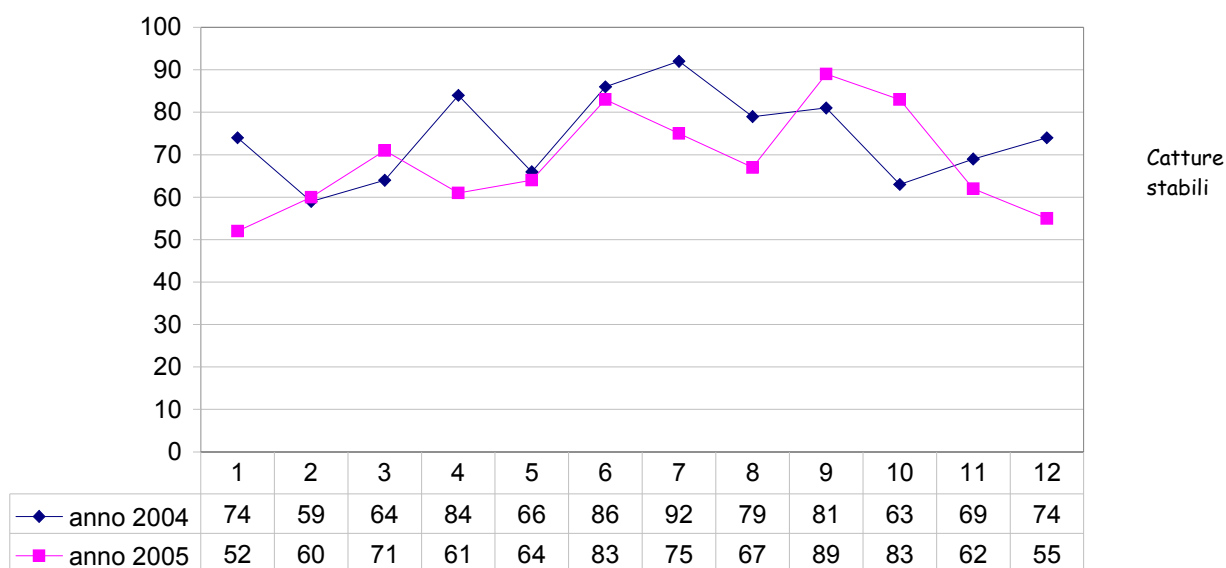
Le condizioni sanitarie e lo stato di nutrizione dei soggetti catturati nel 2005 erano buone e non sono stati rilevati problemi dopo l'intervento di sterilizzazione.

- Sono state prese in carico e risolte due situazioni di grave disagio sociosanitario, con la collaborazione dell'Ufficio Tutela Animali del Comune di Verona, la Polizia Municipale ed i Servizi socio-psichiatrici territoriali. Il disagio era causato da soggetti affetti da zoomania che confinavano un numero elevato di gatti in appartamenti, con evidenti problematiche di igiene dell'abitato e condizioni critiche per gli animali.

Due casi di zoomania

Viene definito randagismo canino qualsiasi presenza di cani liberi senza controllo diretto da parte dell'uomo. I rischi di contrarre malattie infettive sono abbastanza irrilevanti, mentre elevati sono i rischi di pubblica sicurezza per: incidenti stradali, morsicature, predazione di altri animali, ecc.. . La Legge Regionale 60/93 affida la competenza della cattura dei cani randagi ai Servizi Veterinari delle Aziende ULSS. Per il territorio della Provincia di Verona è competente il Servizio Veterinario Multizonale, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali.

Graf.7.5.2: Flusso mensile delle catture di cani per mese



Il grafico 7.5.2, indica un flusso mensile che nel biennio si mantiene fluttuante tra 50 e 100 soggetti catturati, con i soliti picchi nei periodi di ferie e vacanze. La ripartizione percentuale è pari al 50,5 % nel territorio dell'Azienda ULSS20 di Verona, al 14,5% nell'Azienda ULSS21 di Legnago e al 35% nell'Azienda ULSS 22 di Bussolengo. Per le caratteristiche di intervento a titolo di prevenzione, sono frequenti le richieste di tipo urgente, rispetto a quelle programmabili, con percentuale delle prime pari al 47%. Ciò implica il ricorso alla pronta disponibilità degli operatori in orario notturno e festivo. Situazioni particolari di cani politraumatizzati per i quali è necessario procedere ad accertamenti radiologici ed eventuali osteosintesi, vengono risolte in collaborazione con ambulatori veterinari specialistici, con rapporto di prestazione libero professionale. Tutti cani catturati vengono visitati dai medici veterinari del Canile Sanitario, registrati su supporto cartaceo ed informatico, poi sottoposti al seguente protocollo operativo:

- Ricerca di contrassegni identificativi per la restituzione dell'animale all'eventuale proprietario e addebito del corrispettivo previsto dal tariffario regionale
- Se la ricerca è negativa l'animale viene tenuto in osservazione per 7/10 giorni, identificato con microchip, sottoposto a ricerca ematica e sierologica per filaria e

leishmania, vaccinato contro cimurro - epatite - leptospira - parvovirus - tosse dei canili e rabbia se ha più di tre mesi

- Tutti i cani catturati vengono trattati con antiparassitari interni ed esterni specifici, applicando la posologia di tipo curativo e/o preventivo
- Tutte le femmine randagie vengono sterilizzate chirurgicamente tramite ovariectomia; i maschi particolarmente aggressivi vengono sottoposti ad orchietomia.

