



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Dipartimento di Prevenzione

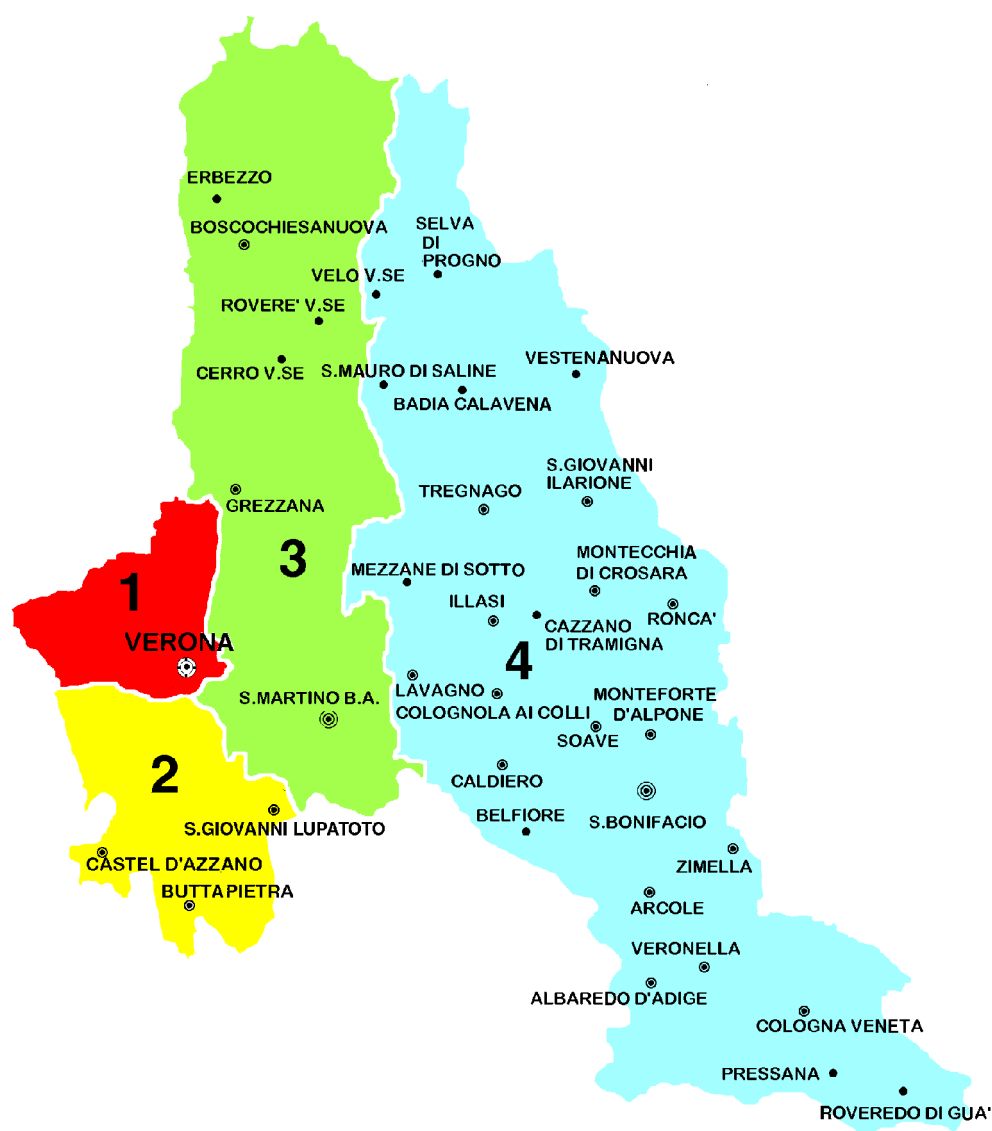
Via Salvo D'Acquisto 7-37122 Verona

☎ 045 8075911

📠 045 8075003



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



Relazione Sanitaria anno 2004

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

Redazione a cura di:
Dott.ssa Silvana Manservigi
Sig.ra Stefania Baschiroto

**“...l'uomo savio deve anno per anno
misurare se stesso dalle proprie opere”**

Iohan Peter Frank (1745-1821)

(Protomedico della Lombardia
Austriaca e del Ducato di Mantova)

Cronaca dell'anno 2004

1. Azienda Ulss n. 20	p. 3
2. Dipartimento di Prevenzione	p. 12
3. Servizio Igiene e Sanità Pubblica	p. 14
3.1 Ufficio Profilassi Malattie Infettive	p. 14
3.2 Ufficio Igiene Edilizia e delle Strutture Collettive	p. 25
3.3 Ufficio di Medicina Legale	p. 45
4. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	p. 53
4.1 U.O. di Igiene degli Alimenti e Bevande	p. 57
4.2 U.O. di Igiene della Nutrizione	p. 62
5. Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza degli Ambienti di lavoro	p. 68
6. Servizio igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei loro derivati	p. 81
Servizio igiene e sanità animale, igiene della produzione degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	p. 81
7. Servizio Veterinario Multizonale	p. 86
8. Quanto costa il Dipartimento di Prevenzione	p. 94

Dott. Massimo Valsecchi

1. AZIENDA ULSS 20

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 Kmq. 1.065,61.

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

*Da 38 a
1.118 metri*

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

Di questi, oltre a Verona, che conta 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 451.088 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.

La struttura produttiva nel veronese

La struttura produttiva nella provincia di Verona è caratterizzata da un tessuto composto di piccole e medie imprese. Il 93% delle imprese è composto da meno di 10 addetti, mentre le imprese che superano i 200 dipendenti sono poco superiore a 70.

La distribuzione per settore produttivo (vedi tabella seguente) evidenzia il ruolo significativo che assume, in termini di incidenza, sia il settore dell'agricoltura che quello industriale, costruzioni comprese.

Tab. 1.1: Distribuzione delle imprese per settore produttivo. Provincia di Verona

Imprese registrate alla CCIAA di Verona - anno 2003	Valore assoluto	Valore percentuale
Agricoltura e pesca	20.627	21,57
Industria	13.429	14,04
Costruzioni	13.142	13,74
Commercio	20.457	21,39
Alberghi e ristoranti	4.178	4,37
Trasporti e attività ausiliarie	3.751	3,92
Servizi (attività di intermediazione monetaria e finanziaria, assicurazioni, attività immobiliari, informatica, istruzione, sanità e altri servizi sociali, ecc.)	14.702	15,37
Altro	4.813	5,03
TOTALE	95.640	100,00

Fonte: CCIAA, di Verona su dati Infocamere

Il settore **primario** (agricoltura) negli ultimi dieci anni ha visto una riduzione delle imprese pari al 15%. Nel 2003, rispetto all'anno precedente, il calo delle imprese agricole è stato del 2,7%. Procede, negli anni, in questo settore un continuo e costante calo delle imprese anche se la superficie agraria utilizzata (SAU) è diminuita di poco (-1,9%). Gli occupati del comparto ammontano a circa 24.000 persone. Considerato che le imprese iscritte sono 20.627, possiamo affermare che in media ogni impresa agricola occupa circa 1,16 addetti.

Nel settore **manifatturiero** un posto importante lo occupa quello della lavorazione del marmo e della pietra, che vede la presenza di 548 imprese con oltre 5.300 addetti (risultati CIS 2001), in media 9,67 addetti per impresa

Un settore significativo è quello **tessile-abbigliamento**, della moda, che vede la presenza di 1.415 imprese con un numero di addetti pari a 16.000 (dati CIS 2001). In media 11,31 addetti per impresa. Settore questo orientato verso nuovi modelli produttivi ed organizzativi, considerato la forte concorrenza di altri paesi emergenti.

Il settore della **meccanica** e della **termomeccanica** (quest'ultimo con 120 aziende e 2.000 addetti è in costante aumento) contano oltre 3.000 imprese.

Ed infine il settore del **commercio** che conta 19.000 aziende attive nel commercio all'ingrosso e al dettaglio, gli intermediari del commercio, il commercio, la manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, a questi vanno aggiunti 4.400 pubblici esercizi attivi. Rispetto al 2002 si registra un aumento dell'1,8%.

Impresa e immigrati

Un fenomeno nuovo che ha caratterizzato il sistema delle imprese in Italia e in maniera più accentuata la provincia di Verona è il rapporto immigrato-impresa.

Secondo la Camera di Commercio di Verona l'anno 2003 è stato l'anno boom dell'impresa extracomunitaria in Italia. Nella sola provincia di Verona il numero di imprenditori stranieri iscritti al Registro delle imprese della Camera di Commercio è di 8.207 unità (6.344 maschi, 1.863 femmine). Nel 2004 gli imprenditori stranieri iscritti al registro sono 7.284 su un totale di 140.179 confermando questa tendenza. Complessivamente rappresentano il 5,2% degli iscritti.

Il mercato del lavoro nella provincia di Verona

Le imprese veronesi dell'industria e dei servizi hanno indicato nel 2004 l'assunzione di 12.662 nuovi lavoratori; tenendo conto delle uscite stimate nel corso dell'anno (10.039 unità), si arriva ad un saldo positivo di 2.623 dipendenti, con un tasso di variazione di + 1,3% rispetto ai dipendenti al 31.12.2003. Delle assunzioni previste, i dati indicano che il 37% trova posto nell'industria e il 63% nei servizi. Il 54,7% di nuovi lavoratori trovano occupazione nelle imprese di piccole dimensioni, con meno di 50 dipendenti. Significativo il dato delle imprese artigiane che, con un saldo di 835 unità e un tasso di variazione del + 2,6%, coprono il 16,8% del saldo occupazionale complessivo. Le professioni in crescita sono in particolare quelle operative legate ai servizi e alle vendite (il 44,8% delle assunzioni), seguite da quelle operative della produzione industriale (il 32,4%). (Progetto Excelsior CCIIA)

Il tasso di occupazione totale dei Veronesi, che rapporta gli occupati a tutta la popolazione tra i 15 e i 64 anni, è pari a 63,7% con una percentuale di 51,1% nella componente femminile e di 76% nei maschi.

Il tasso di disoccupazione totale è pari al 4,7%. Sebbene gli ultimi decenni si siano contraddistinti per una crescente offerta di lavoro alle donne, le differenze per genere rimangono rilevanti. Si rileva infatti un distacco di più di 4 punti percentuali tra i tassi di occupazione maschile (2,8%) e femminile (7,4%). (fonte dati Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale).

*Disoccupati
al 4,7%*

La percentuale di lavoratori extracomunitari assunti nel 2003 è passata al 23% del totale (+2% rispetto al 2002) per l'effetto della regolarizzazione. Un aumento si nota nell'agricoltura, nei trasporti, nei servizi alla persona (badanti, infermieri), calano, invece, nella chimica e nel marmo. Le qualifiche di assunzione, generalmente sono molto basse. Per gli uomini si tratta di avviamento di personale non qualificato in agricoltura e allevamento, di manovali edili, industriali, di operai metalmeccanici, impiegato esecutivo ecc. Per le donne la richiesta è di personale non qualificato in agricoltura e allevamento, impiegate esecutive, di cameriere, operaie nel manifatturiero leggero, di commesse, di addette alle pulizie e all'assistenza.

Popolazione

Aumenta nella popolazione la percentuale degli anziani (soggetti di età superiore ai 65 anni) che è pari al 19,8% del totale, mentre la fascia di età inferiore ai 15 anni rappresenta il 13,8% del totale.

Anziani 19,8%

Tab.1.2: 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.

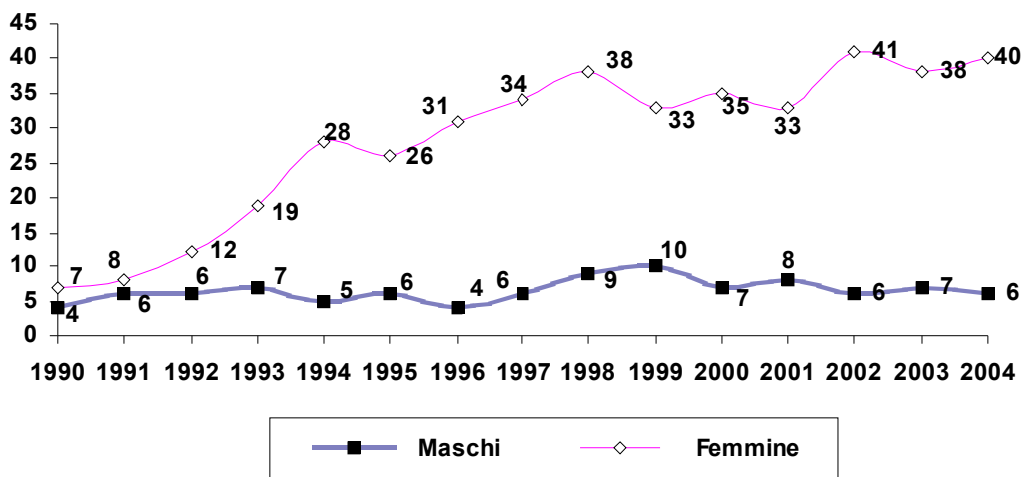
Anni	Nati	Decessi	Residenti	inf. 15	%	> 65	%	> 75	%	> 100
2001	3.954	3.925	422.558	57.270	13,6	80.146	19,0	37.478	8,9	54
2002	4.093	4.089	*446.007	61.274	13,7	85.526	19,2	40.329	9,0	66
2003	4069	4.262	447.951	61.599	13,7	86.981	19,4	40.760	9,1	65
2004	4.527	**	451.088	62.195	13,8	89.426	19,8	42.389	9,4	72

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

** dato non ancora disponibile

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

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



La tabella seguente evidenzia gli aborti spontanei e le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nel Comune di Verona per l'anno 2003. 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 del 60% di tutte le IVG.

Tab.1.3: Abortività spontanea e volontaria - Comune di Verona Anno 2003

	N. casi di donne con Cittadinanza Italiana	N. casi di donne con Cittadinanza Straniera	Totale
Aborto spontaneo	127	89	216
IVG	172	261	433
Non specificato	14	5	19

Mortalità

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. I progressi sono stati ottenuti in tutte le classi d'età anche se hanno riguardato prevalentemente l'età infantile e le donne in età fertile.. 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, risultando leggermente più alta di quella nazionale. 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 veneto, 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 dei residenti nel Veneto. 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.

Le patologie non-trasmissibili hanno seguito un andamento inverso rispetto alle malattie infettive superandole, in termini di importanza assoluta, nella seconda metà degli anni '30 e raggiungendo il picco all'inizio degli anni '80. Tale aumento e successiva riduzione sono dovuti principalmente a due patologie: la neoplasia polmonare tra i maschi e l'ischemia coronarica in entrambi i sessi.

Solo 300 decessi per malattie infettive

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.

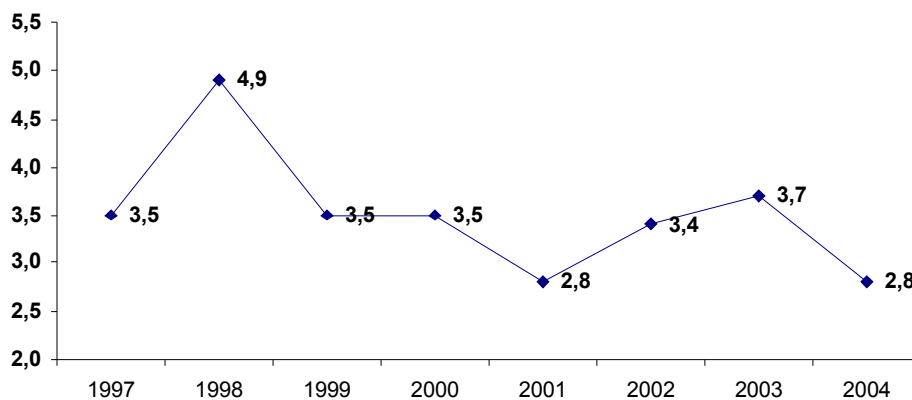
Questo tumore è tanto predominante nel quadro epidemiologico delle neoplasie da causare il doppio dei decessi determinati insieme da due tumori importanti come quelli della mammella e della prostata. La mortalità per neoplasia polmonare si è ridotta in modo importante soprattutto tra gli uomini oltre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

Mortalità infantile

La mortalità infantile dell'ULSS di Verona con il suo tasso molto ridotto (2,8/1000) conferma che la situazione socio-economica complessiva della nostra popolazione si colloca fra le migliori del mondo occidentale (Graf.1.2).

Bassa mortalità infantile

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



Il tasso complessivo di 2,8‰ deriva dalla media del 3,1‰ dei nati da madre extracomunitaria e dal 2,7‰ di nati da madre italiana.

Mutamenti climatici e mortalità

¹ Tratto dalla Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto Anno 2002

Gli studi nazionali ed internazionali hanno dimostrato che a temperature ed umidità particolarmente elevate ("onda di calore") corrisponde un significativo aumento del numero dei decessi.

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.

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). E' il fenomeno denominato effetto "isola di calore urbano" (urban heat island effect).

Isola di calore

Fattori di rischio

Il caso tipico del deceduto per eccesso di calore è un soggetto molto anziano, con patologie preesistenti, di condizione socioeconomica bassa, che vive da solo, in una casa piccola, ai piani alti, priva di condizionamento.