Sono stati accertati **13 cani positivi per filaria e 4 per leishmania**.

Il benessere  
dei cani

Particolare attenzione viene dedicata al benessere dei cani ricoverati, con la somministrazione di un mangime in pellet completo, idoneo a soddisfare le necessità metaboliche giornaliere per i cani adulti e da un mangime umido per i cuccioli e gli operati. Il movimento è garantito dalla superficie ampia dei box e dalla disponibilità di una area verde ed alberata, dove a rotazione vengono liberati i cani sotto la sorveglianza di personale ausiliario.

Ciò è stato realizzato tramite un progetto di Servizio Civile e con personale assegnato dai Servizi Sociali del Ministero della Giustizia. Tramite questi volontari si intende raggiungere tre obiettivi: migliorare il benessere dei cani custoditi, formare del personale addestrato alla gestione di rifugi per cani ed alla gestione delle emergenze. Tutti i giorni, domeniche comprese, si effettuano la pulizia e lavaggio dei box dove sono custoditi i cani.

Per promuovere le adozioni da parte dei cittadini viene tenuto aggiornato sul sito Web del Dipartimento di Prevenzione alla pagina "[http://prevenzione.ulss20.verona.it/canile\\_sanitario.html](http://prevenzione.ulss20.verona.it/canile_sanitario.html)" l'elenco dei cani presenti con il luogo di provenienza e lo stato segnaletico. Da due anni un medico pediatra pensionato svolge un servizio di volontariato, dedicandosi alle visite guidate nel canile con l'obiettivo di agevolare la scelta del cane da adottare. Per rilevare il livello di soddisfazione dell'utenza è stato elaborato un questionario sulla qualità percepita nelle adozioni, compilato dalle persone che sono entrate nel canile sanitario per adottare un cane. Dal 20/10/2005 al 17/12/2005 sono stati compilati 32 questionari su 81 pratiche di adozione pari al 40%. Il questionario ha evidenziato la percezione da parte dell'utenza di una qualità del servizio adozioni molto buona, ad eccezione della struttura canile che ha ottenuto un basso punteggio.

### 7.6 Colombi in città

I colombi sono classificati come animali domestici, provenienti da insediamenti rurali abbandonati. Non sono elencati nella Legge 157/92 (norme a protezione della fauna selvatica) e possono quindi essere sfruttati ai fini annonari e commerciali, catturati ed uccisi senza maltrattarli (sentenza n° 48 del 18/01/1988 del Pretore di Cremona).

Colombi  
catturabili

Al danneggiamento di edifici e monumenti, l'odore di guano, il rumore si aggiungono i rischi igienico-sanitari che possono essere riassunti nel contagio da salmonella in soggetti immunodepressi o in esposizioni di tipo professionale in muratori, impiantisti ecc. Le azioni intraprese dalle Amministrazioni Comunali di tutto il mondo per limitare il numero di colombi (chiusura dei siti di nidificazione, dissuasione alla posa, cattura ed uccisione, immissione di predatori, distruzione di uova e nidiacei, sterilizzazione chirurgica, somministrazione di anticoncezionali e divieto di somministrare alimenti) non hanno ottenuto il risultato sperato. Tutte queste azioni concorrono alla limitazione delle nascite, ma è evidente l'efficacia solo con la chiusura dei siti di nidificazione e la somministrazione di anticoncezionali associati alla riduzione della disponibilità di cibo.

Nel corso dell'anno 2005 sono state controllate le colonie di colombi della città di Verona (Palazzi Scaligeri, Ospedale di Borgo Trento, Arsenale, Borgo Venezia, Borgo Nuovo, Borgo Milano, Zona Fiera, Borgo Roma, Pradaval) rilevando sui soggetti buone condizioni di nutrizione ed assenza di patologie infettive in atto trasmissibili alle persone (zoonosi). Sono stati catturati n° 105 colombi per le ricerche di laboratorio, i cui esiti sono riportati nella seguente tabella.

Tab. 7.6.1: Indagini di laboratorio sui colombi catturati

ANNO	TENIE	ANTICORPI TOXOPLASMA	ANTICORP I CLAMIDIA	ANTICORP I P. PESTE	ANTICORP I BORRELLIA	ANTICORP I I. AVIARIA	SALMONELL A	CAMPYLO BACTER
2004	96,96 %	50,0%	42,42%	30,30%	3,03%	0	0	0
2005	26,31%	47,36%	39,47%	31,57%	2,63%	0	0	0

La ricerca di isolamento microbiologico di salmonella e campylobacter, potenzialmente patogeni per le persone rimane negativa, come pure negativi sono tutti i campioni testati per la ricerca di esposizione dei colombi ai ceppi virali di influenza aviaria. L'incidenza dei sieropositivi a clamidia, borrellia e toxoplasma rimane agli stessi livelli dell'anno 2004, nella media di quanto accertato in altre città. E' in regressione spontanea la percentuale di colombi infestati da tenia, che riduceva la fertilità e quindi il numero di colombi presenti. In alcune zone di Verona ( Zona Palazzi Scaligeri e Poste Centrali, Fiera, Borgo Milano, Borgo Venezia, Arsenale e Corso Cavour) le presenze sono stimate superiori ai 600 soggetti per Km<sup>2</sup>, circa il doppio di quanto ritenuto come soglia limite di sovrappopolazione.