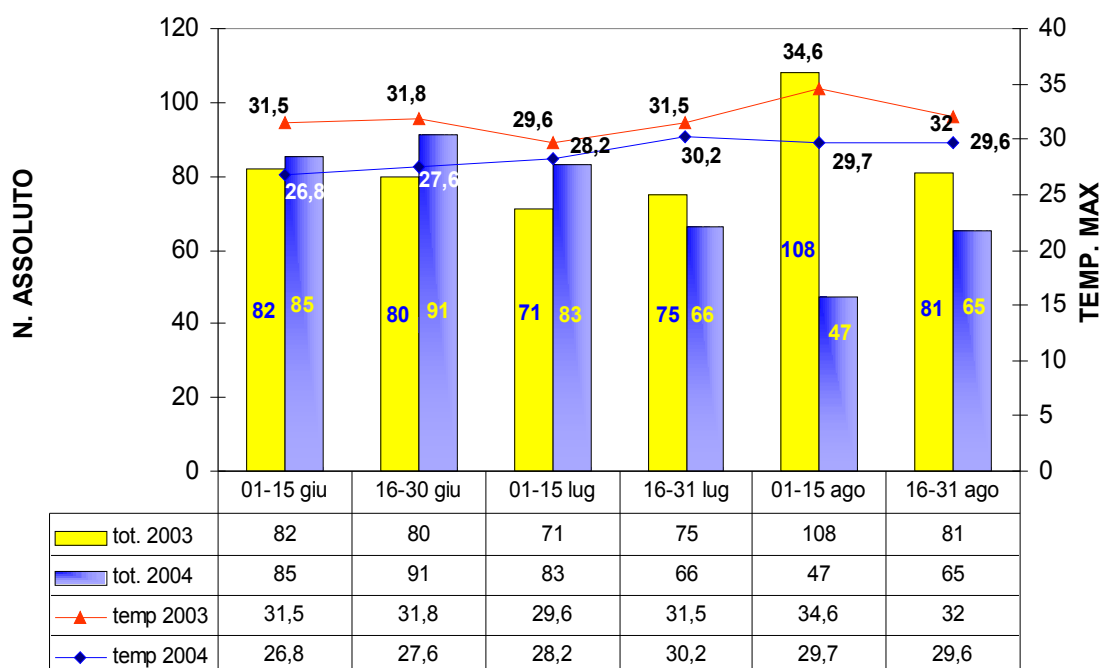
L'estate 2003 è stata particolarmente calda e umida ed ha visto un incremento notevole della mortalità negli ultrasessantacinquenni.

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 2004 la mortalità è diminuita, rispetto al 2003, di circa il 12%, e se considera solo il mese di agosto la diminuzione osservata è pari al 41%.

La differenza climatica sta nel fatto che nel 2004 non si sono verificate le condizioni di grande disagio climatico che hanno caratterizzato, per prolungati periodi di tempo, l'estate del 2003.

Graf. 1.3: periodi estivi 2003-2004: >65 anni residenti a Verona, deceduti a Verona e media delle temperature massime per periodo

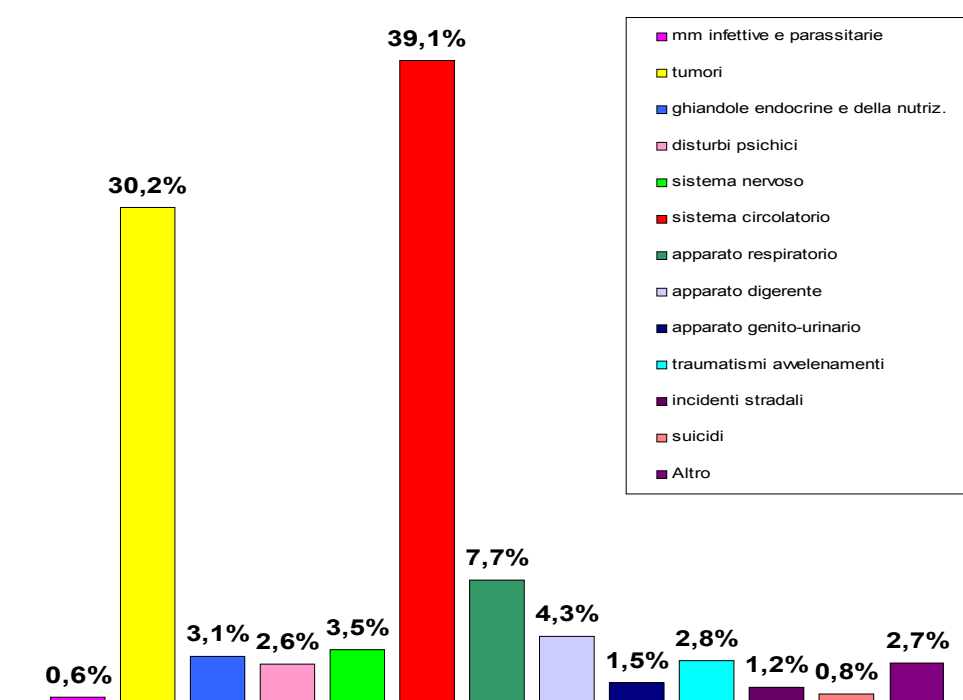


Mortalità generale

Tab.1.4: Mortalità generale per grandi gruppi di cause nella popolazione dell'ULSS 20

CAUSE	2001		2002		2003	
	N° DECESSI	TASSO GREZZO	N° DECESSI	TASSO GREZZO	N° DECESSI	TASSO GREZZO
I - Malattie infettive e parassitarie	18	4,3	20	4,4	25	5,6
II - Tumori	1.222	289,2	1.249	274,6	1.285	286,9
III - Mal. ghiandole endocrine e della nutriz.	105	24,8	122	26,8	131	29,2
V - Disturbi psichici	96	22,7	99	21,8	110	24,6
VI - Mal. sistema nervoso	116	27,5	130	28,6	148	33,0
VII - Mal. Sistema circolatorio	1.600	378,6	1.691	371,8	1.667	372,1
VIII- Mal. apparato respiratorio	259	61,3	248	54,5	328	73,2
IX - Mal. apparato digerente	178	42,1	169	37,2	183	40,9
X - Mal. apparato genito-urinario	58	13,7	80	17,6	64	14,3
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	113	26,7	93	20,4	118	26,3
XVII - Incidenti stradali	46	10,9	61	13,4	52	11,6
XX - Suicidi	25	5,9	25	5,5	33	7,4
Altro	89	21,1	102	22,4	118	26,3
TOTALE	3.925	928,9	4.089	899,1	4.262	951,4

Graf. 1.4: Mortalità totale per gruppi di cause, anno 2004.



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. 1.5, 1.6 e 1.7: Mortalità per tumore alla mammella, della cervice dell'utero e del colon

Mortalità per cancro della mammella. Numeri assoluti.

	2000	2001	2002	2003
Decessi	95	92	78	107

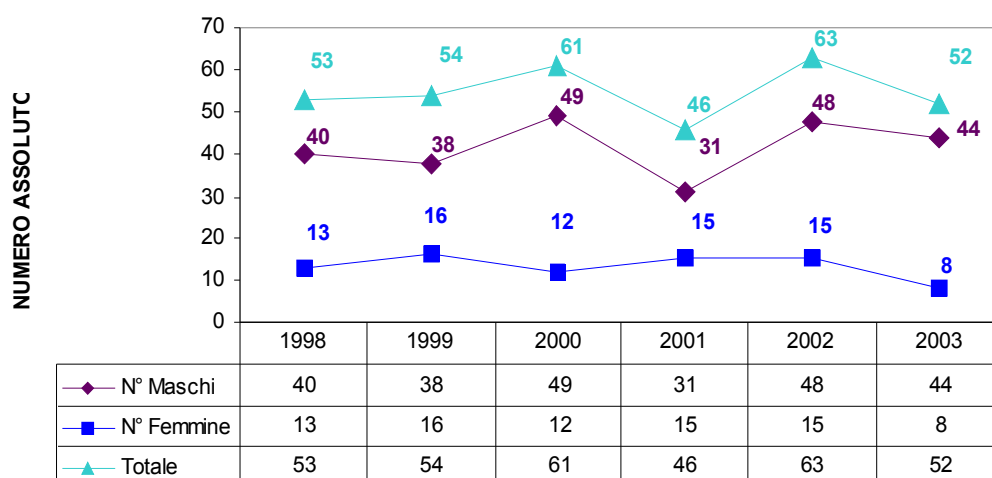
Mortalità per cancro del collo dell'utero. Numeri assoluti.

	2000	2001	2002	2003
Decessi	3	1	4	3

Mortalità per cancro del colon. Numeri assoluti.

	2000	2001	2002	2003
Decessi MASCHI	68	37	57	63
Decessi FEMMINE	33	46	49	40
Decessi TOTALE ♂ + ♀	101	83	106	103

Graf. 1.5: Mortalità per incidenti stradali nell'ULSS 20, anni 1998 - 2003.



Tab.1.8: Mortalità per HIV nell'Ulss 20. Numero assoluto di decessi.

	Maschi	Femmine	TOT
2000	1	0	1
2001	4	3	7
2002	2	2	4
2003	7	1	8

Tab.1.9: Mortalità per overdose nell'ULSS 20 Numero assoluto di decessi

	Maschi	Femmine	TOT
2000	3	0	3
2001	4	1	5
2002	0	0	0
2003	4	0	4

2. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

*Contrastare
i fattori di rischio*

Compito del Dipartimento di Prevenzione è individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute con particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione.

Per assolvere a questo compito il Dipartimento si avvale di strumenti epidemiologici, di iniziative di informazione ed educazione sanitaria e di interventi di vigilanza volti a verificare il rispetto della normativa sanitaria.

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

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

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

*Uomini
e non*

- **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)**
- **Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)**
- **Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL)**
- **Servizio di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei loro derivati**
- **Servizio igiene e sanità animale, igiene della produzione degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**
- **Servizio Veterinario Multizonale (SVM)**

Attività rilevanti nell'anno:

Prevenzione efficace

*Prevenzione
efficace*

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

In 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 (previsti dalla L.283 del 30.04.1962) 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.

*Governo contro
Regione*

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. 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. Come prima ricaduta locale di questa nuova normativa regionale si è avuto un notevole risparmio di ore di lavoro del personale addetto al rilascio dei libretti sanitari ed è stato possibile spostare, nella nostra ULSS, un' unità laureata dai Distretti Socio Sanitari al Servizio di Igiene Pubblica per seguire i programmi di promozione dell'attività motoria. Il nostro Dipartimento è stato incaricato dalla Regione Veneto di effettuare una Indagine sugli effetti organizzativi della applicazione della legge regionale n. 41 del 19 dic. 2003,

Scopo della ricerca è stata la verifica degli effetti prodotti dalla emanazione della legge regionale 41/2003 sui carichi lavorativi e sulla organizzazione dei 21 Dipartimenti di prevenzione della Regione Veneto. La rilevazione dei dati tramite la somministrazione di un questionario ha consentito di verificare che, nel 2004, la legge in oggetto ha portato all'abolizione di un numero complessivo di certificazioni superiore alle 400.000 unità.

*400.000
certificati
in meno*

Il calcolo delle ore di lavoro risparmiate ci ha portato a stimare che sia stato liberato il lavoro di circa 30 unità di personale a tempo pieno.

I nuovi piani regionali triennali

A fine 2004, la Giunta Regionale ha deliberato una nuova pianificazione triennale (2005\2007) articolata su quattro Piani specifici:

- Piano triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
- Piano triennale per la prevenzione e promozione della salute negli ambienti di Lavoro
- Piano triennale per la sicurezza alimentare
- Piano triennale di sanità animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Allo SPISAL del nostro dipartimento è stato affidato il coordinamento dell'intero piano triennale regionale per triennale 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 tre programmi del piano triennale dei Servizi di Igiene Pubblica:

- Controllo delle malattie prevenibili con le vaccinazioni
- Profilassi delle malattie infettive internazionale
- Promozione dell'attività motoria

Nel corso dell'anno si sono tenuti corsi di riqualificazione ed aggiornamento per il personale del Dipartimento: corsi BLS (basic life support) di riqualificazione per soggetti già certificati, addestramento della squadra emergenze del Palazzo della sanità, aggiornamento sulla normativa inerente la "privacy", corso per i tecnici di prevenzione sulla gestione per processi nel Dipartimento. Durante quest'ultimo sono state definite procedure integrate tra i vari Servizi del Dipartimento per le autorizzazioni e gli interventi di vigilanza relativi ad ipermercati, strutture socio-sanitarie e nuovi insediamenti produttivi.

- **Accessibilità:** per migliorare il livello di informazione degli utenti è stato attivato un sito specifico del Dipartimento (<http://prevenzione.ulss20.verona.it>). All'interno del sito cura particolare è stata posta alla possibilità di scaricare informazioni e la modulistica necessaria all'attivazione delle pratiche in modo da evitare agli utenti perdite di tempo inutili.

*Nuovo
sito web*

Sono state inoltre effettuati interventi di informazione attiva nei confronti della popolazione mediante vari mezzi di divulgazione (conferenze e comunicati stampa, mass media, pubblicazioni, materiale illustrativo,...) su problematiche di prevenzione di interesse per la popolazione.

PERSONALE DEL DIPARTIMENTO:

Albieri Marina, Allegri Davide, Barotti Patrizia, Baschiroto Stefania, Bedendo Alfredo, Benedetti Anna, Benedetti Graziano, Bergamasco Rita, Bolcato Ivana, Braga Carla, Burro Paola, Caloini Rosanna, Calovi Carla, Calvetti Maria Grazia, Campagnari Marco, 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, Segnegghi Massimo, Tacconi Monica, Veronese Pio Vinicio, Valsecchi Massimo, Vesentini Daniele, Zanella Silvana.

3.1 UFFICIO PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE

Vaccinazioni

Le vaccinazioni costituiscono ormai da molto tempo uno dei pilastri della medicina preventiva. Negli anni scorsi erano stati presi in considerazione alcuni parametri per valutare l'efficienza dei nostri servizi vaccinali: ad esempio la copertura per una vaccinazione facoltativa come quella antipertosse o l'età media di inizio delle vaccinazioni. L'utilizzo di vaccini combinati, come l'esavalente, fa sì che anche vaccinazioni facoltative come appunto la vaccinazione antipertosse o anti Haemophilus siano somministrate con frequenza sostanzialmente sovrapponibile a quella delle vaccinazioni obbligatorie e cioè con coperture pari al 99% .

In modo simile anche l'età della prima vaccinazione nei nuovi nati si sta progressivamente abbassando e da alcuni anni la media sta lentamente scendendo verso valori inferiori agli 87 giorni di età. Questi risultati sono frutto della stretta collaborazione fra servizi vaccinali dei Distretti Sanitari e pediatri di famiglia.

Una "spinta" alla collaborazione tra servizi vaccinali e medici di famiglia (in particolare con i pediatri di libera scelta) è stata data dal Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica del Veneto. Nel progetto che riguarda le malattie prevenibili con vaccinazione è specificamente previsto che in tutte le ulss della regione sia formalizzata la collaborazione tra servizio vaccinale e pediatri.

Tavolo di confronto

Allo scopo di concretizzare ulteriormente questa collaborazione sono stati attivati i cosiddetti "tavoli di confronto" tra pediatri e servizio vaccinale, sia a livello di ulss che di singolo distretto: cioè è stato identificato un rappresentante dei pediatri, un medico e una ASV referente tanto a livello di Servizio di Igiene Pubblica come a livello di Distretto Sanitario allo scopo di verificare sia i cosiddetti "casi difficili" o gli inadempienti, come pure affrontare eventuali problematiche relative alla comunicazione tra servizi vaccinali e pediatri di famiglia.

Corso sul counselling

Inoltre è stato realizzato un **corso sul counselling** in ambito vaccinale.

Si sono tenute due giornate di formazione in aula (20 e 21 settembre), durante le quali con modalità diverse sono state trasmesse informazioni, tecniche per una corretta comunicazione, seguite da cinque settimane durante le quali si dovevano mettere in pratica le informazioni e le abilità acquisite e infine altre 2 giornate di formazione e verifica in aula (25 e 26 ottobre).

Si è trattato di una edizione "sperimentale", rivolta al personale vaccinatore del distretto sanitario del centro storico e ai pediatri di libera scelta della stessa zona, in una formazione congiunta: questa scelta è stata fatta non solo per fornire le stesse informazioni e per far acquisire le stesse abilità sia al personale del distretto che ai pediatri, ma anche per favorire una migliore collaborazione come frutto di un percorso comune.

Questo stesso corso sarà ripetuto nell'anno in corso e nei successivi in tutte le ulss della Regione.

Nel corso del 2003 era stato approvato il Piano nazionale di eliminazione del **Morbillo** e della Rosolia congenita. Tale Piano prevede la l'offerta di due dosi di vaccino MPR a tutti i bambini, la prima all'età di 13-15 mesi, la seconda prima dell'ingresso alla scuola elementare e cioè a 5-6 anni. Per garantire una elevata copertura è necessario recuperare con una campagna straordinaria i nati negli anni compresi tra il 1992 e il 1999, offrendo la prima vaccinazione chi non è mai stato vaccinato e la seconda dose a tutti coloro che hanno effettuato una sola vaccinazione contro il morbillo.

*Eliminare
il morbillo*

Nel mese di aprile 2004 sono stati realizzati i corsi di formazione per il personale vaccinatore dei distretti sanitari, assieme ai pediatri di famiglia. Questi corsi, di due giornate ciascuno, sono stati realizzati in collaborazione fra le tre aziende ulss della provincia di Verona, sia per facilitarne la realizzazione sia per rendere omogeneo, almeno a livello provinciale, il piano di attuazione: come è ormai consuetudine per le attività di formazione rivolte al personale dei Distretti, il corso è stato realizzato in due edizioni successive per consentire la partecipazione di tutto il personale senza incidere negativamente sulle attività distrettuali.

Dopo le piccole epidemie di morbillo degli anni 2002 e 2003 (durante le quali erano stati registrati 15 casi circa), nel corso del 2004 sono stati segnalati un caso di morbillo accertato (un ragazzo di 17 anni, vaccinato a otto mesi in Marocco) e sei casi sospetti: di questi uno solo è stato confermato (una ragazza di 16 anni segnalata dal MMG due giorni dopo l'accesso al Pronto Soccorso). Il progressivo calo è frutto anche della elevata copertura tra le fasce di popolazione più giovane. La copertura vaccinale per le coorti di nascita 2001 e 2002 è risultata confortante: rispettivamente del 95,0% e del 94,8%.

*Casi in
diminuzione*

SARS

In tutto il mondo, Italia compresa, per la stagione invernale 2004 è stata elevata la preoccupazione della comparsa di una nuova epidemia: questo timore ha favorito, tra l'altro, una notevole adesione alla vaccinazione antinfluenzale.

Nel corso del 2004 sono stati segnalati solo pochi casi di questa temuta malattia e tutti nella Cina.

Nel mese di gennaio sono stati riportati dall'OMS tre casi isolati (un giornalista TV di 32 anni, una cameriera di 20 anni e un uomo d'affari di 35 anni), per i quali non è stata individuata l'origine dell'infezione, ed è stata, quindi, sospettata una possibile sorgente animale.

Tutti questi sono guariti.

Nei mesi successivi sono stati registrati nove casi di tre "generazioni", con un decesso .

Si è trattato di una breve catena, che dimostra tuttavia come la malattia possieda una contagiosità non trascurabile quando non siano rispettate le corrette misure di protezione, raccomandate con insistenza dall'OMS.