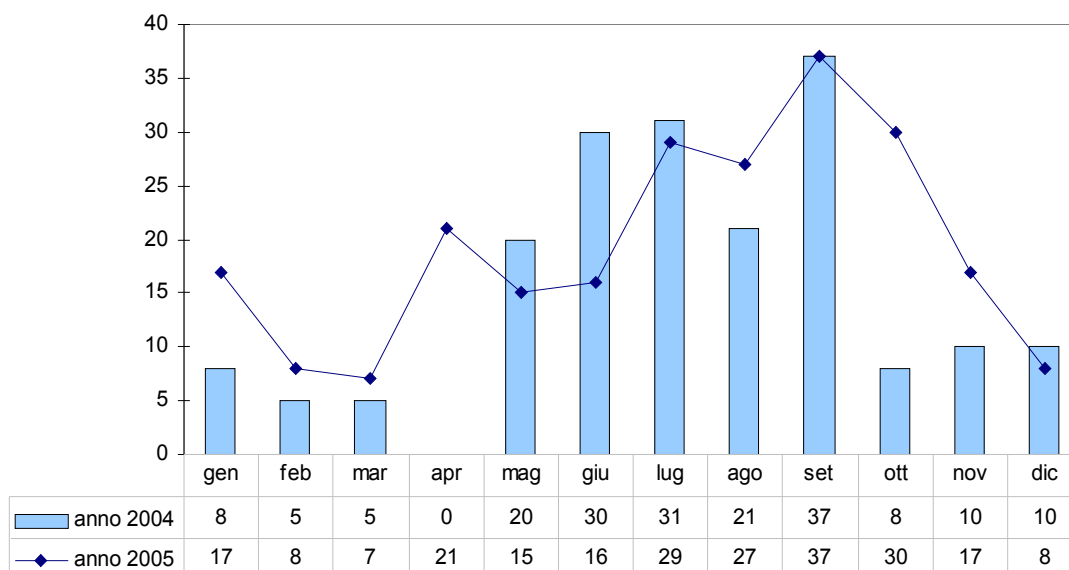
Anche i colombi sono sani in questa città

Troppi colombi

### 7.7 Ratti

I ratti possono rappresentare un veicolo di malattie infettive per l'uomo (leptospirosi,..) ed è pertanto necessario attuare interventi per eliminarli o quanto meno contenere quanto possibile il loro numero. La registrazione delle segnalazioni degli avvistamenti da parte dei cittadini è uno strumento importante per conoscere la situazione sul territorio e valutare l'efficacia dei trattamenti.

Graf. 7.7.1: - flusso delle segnalazioni



Comuni  
contro  
i ratti

Il tracciato riferito all'anno 2005 è più continuo rispetto all'anno 2004 e conferma la criticità da aprile ad ottobre, che coincide con la maggiore attività riproduttiva dei ratti. Con l'anno 2005 è terminata la gestione diretta degli interventi derattizzanti da parte dell'ASL, in attuazione delle indicazioni regionali. Contemporaneamente da parte della Regione sono stati attivati incontri di formazione-informazione, rivolti ai Comuni ed agli operatori delle Aziende ULSS. L'Azienda ULSS 20 continuerà ad assicurare la vigilanza ed il supporto tecnico-organizzativo alle Amministrazioni Comunali, che attiveranno programmi ed interventi di prevenzione e trattamento contro topi e ratti.

Nelle strutture dell'Azienda ULSS 20 sono stati eseguiti dagli operatori dipendenti 59 interventi derattizzanti e sperimentato con evidenza di beneficio l'utilizzo di postazioni fisse di erogazione esche derattizzati. Ciò consente di valutare la consistenza della popolazione di ratti, l'efficacia dei trattamenti, ridurre gli sprechi di presidi, eliminare i rischi di inquinamento ambientale e l'esposizione della popolazione umana ed animale ai biocidi. E' opportuno che tale metodo venga esteso a tutti gli interventi che saranno eseguiti in aree pubbliche e private, superando il tradizionale metodo di trattamento a spaglio.