In effetti l'epidemia di SARS del 2003 ha rappresentato un ottimo campo di prova per verificare il corretto uso dei mezzi di protezione, da parte del personale sanitario in particolare. Inoltre ha portato alla stesura di protocolli operativi che si stanno perfezionando in questi mesi per prepararci ad affrontare in modo adeguato eventuali epidemie causate da microrganismi ad elevata contagiosità.

Influenza

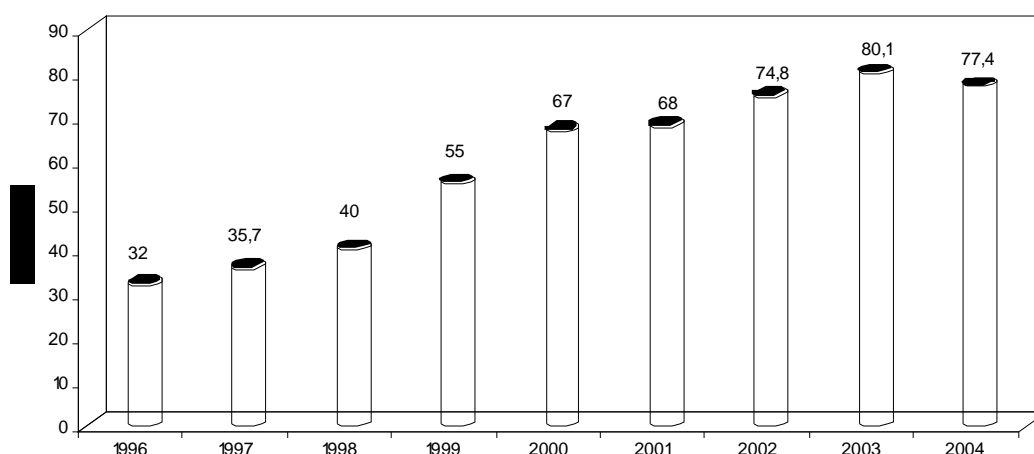
La campagna di vaccinazione antinfluenzale del 2004 ha avuto una minore adesione da parte dei Medici di Medicina Generale rispetto al precedente anno.

L'accordo aziendale infatti è stato raggiunto solo pochi giorni prima dell'inizio della campagna stessa.

Tuttavia, da parte dei colleghi che hanno aderito, la collaborazione tra distretti e MMG nell'insieme è migliorata rispetto agli anni scorsi: è stata più ordinata la distribuzione del vaccino e più sollecita la trasmissione dei dati sulle dosi somministrate.

Per la campagna antinfluenzale 2004-05, i dati forniti dai Distretti fanno registrare una riduzione di circa 2.500 dosi somministrate, rispetto alla campagna precedente.

Graf.3.1.1: Vaccinazione antinfluenzale: percentuale di persone ultra 65enni, vaccinate dal servizio pubblico nei quattro Distretti Sanitari dell'ULSS 20.

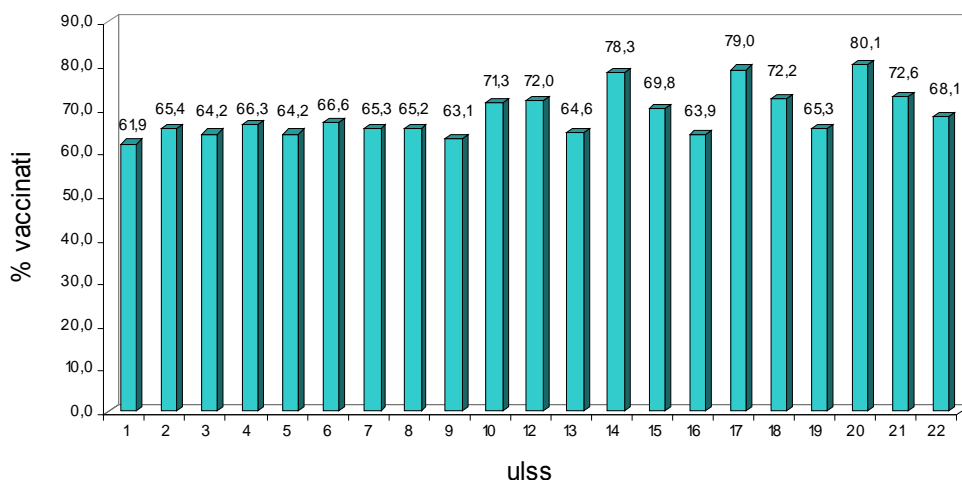


È ipotizzabile che la percentuale di vaccinati raggiunta nella campagna 2003-04 rappresenti un livello molto buono, difficilmente migliorabile, e che una lieve riduzione rappresenti una "fisiologica" oscillazione piuttosto che un segnale di allarme per un calo di attenzione, l'obiettivo stabilito dal Piano Nazionale è infatti di superare il 75% delle persone di età ≥ 65 anni.

Tale obiettivo viene raggiunto nella nostra ASL per il terzo anno consecutivo.

A queste dosi, inoltre, si devono aggiungere quelle distribuite dalle farmacie territoriali, che potrebbero innalzare ulteriormente la copertura vaccinale di almeno il 5%, secondo stime regionali degli anni scorsi.

Graf. 3.1.2: copertura antinfluenzale conseguita dal servizio pubblico (DSB e MMG) tra la popolazione anziana nelle varie ulss del Veneto, anni 2003/2004.



Confronto regionale

Influenza aviaria La minaccia di una pandemia influenzale umana ha fatto seguire con trepidazione, per tutto l'anno, gli sviluppi dell'infezione aviaria che ha colpito vari paesi dell'Est asiatico. Il timore di una massiccia diffusione all'uomo si è fatto più vivo nel mese di agosto quando, ad un congresso svoltosi a Pechino, è stato presentato uno studio che evidenziava come anche i maiali fossero risultati infettati dal virus noto come A-H5N1. Questo timore era giustificato per il fatto che questi animali possono essere infettati con entrambi i virus influenzali, sia quello umano che quello aviario, con la possibilità di sviluppo di un nuovo virus dotato di capacità di propagarsi rapidamente tra gli uomini ma con le caratteristiche antigeniche del virus "aviario".

In attesa di una nuova pandemia

Infatti, nel corso del 2004 il virus influenzale H5N1, che ha provocato l'epidemia degli animali, ha contagiato anche alcune decine di persone, che hanno contratto la malattia quasi sempre per contatto diretto con animali: in qualche caso, però, è stato ipotizzato anche il contagio interumano, tra componenti della stessa famiglia.

Alla fine di dicembre l'OMS segnalava che dall'inizio dell'anno nel Viet Nam erano stati identificati 28 casi umani di influenza da virus A-H5N1, dei quali 20 erano stati mortali, l'età media delle persone colpite era di 14 anni; in Thailandia erano stati segnalati 17 casi con 12 decessi, con età media di 20 anni. La letalità complessiva era quindi superiore al 70% (71,1%).

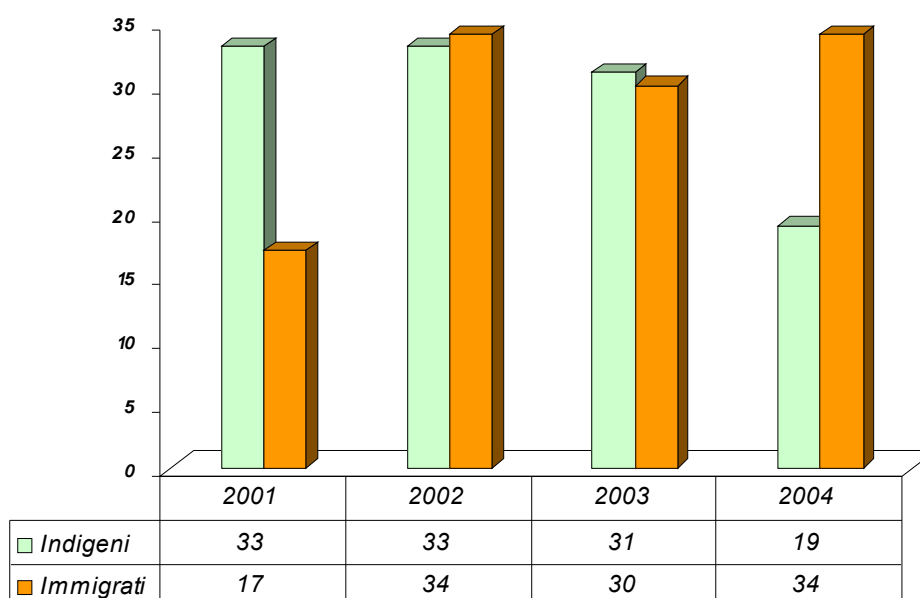
TBC.

- - Nel corso degli ultimi dieci anni nella nostra Regione si è registrato un calo complessivo della tbc di circa il 20%. Nel medesimo periodo è stata evidenziata una riduzione tra la popolazione indigena, in contrasto ad un forte incremento di casi tra la popolazione immigrata. La diversa distribuzione della malattia fra italiani indigeni e immigrati rispecchia la differente storia della malattia: 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. Questo viene evidenziato chiaramente dal grafico sottostante, relativo alle segnalazioni degli ultimi quattro anni. La differenza è molto marcata se si considera l'incidenza della malattia: analizzando i dati del solo 2004 e

*In Veneto
-20% in
10 anni*

ricordando che la popolazione immigrata rappresenta circa il 5,3% della popolazione totale del Veneto: l'incidenza nella popolazione veronese indigena è di 4,4 casi/100.000 residenti, mentre nella popolazione immigrata risulta superiore a 140/100.000 , quindi con una frequenza maggiore di circa 30 volte.