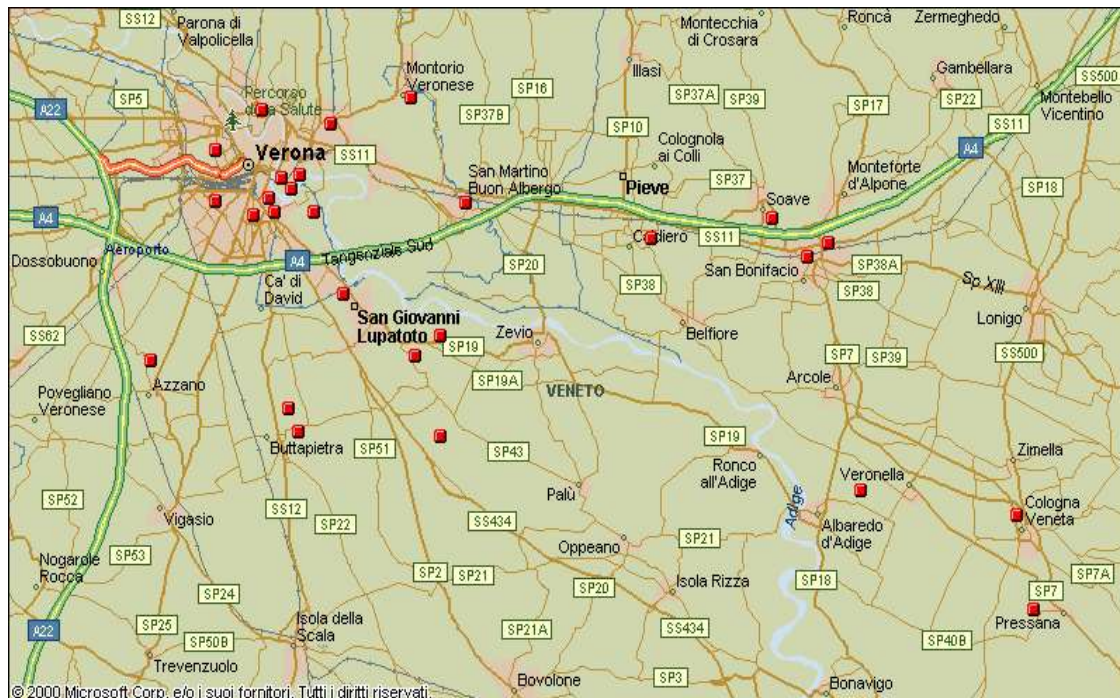
## 7.8 Insetti

### Zanzare

Si è ulteriormente diffusa sul territorio l'infestazione da zanzara tigre, in analogia a quanto rilevato in tutta la Regione Veneto. I trattamenti antilarvali ed adulticidi possono solo contenere lo sviluppo dell'insetto, ma non eradicarlo.

Nella cartina sono indicate le zone di accertamento dei focolai.

Zanzare tigre



Sono stati eseguiti da aprile ad ottobre 11 cicli di trattamento antilarvale nei tombini e nei fossati presenti nelle aree urbane dei Comuni più infestati per un totale di 430 giornate operatore. Da fine luglio ad ottobre una squadra di due operatori per 45 giornate ha disinfestato con prodotti adulticidi parchi giochi ed altre aree verdi pubbliche dove maggiori erano le concentrazioni di zanzara tigre. Nell'anno 2005, per la prima volta nella Provincia di Verona, è stato utilizzato in due cicli di intervento

antilarvale il nuovo biocida della classe IGR a base di Piryproxifen, che inibisce la crescita delle larve senza produrre effetti indesiderati nelle persone, animali e pesci. L'uso di questo biocida, di brevetto giapponese, consente di raddoppiare l'intervallo tra i cicli di trattamento, oltre a sostituire gli organofosforici che nel 2006 usciranno dal mercato in attuazione di norme comunitarie. Dei 61 campionamenti di acqua 16 (26%) sono risultati positivi a larve di culex e albopictus. Dei 967 campioni prelevati dalle ovitrappole 76 (7,8%) sono risultati positivi per albopictus. Dal prossimo anno saranno i singoli Comuni ad effettuare gli interventi antilarvali ed adulticidi nei loro territori, in attuazione delle norme nazionali e regionali; alle Aziende ULSS è assegnato il compito di vigilanza igienica sui trattamenti e collaborazione tecnica nella stesura dei protocolli di intervento. (per maggiori informazioni v. sito Web: (<http://prevenzione.ulss20.verona.it>))

7,8% dei  
campioni  
positivi

### **Mosche**

Non sono stati segnalati, come negli anni precedenti, gravi disagi prodotti dalla presenza eccessiva di mosche a seguito di concimazioni dei terreni prossimi all'abitato con lettiere animali. Anche il Comune di Verona, dopo quello di San Martino Buon Albergo, ha emesso una Ordinanza che disciplina tempi e modi per praticare la fertilizzazione dei campi con i letami. Il SVM ha fornito al Sindaco il supporto tecnico di competenza nella istruttoria di stesura dell'Ordinanza.



## 8. LA PREVENZIONE INUTILE

La normativa che riguarda le attività prevenzione è, nel nostro Paese, particolarmente abbondante.

Molte di queste disposizioni sono storicamente datate e benché siano del tutto inutili per mantenere un buon livello sanitario della popolazione è particolarmente difficile abolirle.

I principali cambiamenti che un gruppo nazionale informale di cui facciamo parte è riuscito ad ottenere in questo campo sono illustrati nel sito del Dipartimento di Prevenzione (<http://prevenzione.ulss20.verona.it/evidence.html>)

Fare solo cose utili

- In data 19.12.2003 la Regione Veneto ha emanato la L.R. n.41 con la quale (oltre a disattivare altre 5 procedure sanitarie inutili) ha disposto la sostituzione dei libretti sanitari per alimentaristi con iniziative di formazione ed informazione sanitaria, analogamente alle azioni già adottate in altre regioni italiane (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Piemonte, provincia di Trento).

Questa scelta delle regioni è maturata sulla base dell'evidenza che, a distanza di oltre 40 anni dall'introduzione del libretto, esistevano sufficienti evidenze dell'inutilità di questo strumento nel prevenire la diffusione tramite gli alimenti di malattie infettive.

Ripetuti tentativi di indurre il governo a modificare centralmente la normativa si erano infatti dimostrati inutili.

Contro queste decisioni regionali, il Governo è ricorso di fronte alla Corte Costituzionale che, il primo giugno 2004, ha dichiarato inammissibili le obiezioni di legittimità costituzionali avanzate dal governo confermando la validità delle scelte regionali.

Stato contro Regioni

Si tratta di una sentenza particolarmente importante dato che ribadisce che il Governo non può ostacolare le scelte delle regioni di abbandonare norme tecniche superate sostituendole con provvedimenti più efficaci.

- Questa decisione della Corte Costituzionale ha indotto l'allora ministro alla sanità Sirchia ad attivare (con un decreto del 13 ottobre 2004) una commissione, insediata nel gennaio del 2005, che ha avuto mandato di definire entro sei mesi un primo elenco di norme obsolete da eliminare.

La Commissione ha prodotto, entro il termine molto restrittivo prefissato (28 giugno 2005), un elenco di 36 "procedure certamente non utili" di cui ha chiesto formalmente l'eliminazione.

Il 9 febbraio 2006 la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato il "Documento sulla semplificazione delle procedure relativamente alle autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie" redatto dal nostro gruppo.

Resta, ora, da vedere come quest'ultimo documento verrà tradotto in provvedimenti normativi e quali possano essere gli ulteriori passi per dare infine continuità e sistematicità agli sforzi, finora disordinati, di introdurre razionalità nei provvedimenti di prevenzione.

Nel contempo, la regione Veneto ha attivato un'indagine valutativa sui risultati ottenuti tramite la L. 41\2003.

L'analisi che segue riporta alcuni dei risultati di tale indagine ancora in corso relativa all'abolizione degli "Accertamenti sanitari e la relativa certificazione del personale addetto alla produzione e vendita delle sostanze alimentari", uno dei sei provvedimenti aboliti.

1. Nelle 19 ULSS (su 21) che hanno aderito all'indagine il numero di libretti sanitari per alimentaristi rilasciati nel 2003 sono stati 305.879 contro i 48.597 del 2004. Il numero di accertamenti sanitari sugli alimentaristi e di conseguenti certificazioni che la Legge 41\2003 ha consentito di abolire nel 2004 è impressionante: 257.282. Il vantaggio per gli utenti è evidente. Per valutare l'entità del risparmio per le aziende sanitarie, abbiamo utilizzato il dato medio di utilizzo del personale rilevato nel 2004. Sulla base di questi dati, la riduzione di 257.282 LISA ha portato ad un risparmio di:
  - 21.965 ore/lavoro di personale medico pari a 2.890 giornate lavorative.
  - 19.496 ore/lavoro di assistenti sanitari pari a 2.708 giornate lavorative.
  - 6.168 ore/lavoro di personale amministrativo pari a 857 giornate lavorative.
2. Il numero di certificati che vengono tuttora rilasciati è, per altro, ancora imponente: 48.597. Ritengo che gran parte di questi certificati non siano stati rilasciati su precise motivazioni (ad es. la richiesta di lavorare in una regione ove il libretto sanitario non sia ancora stato abolito) ma per marcata resistenza culturale al cambiamento dei nostri operatori che non hanno informato correttamente gli utenti della presenza della nuova legge.
3. Il confronto fra l'andamento delle tossinfezioni alimentari registrate nei locali pubblici durante l'anno 2003 precedente l'emanazione della L.41 (23 focolai accertati con 248.064 libretti rilasciati in 15 Aziende ) contro quelli del primo anno (2004) di applicazione della legge (24 focolai accertati con 39.858 libretti rilasciati) mi consente di confermare il giudizio di sostanziale inutilità sanitaria della procedura sanitaria abrogata.

- La Regione Veneto ha sostituito i LISA con una formazione permanente degli operatori che, per frequenza di ripetizione (ogni due anni), mi sembra rispondere più a delle esigenze di mercato dei nuovi formatori che a criteri di efficacia preventiva delle tossinfezioni alimentari. E' un ennesimo, macroscopico, esempio di come la guerra per l'evidenza sia tutt'altro che vinta.
- A fine anno abbiamo concluso e messo a disposizione nel sito nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità ([www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)) la "Banca dati EBP Regioni".

Si tratta di uno dei risultati della ricerca finalizzata "Verifica dell'implementazione e valutazione dei modelli di prevenzione basati sull'evidenza scientifica" affidata al nostro dipartimento dalla Regione Veneto.

La Banca dati messa a punto con la collaborazione della Regione Emilia Romagna, consente di individuare e consultare le norme ed i documenti prodotti da tutte le Regioni nell'ambito del tentativo di riorganizzare la loro attività di prevenzione secondo i criteri dell'evidenza scientifica.