Graf. 3.1.3: Casi di tubercolosi dell'ulss 20 negli ultimi quattro anni, suddivisi tra cittadini "indigeni" e "immigrati".



Tra le misure principali per controllare la malattia (indicate anche dalle Linee Guida del Ministero della Sanità del marzo 1998) sono fondamentali l'identificazione precoce e la sorveglianza della malattia e il trattamento preventivo dei gruppi ad alto rischio tra cui, in primo luogo, i contatti di un caso di tubercolosi.

Attuare queste misure preventive nelle persone immigrate è spesso difficile.

Per dare maggiore efficacia al controllo di questa malattia e alla sorveglianza delle resistenze ai farmaci, la Regione con DGR del dicembre 2004 ha dato disposizioni perché in ogni ULSS sia attivato il Dispensario Funzionale, realizzato tramite l'istituzione di un nucleo operativo nel quale operino un centro clinico e il Servizio di Igiene.

Nel mese di giugno è stato segnalato un caso di tubercolosi polmonare aperta in una persona ospite della Casa Circondariale di Verona.

*TBC
in carcere*

Il fatto ha assunto grande rilievo sui mezzi di informazione cittadini ed è stato anche oggetto di una interrogazione parlamentare, non solo per l'episodio di malattia infettiva, ma soprattutto per le condizioni di sovraffollamento dell'istituto di pena.

Sono state eseguite 700 reazioni di Mantoux, considerando sia gli ospiti (666) che il personale di vigilanza (40); sono state ripetute a distanza di 40 giorni circa ai contatti più stretti, risultati negativi al primo test; sono state effettuate 250 radiografie al torace ai casi risultati positivi al primo test (quasi tutti cittadini immigrati): alla fine dell'iter non è stato evidenziato nessun caso secondario di tbc.

Secondo le Linee Guida emanate dal Ministero di Giustizia nel settembre 1996 si sarebbero dovute sottoporre a chemio profilassi antitubercolare le 250 persone Mantoux positive. Si è quindi formato un gruppo di lavoro costituito dal medico responsabile della Sanità dell'Istituto, 2 infettivologi che collaborano con questo, da uno pneumologo dell'ulss e due medici del S.I.S.P., allo scopo di analizzare i dati di letteratura e predisporre uno specifico protocollo per il controllo della tbc nelle carceri.

Si deve infatti tenere presente che l'incidenza della tbc nelle carceri è spesso più elevata che nella popolazione in generale (negli USA sono riportati tassi che variano da 90 a oltre 180 casi/100.000 reclusi, con una incidenza anche 10 volte più elevata rispetto alla popolazione in generale) e pertanto in questa popolazione l'aspetto fondamentale riguarda la sorveglianza accurata sull'intera popolazione e sul singolo, valutando molto attentamente sia gli aspetti positivi che i frequenti effetti collaterali di una profilassi farmacologica. [v. MMWR n° RR-8; 1996]

Epatite A

Nel corso del 2004 sono stati notificati 14 casi di Epatite A: colpisce la netta differenza tra i due sessi: 13 uomini e 1 donna; tra i possibili fattori di rischio sono riferiti con frequenza prossima al 50% abitudini omosessuali oppure omo-etero sessuali; inoltre queste abitudini sono riferite al medico specialista ospedaliero, mentre sono negate all'Assistente Sanitaria che effettua l'inchiesta epidemiologica. Una verifica con i casi dell'anno precedente conferma sia la marcata differenza tra i due sessi che il frequente comportamento omosessuale.

È stato quindi proposto al SerT di offrire anche la vaccinazione antiepatite A assieme (combinata o separata) a quella contro l'epatite B a tutti coloro che accedono a quel Servizio e che presentino comportamenti a rischio.

14
epatite A

Malattie sporadiche

Nel mese di luglio ci è stato notificato un caso di **febbre tifoide** comparso in un cittadino indiano di 36 anni, subito dopo il rientro in Italia. Questo signore aveva soggiornato per 4 mesi nel paese di origine e per motivi di lavoro aveva sostato in varie zone dell'India. Attribuiva l'origine dell'infezione all'uso di acqua non potabile durante il soggiorno. Al momento del ricovero presentava un'iperpiressia di 42° C.

L'ultimo caso precedente di questa malattia, segnalato in persone residenti nella nostra ulss, risale ad ottobre 1995 ed era comparso in una signora di 24 anni, subito dopo il rientro da un viaggio di 20 giorni, in Indonesia.

Meningite da Haemophilus Influenzae

Nel mese di novembre è stata segnalato un caso di Meningite da Haemophilus Influenzae tipo B, in un bambino di 3 anni, vaccinato regolarmente al 3°, 5° e 13° mese di età: aveva frequentato la scuola materna fino a due giorni prima del ricovero. È stata posta sotto sorveglianza sanitaria la sezione frequentata dal bambino, composta da 23 alunni, dei quali uno solo non era stato vaccinato e che è stato sottoposto a profilassi farmacologica; a profilassi antibiotica è stata sottoposta anche la sorellina di 18 mesi, non i genitori.

Questo episodio, risoltosi favorevolmente, è stato un banco di prova per verificare la rapidità di risposta da parte del servizio pubblico e ha evidenziato la necessità di un intervento rapido nell'informare la popolazione interessata, direttamente o indirettamente, coinvolgendo innanzitutto i colleghi pediatri e MMG soprattutto per evitare comportamenti non adeguati ed eccessivi allarmismi.

I casi complessivi di meningiti batteriche nel corso dell'anno si possono così riassumere:

Età	Sesso	Residenza	Diagnosi	Ag eziologico	Esito
70 a	F	Verona	Men liquor torbido	Non ident.	guarigione
38 a	F	Castel d'A.	Men liquor torbido	Non ident.	guarigione
68 a	M	Stallavena	Men. Pneumococco	Pneumococco	guarigione
58 a	M	Soave	Coma febbrile	Pneumococco	decesso
18 a	M	Bosco Chiesan	Men purulenta	Meningococco	guarigione
3 a	F	Albaredo	Sepsi meningoc.	Meningococco	guarigione
62 a	F	Castel d'A.	Men. Pneumococco	Pneumococco	guarigione
3 a	M	Grezzana	Meningite	HIB	guarigione

Controllo Piscine

Nel mese di dicembre la Conferenza dei Presidenti delle Regioni ha approvato il documento di "Disciplina interregionale delle Piscine" predisposto dal gruppo di "Coordinamento Regionale Prevenzione" nel mese di giugno. Questo documento tecnico impegna i Presidenti delle Regioni a sviluppare le discipline regionali specifiche con leggi proprie.

Buono l'85% dei controlli

In attesa della nuova normativa sono stati effettuati controlli con periodicità mensile sulle piscine aperte al pubblico; si tratta di 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 90 controlli chimici e altrettanti microbiologici. I risultati hanno evidenziato parametri normali nel 85% dei casi per i controlli microbiologici: i 14,5 % parametri alterati erano rappresentati quasi sempre da un modesto aumento (0,5 - 1 mg/litro) del parametro "Cloro attivo libero" superiore al limite massimo considerato normale (1,5 mg/litro). Due volte è stato riscontrato un valore molto elevato (7,0 mg/L), in due piscine distinte, per rottura del dosatore automatico e una volta in una piscina priva di dosatore automatico. I parametri microbiologici sono risultati alterati in modo marcato una sola volta con carica batterica >300 ufc/100 ml: negli altri casi l'aumento della carica batterica era modesto e quasi sempre correlato con un eccessivo afflusso di bagnanti o per mancato rispetto delle norme igieniche da parte dei frequentatori.

Disposta una chiusura

Diversamente, per una piscina attrezzata a giochi acquatici, è stato necessario adottare un provvedimento di chiusura a causa della presenza di pseudomonas all'esame microbiologico, favorito da un afflusso molto elevato nel periodo di maggiore calura estiva.

Campi Nomadi

Nel mese di agosto è stato notificato un caso di shigellosi in una bambina di 18 mesi, figlia di nomadi. Sono stati effettuati ripetuti controlli del campo dove erano ospitati questi nomadi, rilevando preoccupanti carenze igieniche.

Viaggiatori internazionali

Nel corso del 2004 si è confermato l'incremento dell'attività dell'ambulatorio Viaggiatori Internazionali (V. I.), già evidenziato nell'ultimo trimestre del 2003.

Le vicende internazionali degli ultimi anni e l'epidemia di SARS del 2002 avevano determinato una flessione dei viaggi, e una conseguente diminuzione della prestazioni. Solo dal 2° semestre 2002 si è registrata una nuova ripresa dell'attività.

Tab. 3.1.1: Prestazioni effettuate dall'ambulatorio Vaccinazioni Internazionali.