Un ulteriore esempio di attività inutile è costituita dalle visite fiscali richieste dai datori di lavoro per i dipendenti assenti dal lavoro per malattia. L'analisi dei risultati di questi accertamenti depone per l'assoluta inefficacia di tale attività. La percentuale di non conferma della prognosi del medico curante è, infatti, inferiore allo 0.1%. Ne consegue che, considerato l'elevato costo di tale attività che grava completamente sull'ULSS (la totalità delle visite viene richiesta da Enti Pubblici che per norma sono esentati dal pagamento) è opportuno che l'esecuzione delle visite fiscali sia sospesa.

Visite  
fiscali



## 9. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

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

Contrastare i fattori di rischio

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

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

Il Dipartimento si articola in sei Servizi che operano nelle aree di sanità umana ed animale, e due Uffici:

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)
- Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL)
- Servizio di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei loro derivati
- Servizio igiene e sanità animale, igiene della produzione degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- Servizio Veterinario Multizonale (SVM)
- Ufficio di Coordinamento degli screening oncologici (inserito nel 2005)
- Ufficio di Promozione della salute (inserito dal 2006).



#### PERSONALE DEL DIPARTIMENTO:

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

### 9.1 I Servizi/Uffici

#### **Ufficio di Coordinamento degli Screening Oncologici (istituito con delibera aziendale n.618 del 6.7.2005)**

Compito di questo Ufficio è costituire un riferimento unico per gli aspetti organizzativi, sia per gli utenti che le strutture dell'Ulss, sviluppare azioni coordinate di promozione ed informazione alla popolazione, rappresentare un riferimento unico per i programmi di collaborazione con i soggetti esterni e le associazioni.

La sede operativa è stata individuata nell'ospedale di Marzana

#### PERSONALE

Chioffi Maria Cristina, Costa Paolo

#### **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)**

Compito di questo Servizio è individuare e contrastare i fattori di rischio nell'ambito delle malattie infettive, dell'igiene urbana, dell'organizzazione urbanistica degli abitati e degli stili di vita pericolosi alla salute. Il Servizio si occupa, inoltre, dei problemi medico-legali relativi ai singoli cittadini ed alle strutture sanitarie.

#### PERSONALE

Bonomi Anna Lidia, Liera Chiara, Napoletano Giuseppina, Nguyen Thi My Dung, Poli Fabrizio, Tognon Lucrezia, Trevisan Laura, Zivelonghi Giambattista Borasco Stefano, Corbellari Roberto, De Noni Lucia, Faccioli Daniele, Fasoli Mario, Innocenti Giuliano, Lauria Andrea, Manservigi Silvana, Mella Augusto, Morgante Susanna, Stoppato Ugo, Zanetti Luigi, Barotti Patrizia, Beltrame Silvana, Benedetti Graziano, Calvetti Maria Grazia, Campagnari Marco, Canipari Annalisa, Chiocchetta Maria Grazia (trasferita a Marzana in giugno '05), Fedele Federica, Ferrari Aladino, Ferrari Elisabetta, Nicoli Paolo, Pernigo Antonella, Piccolo Daniela, Soardo Lorena, Vesentini Antonella, Vesentini Daniele, Donati Giuditta (in servizio da luglio '05)

#### **Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)**

Compito di questo Servizio provvedere al controllo sulla qualità e sicurezza degli alimenti, e contrastare i fattori di rischio nutrizionale attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione nel suo complesso, nonché attraverso la formazione rivolta a tutto il personale preposto alla produzione e distribuzione di alimenti e bevande.

#### PERSONALE

Cannas Luciano, Chioffi Linda, De Paoli Norma, Eridani Antonio, Faggionato Gino, Ferreri Anna Maria, Guarda Pietro, Gudenzi Francesca, Martinelli Donato, Milan Pietro, Montoli Monica, Pozzani Laura, Zambaldo Luigi

#### **Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL)**

Allo SPISAL sono attribuite le funzioni di controllo, vigilanza negli ambienti di lavoro, di promozione della cultura della salute e della sicurezza con l'obiettivo di contribuire alla prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro

#### PERSONALE

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

#### **Servizio di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei loro derivati**

L'attività del Servizio si espleta nella prevenzione, controlli ed indagini epidemiologiche delle malattie infettive degli animali da reddito e da affezione, in particolar modo rivolte alle malattie emergenti trasmissibili all'uomo (zoonosi); controllo delle filiere produttive (mangimi, farmaci, contaminanti); benessere animale ed igiene degli allevamenti da reddito.

#### PERSONALE

Avanzini Eugenio, Barbisio Paola, Brenzoni Claudio, Busti Renzo, Cavazza Sergio, Dal Forno Arrigo, Derna Camillo, Lavagnoli Sonia, Micheloni Anselmo, Milia Francesco, Murari Riccardo, Nonis Stefano, Passarini Gastone, Poggiani Roberto, Rinaldi Aurelio, Ronconi Franco, Seghetto Silvio Silvano, Speri Marina, Strazzabosco Renzo, Tessari Emilio.

### **Servizio igiene e sanità animale, igiene della produzione degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**

L'attività viene espletata nell'ispezione, vigilanza e controllo degli alimenti di origine animale e dei suoi derivati nelle fasi di macellazione, conservazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto e vendita, in particolar modo rivolte al costante e continuo miglioramento delle condizioni di sicurezza alimentare.

#### PERSONALE

Baetta Cesare, Benedetti Anna, Benini Nicola, Bonazzi Michela, Cestaro Fabrizio, Facchetti Mario, Furnari Carmelo, Guerra Giovanni, Macchiella Ezio, Mattone di Benevello Giuseppe, Mazzi Maurizio, Olivi Fiorella, Passarini Gastone, Poli Renato, Ruggeri Claudio, Saccardo Gianluca, , Toffali Paolo, Vantini Enzo, Zanella Silvana, Zordan Myriam.

### **Servizio Veterinario Multizonale (SVM)**

Vengono eseguiti i controlli sui lavori appaltati alle Ditte di sanificazione sulle aree pubbliche. Si effettuano interventi di raccolta e smaltimento delle carcasse di cani e gatti, disinfezione, disinfestazione, derattizzazione di interesse privato, applicando il Tariffario Unico Regionale in vigore. Vengono monitorati i focolai di zanzare e lo stato sanitario dell'avifauna di città. Si eseguono interventi di igiene urbana veterinaria ed il rilascio dei tesserini per l'alimentazione dei gatti liberi. Il personale è attrezzato e formato per garantire il pronto intervento di sanificazione in caso di emergenze.

#### PERSONALE

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

## **9.2 Supporto alla programmazione regionale**

Oltre agli interventi mirati al territorio di competenza della ULSS 20, il nostro Dipartimento (in analogia ad alcuni altri: ULSS 7 Pieve di Soligo e ULSS 17 Este) svolge una serie di funzioni di coordinamento e supporto di attività che si esplicano su tutto il territorio regionale.

Questa modalità organizzativa consente alla nostra Regione di mantenere un basso profilo organizzativo centrale ed assicura una stretta aderenza della direzione alle esigenze del reale.

- Allo SPISAL del nostro dipartimento è stato affidato il coordinamento dell'intero piano triennale regionale le per la prevenzione e promozione della salute negli ambienti di Lavoro
- Al Servizio di igiene pubblica del nostro dipartimento è stato affidato il coordinamento di alcuni programmi del piano triennale dei Servizi di Igiene Pubblica:
  - Controllo delle malattie prevenibili con le vaccinazioni
  - Profilassi delle malattie infettive internazionale con relativo centro di riferimento regionale
  - Promozione dell'attività motoria
  - Prevenzione delle cardiopatie

### 9.3 Attività di informazione

L'attività di informazione è uno dei compiti più importanti ed impegnativi di tutti i servizi che compongono il Dipartimento.

Ci siamo quindi dotati, a partire dal 2003 di un "Piano di comunicazione" che coordina questa specifica attività.

Gli strumenti per portare a termine questa attività variano dall'uso della carta stampata all'utilizzo programmato di interviste e conferenze stampa su temi specifici che vengono organizzate dall'Ufficio stampa dell'ULSS. Stiamo incrementando, data la mutata tipologia della nostra utenza, il materiale informativo scritto in arabo oltretutto in francese ed inglese.

sito web

Il sito specifico del Dipartimento (<http://prevenzione.ulss20.verona.it>) viene utilizzato da un numero crescente di utenti che usufruiscono, in particolare, della possibilità di

**Dipartimento di Prevenzione**

**SERVIZI**

- SERVIZIO IGIENE SANITÀ PUBBLICA
- Igiene Edilizia
- Medicina Legale
- Malattie Infettive e vaccinazioni Internazionali
- SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
- Sicurezza e Igiene alimenti e bevande
- Igiene della Nutrizione
- SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO
- SERVIZI VETERINARI
- Sanità Animale - Igiene Allevamenti
- Igiene Alimenti di Origine Animale
- SERVIZIO VETERINARIO MULTIZONALE
- Canile Sanitario
- MODULISTICA
- DOCUMENTAZIONE

**Informazioni**

- Dipartimento di Prevenzione
- News!
- Domande più frequenti
- Come arrivare al Dipartimento di Prevenzione
- mapa del sito

**Documenti utili**

- Relazioni sanitarie
- Fumo passivo
- Inquinamento atmosferico
- Protocollo meningite (pdf)
- Gli scarafaggi. Rischi e rimedi (pdf)

**Progetti Regionali**

- Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive - Lotta alla sedentarietà
- Evidence Based Prevention
- Viaggiatori internazionali
- Prevenzione del diabete e delle cardiovascolopatie