Anno	n° vaccinazioni	n° soggetti informati	n° accessi all'ambulatorio
1997	6.587	3.000	3.477
1998	8.918	3.791	4.270
1999	10.498	3.968	4.511
2000	8.131	3.660	3.974
2001	7.002	3.359	5.253
2002	6.921	3.744	4.929
2003	7.177	3.728	5.790
2004	7.421	5.691	6.399

L'analisi dei dati evidenzia, inoltre, il notevole utilizzo di vaccini per la prevenzione di malattie a trasmissione feco-orale, come l'antiepatite A, singolo o associato all'antiepatite B (3.310 dosi) e l'antitifica (dosi 1.897), rispetto a quello per la febbre gialla (1.202 dosi). In questi ultimi anni si è ampliata la tipologia di persone che si rivolgono al nostro ambulatorio, con l'interessamento anche dei viaggiatori diretti verso paesi a rischio moderato o basso di malattie infettive. Ciò è dovuto anche ad una maggiore sensibilità ed esigenza di informazione sulle misure da attuare per prevenire le malattie.

Gli accessi all'ambulatorio sono caratterizzati da un andamento stagionale con picchi elevati nei mesi di gennaio, luglio e dicembre, in corrispondenza dei periodi di festività e di ferie come evidenziato dal grafico sottostante.

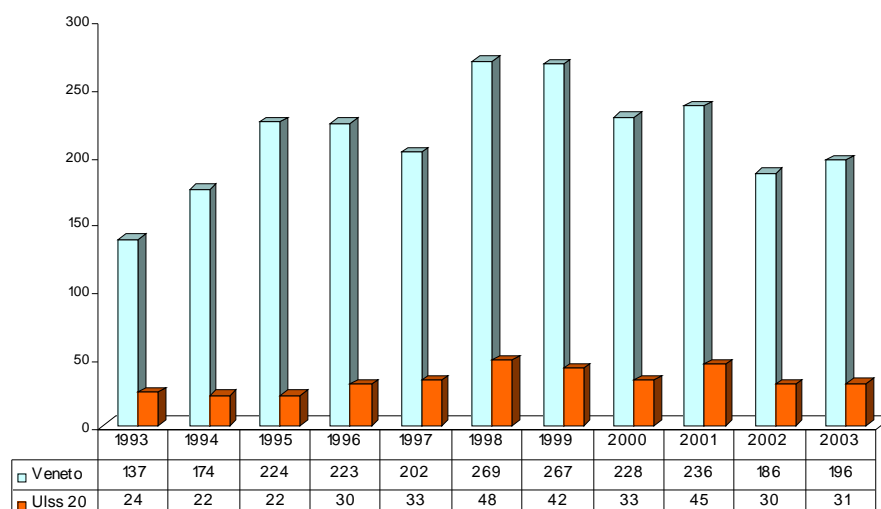
Graf. 3.1.4: Numero di vaccinazioni effettuate e di accessi nel corso del 2004



Negli ultimi anni i casi di malaria nel Veneto sono rimasti pressoché invariati, con qualche lieve flessione, in particolar modo nella nostra ULSS.

Graf. 3.1.5: N° di casi di malaria notificati nel Veneto e nell'Ulss 20 dal 1993 al 2003 (non sono disponibili i dati regionali relativi al 2004).

Casi di malaria



Tab.3.1.2: Casi di malaria in residenti della Ulss 20 suddivisi per tipo di viaggiatori

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

* di età <10 anni

Dall'analisi delle schede di notifica risulta che i casi di malaria riguardano quasi esclusivamente immigrati, che rientrano nel loro paese per visitare i familiari.

27% di casi
in bambini

Nel 2004 il 27% dei casi di malaria degli immigrati ha riguardato bambini molto piccoli (2-3 anni): un bambino ha presentato i sintomi appena arrivato per la prima volta in Italia, un altro al rientro in Italia dopo un anno di permanenza in Camerun e gli altri dopo brevi soggiorni in patria con i genitori. I due turisti avevano contratto la malattia durante soggiorni di una settimana in Kenya (malaria da *P. Falciparum*) e a Zanzibar - Tanzania (malaria da *P. Malariae*): questo fatto conferma l'importanza della chemioprolifassi anche per soggiorni di breve durata.

Tra le persone che hanno contratto la malaria nessuna, durante il soggiorno, aveva effettuato la chemioprolifassi antimalarica oppure l'aveva effettuata in modo incompleto o inadeguato al rischio presente nel paese visitato (Tab. 3.1.3).

Più
informazione

Dato che la malattia è più grave nei bambini, è necessario una maggiore informazione dei genitori ed interventi di sensibilizzazione sia dei medici curanti che degli operatori delle agenzie di viaggio, affinché possano rivolgersi per tempo agli ambulatori V.I. per le misure di profilassi da attuare. A tale scopo sono già stati programmati alcuni incontri con i Medici di famiglia (MMG e PLS) per un approfondimento delle patologie legate ai viaggi e per migliorare la collaborazione con i servizi vaccinali e reparti specialistici sulla sorveglianza delle reazioni avverse alla profilassi vaccinale e farmacologica.

Tab.3.1.3: Modalità di esecuzione della chemioprolifassi nei soggetti con malaria

Chemioprolifassi	2001	2002	2003	2004
Nessuna	42	29	17	20
Scorretta o incompleta	3	1	4	3
Non specificato	0	0	10	4
Totale	45	30	31	27

Nel 2004, come Centro di Riferimento Regionale per i Viaggiatori Internazionali, sono stati preparati un opuscolo informativo e una scheda sulle modalità di assunzione dei farmaci antimalarici in varie lingue: inglese, francese, spagnolo e arabo. L'opuscolo verrà consegnato e illustrato, ai viaggiatori stranieri dal personale sanitario degli ambulatori vaccinali del Veneto.

Nello scorso autunno è stata organizzata la seconda edizione del corso di "formazione a distanza" sulla malaria, con il quale è stato completato l'aggiornamento di tutti operatori sanitari degli Ambulatori dei V.I. della Regione (circa 100 operatori). Il corso è stato realizzato in collaborazione con il reparto di Malattie Tropicali dell'Ospedale di Negrar e della Società Italiana di Pedagogia Medica ed è stato sviluppato in 3 momenti formativi distinti: un primo incontro in aula informatica per illustrare le modalità di utilizzo della piattaforma informatica; il corso vero e proprio a distanza, tramite internet, e un secondo incontro conclusivo in aula.

*Aumentare la
formazione*

Infortunati da contaminazione biologica

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 sierologici per la ricerca dei markers dell'epatite B (tempo 0 e 6 mesi); degli anticorpi anti-epatite C (tempo 0, 3 mesi e 6 mesi); degli anticorpi anti-HIV e transaminasi (tempo 0, 6 settimane, 3 mesi e 6 mesi).

Tab. 3.1.4: numero di incidenti in operatori sanitari dipendenti Ulss 20.

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
Totale	297	76	373

La Tab. 3.1.4 riporta il numero degli incidenti avvenuti in operatori sanitari dipendenti o che operano in altre strutture dell'Ulss 20, suddivisi per anno. Nel corso del 2004 sono stati vaccinati contro il tetano ed epatite B 212 lavoratori non dipendenti, per i quali è stato inoltre effettuato il follow up successivo.

I dati sugli incidenti occupazionali mostrano una diminuzione dei casi nel corso degli anni: ciò è dovuto al fatto che vi è una maggiore sensibilizzazione all'utilizzo dei mezzi di protezione da parte degli operatori.

PERSONALE DELL'UFFICIO:

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

3.2 UFFICIO IGIENE EDILIZIA E DELLE STRUTTURE COLLETTIVE

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

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

Attività edilizia

Si è registrata una diminuzione delle richieste di pareri igienico-sanitari in ambito edilizio che sono passati da 1.302 nel 2003 a 850 nel 2004. Il dato è attribuibile all'entrata in vigore del DLgs 381 che ha permesso l'autocertificazione. Il calo tuttavia è meno marcato di quello verificatosi in altre aziende sanitarie, probabilmente per l'elevato numero di ristrutturazioni che si effettuano a Verona rispetto alle nuove costruzioni: in questi casi è infatti impraticabile l'utilizzo dell'autocertificazione dei requisiti sanitari in quanto è necessario richiedere le valutazioni tecnico-discrezionali previste dalla normativa.

*Auto
certificazione*

E' viceversa aumentata la richiesta di certificazioni di idoneità igienico-sanitaria delle abitazioni. Mentre non varia sostanzialmente il numero dei sopralluoghi mirati a certificare l'antigienicità delle abitazioni allo scopo di concorrere all'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica sono enormemente aumentate le certificazioni di idoneità richieste dagli immigrati per il ricongiungimento familiare o il rilascio della carta di soggiorno. Secondo i dati riportati dalla Caritas (Rapporto 2004) gli immigrati regolari extracomunitari in Italia sono raddoppiati dal 2000 a oggi (da 1.300.000 a 2.600.000) e si prevede un ulteriore raddoppio nei prossimi 10 anni. Le stime più prudenti indicano anche la presenza di 200.000 irregolari. Per il 2004 è stato programmato un flusso di 79.500 stranieri, 50.000 dei quali da impiegarsi in lavoro subordinato a carattere stagionale..

Inquinamento atmosferico

Situazione ambientale

Nell'inverno 2003-2004 è emersa una situazione critica relativamente alle concentrazioni di PM_{10} in particolare nel comune di Verona. Nel periodo novembre 2003-marzo 2004 sono stati registrati dalle centraline fisse 124 superamenti del valore limite giornaliero di $50 \mu g/m^3$ di PM_{10} . La media delle concentrazioni di PM_{10} nel suddetto periodo a Verona è risultata di $86 \mu g/m^3$, con un massimo di $227 \mu g/m^3$ registrato il giorno 4 febbraio 2004.