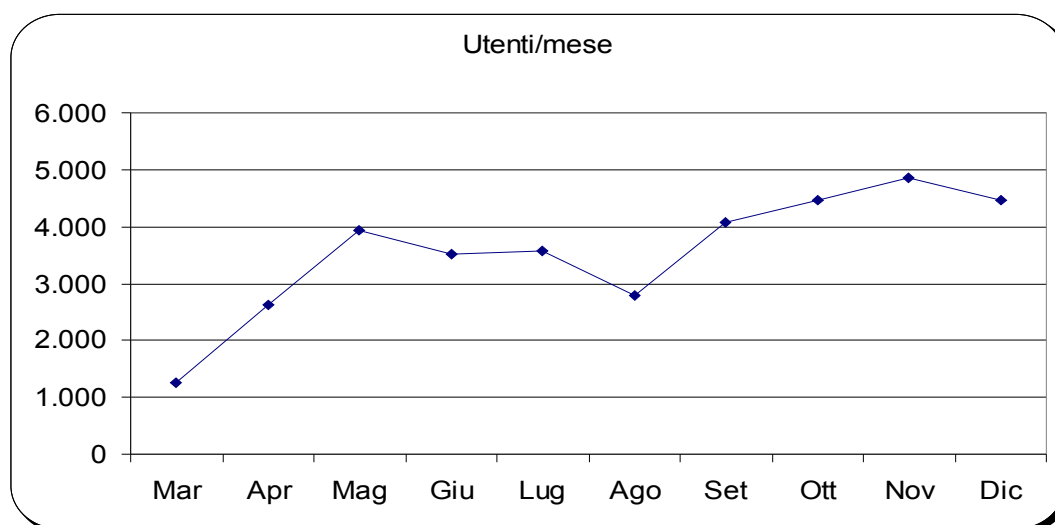
**Obiettivi**

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) è la struttura dell'Azienda ULSS che promuove la tutela della salute attraverso azioni miranti a conoscere, prevedere e prevenire le cause di malattia, anche attraverso il controllo della salute animale. Venendo preso in considerazione tutte le realtà in cui la salute della...

scaricare da casa i moduli necessari all'attivazione delle pratiche e di reperire informazioni sugli orari dei vari uffici.

Stiamo, inoltre, sostituendo gradualmente la posta elettronica al materiale cartaceo per fornire informazioni specifiche ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta.

Graf. 9.3.1 - accessi al sito Web del Dipartimento



#### 9.4 I Costi

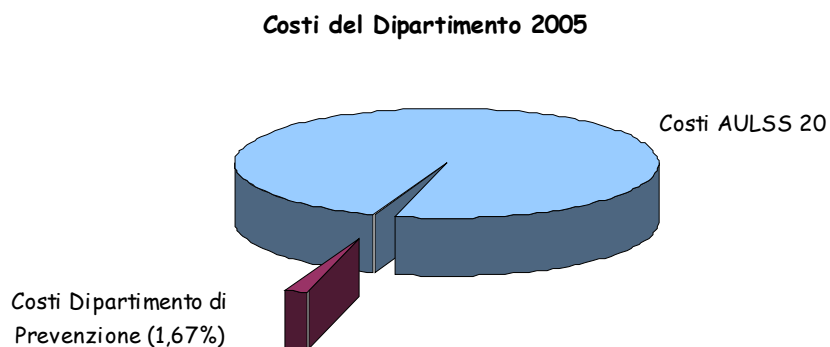
Tab. n: 9.4.1 Confronto fra gli anni 2004 e 2005 delle spese del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS n.20.

BILANCIO CONSUNTIVO SPESE SERVIZI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE (€)		
SERVIZI DIP. DI PREVENZIONE	Spese 2004	Spese 2005
Ufficio Amministrativo Unico	1.275.070,25	1.244.701,09
Servizio Igiene e Sanità Pubblica	4.130.153,81	4.165.656,10
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	771.687,00	780.386,14
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	1.464.771,68	1.378.830,32
Servizio Veterinario Ufficio Coordinamento	7.261,10	3.244,72
Servizio Sanità Animale ed Igiene degli Allevamenti	2.053.194,08	1.965.889,12
Servizio Controllo Igiene Alimenti di Origine Animale	1.929.328,40	1.920.122,59
Servizio Veterinario Multizonale	895.736,41	942.368,43
<b>Totale costi diretti Dipartimento di Prevenzione</b>	<b>12.527.202,73</b>	<b>12.401.198,51</b>
<b>Totale costi ULSS N. 20</b>	<b>647.008.972,00</b>	<b>743.933.075,00</b>
<b>Incidenza % costi Dipartimento di Prevenzione</b>	<b>1.98%</b>	<b>1.67%</b>

(1) Dati (preconsuntivo) ex Unità Controllo di Gestione 23/01/06 e 8/2/2006

Nel 2005 il Dipartimento è costato ancor meno rispetto al 2004 passando dal modestissimo 1,98 % della spesa totale dell'Azienda ad un ancor più modesto 1,67%.

Graf. n. 9.4.1 rapporti fra costo generale dell'Azienda e costo del Dipartimento di Prevenzione. Anno 2005.



Di conseguenza, è venuta diminuendo in proporzione la disponibilità di presenza media di personale.

Tra le altre conseguenze di questo trend del personale, segnalo come particolarmente preoccupante, il continuo invecchiamento dell'età media dei dipendenti e dei quadri dirigenti con una mancanza quasi totale delle generazioni fra i 30 ed i 40 anni.

Graf. n. 9.4.2. Presenze medie di personale dipendente. Dipartimento di Prevenzione ULSS 20.