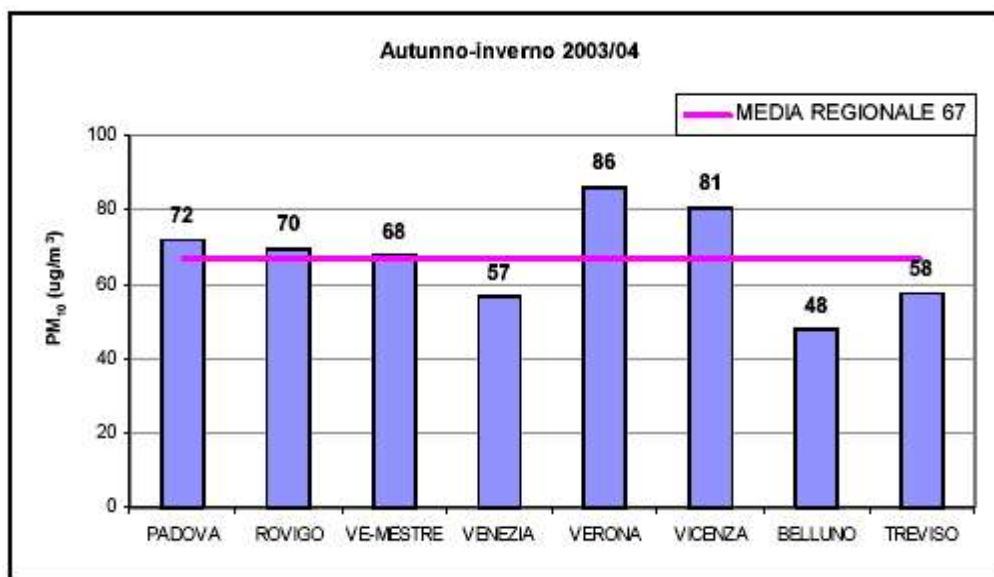
La media annuale del 2004 di PM_{10} è risultata pari a $67 \mu g/m^3$, superiore a quella degli altri capoluoghi del Veneto e alla media regionale (Graf. 3.2.1- dal Rapporto ARPAV sulla qualità dell'aria inverno 2003-2004). Si ricorda che il limite per la protezione della salute è di $40 \mu g/m^3$ di media annuale.

La concentrazione degli inquinanti ha presentato un andamento sostanzialmente uniforme in tutta la pianura padana, risultando fortemente influenzata da fattori meteorologici. A questo proposito l'ARPAV ha evidenziato attraverso rilevazioni condotte con il mezzo mobile che anche altri Comuni dell'ULSS (Lavagno, Vestenanova, Montecchia Buttapietra, S. Giovanni Ilarione, S. Giovanni Lupatoto, Castel D'Azzano) presentano un andamento degli inquinanti simile a quello registrato nel comune di Verona.

Nel corso del 2004 si è superato 165 volte il limite di $55 \mu g/m^3$ di PM_{10} , a fronte di un numero massimo di 35 superamenti consentiti, con una media annuale pari a $65 \mu g/m^3$ nella stazione di C.so Milano e $57 \mu g/m^3$ in quella di S.Giacomo.

*165 sopra
il limite di $55 \mu g/m^3$*

Graf. 3.2.1: Concentrazioni medie di PM₁₀ nel periodo 10.11.03-31.3.04 (da pubblicazione ARPAV)



Nel 2004 sono stati rilevati valori medi annui di benzene di 6µg/m³ nella stazione di C.so Milano. In tutte le altre stazioni sono stati riscontrati valori inferiori a 5µg/m³, limite che entrerà in vigore nel 2010. Anche per il benzo(a)pirene è stato superato il valore di qualità di 1 ng/m³: nella stazione di C.so Milano la media dei valori è risultata per il 2004 di 1,1 ng/m³. L'interesse sanitario per questi due ultimi composti è elevato in quanto queste sostanze sono cancerogeni noti.

Per quanto riguarda l'Ozono si sono avuti numerosi superamenti dei limiti durante la stagione calda.

Contesto sanitario

*Effetti a
breve
termine*

Sono ormai numerosi gli studi scientifici che dimostrano effetti nocivi sulla salute degli inquinanti atmosferici. In particolare le PM₁₀ e PM_{2,5}, particelle di dimensioni rispettivamente inferiori a 10 e a 2,5 millesimi di millimetro (µm), sembrano essere gli inquinanti maggiormente associati con eventi sanitari avversi. Per PM₁₀ e PM_{2,5} non sono indicati valori guida sanitari dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per esposizioni a breve/lungo termine ma è raccomandata la minor esposizione possibile.

I picchi di PM₁₀ nell'aria si associano ad effetti sanitari a breve termine: incrementi di mortalità e di ricoveri per malattie respiratorie e cardiovascolari, maggior frequenza di sintomi respiratori e maggior ricorso ai farmaci da parte di persone con problemi asmatici, ridotta funzionalità polmonare.

L'associazione tra inquinamento atmosferico ed effetti sanitari a lungo termine non è stata così ampiamente indagata. Tuttavia almeno due studi di follow-up condotti negli Stati Uniti hanno evidenziato un'associazione significativa tra esposizione cronica a PM₁₀ ed aumenti della mortalità, soprattutto cardiaca e polmonare, aumenti delle malattie respiratorie, riduzione della funzionalità polmonare e della speranza di vita.

L'esposizione ad inquinanti atmosferici coinvolge in diversa misura tutta la popolazione, con particolare rilievo per le persone che vivono nei centri urbani di maggiori dimensioni. Situazioni particolarmente critiche da questo punto di vista sono ad esempio collegate al vivere in prossimità di industrie insalubri o di strade a traffico intenso, specie con passaggio di un numero elevato di veicoli pesanti.

L'appartenere a categorie suscettibili può potenziare gli effetti avversi sulla salute, ad esempio è stato osservato che i bambini che vivono in prossimità di strade trafficate presentano un rischio più elevato di sviluppare malattie respiratorie.

*Bambini
a rischio*

Per quanto riguarda la situazione specifica di Verona, nell'ottobre 2004 sono stati pubblicati sulla rivista *Epidemiologia e Prevenzione* i risultati dello studio MISA 2. Si tratta di una metanalisi italiana degli studi sugli effetti sanitari a breve termine dell'inquinamento atmosferico nel periodo 1996-2002, pianificato in 15 città italiane, compresa Verona. Le città studiate sono tra i principali centri urbani del paese, per un totale di 9 milioni e centomila abitanti. Anche in questo studio è stato osservato un aumento della mortalità giornaliera per tutte le cause (e per le cardiorespiratorie), collegato ad incrementi delle concentrazioni degli inquinanti atmosferici studiati (in particolare NO₂, CO, PM₁₀). Risultati analoghi sono stati osservati anche per la ricoverabilità per malattie cardiache e respiratorie. Le stime dei decessi annui nel comune di Verona attribuibili all'inquinamento atmosferico rispetto a varie ipotesi sono comprese tra 10 (valore basso) e 90 (valore alto) che corrisponde ad un numero variabile da 1 a 7 decessi in più ogni 30 giorni.

Il MISA 2

*Fra 10 e 90
morti/anno*

L'impatto negativo sulla salute del traffico autoveicolare non si limita tuttavia agli aspetti relativi all'inquinamento atmosferico (Gli effetti del traffico sull'ambiente e la salute in una compiuta analisi dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS anno 25, luglio 2002).

Gli incidenti stradali sono responsabili ogni anno in Europa di circa 120.000 morti, un terzo dei quali sono giovani sotto i 25 anni. Nel Veneto ogni anno si contano circa 25.000 incidenti stradali con 27-28.000 feriti e 600-700 morti.

E' stato stimato che il 65% delle persone che vivono in Europa è esposto a livelli di rumore che determinano disturbi del sonno, interferenze e disturbi del linguaggio. Il traffico è il maggior responsabile dell'esposizione al rumore.

Lo stile di vita sedentario, uno dei più importanti fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative nei paesi occidentali, è aggravato dall'uso privilegiato dell'automobile rispetto ad altre modalità di spostamento quali il cammino e la bicicletta.

In conclusione le conoscenze scientifiche attualmente disponibili sugli effetti sanitari dell'inquinamento atmosferico stanno ad indicare che lo stesso è un problema rilevante di sanità pubblica su cui è doveroso intervenire con interventi di breve, medio e lungo periodo. Sono pertanto necessarie misure generali di contenimento rivolte a tutto il territorio senza trascurare interventi volti ad eliminare situazioni circoscritte di maggior rischio che possono determinare disuguaglianze di salute.

Cause dell'inquinamento atmosferico

Secondo i dati che vengono riportati dall'ARPAV (v. grafici) le fonti dell'inquinamento atmosferico hanno un peso diverso a seconda che si consideri l'intero territorio provinciale o il contesto urbano di Verona.

Il contributo di PM₁₀ primario prodotto dal traffico autoveicolare nel comune di Verona è significativamente superiore a quello riscontrato in provincia e se andiamo a verificare altri indicatori quali il CO e l'NO₂ la quota si innalza ancora di più arrivando all'84% e 76% rispettivamente. Questo comporta la necessità di individuare provvedimenti differenziati a seconda delle fonti di emissioni prevalenti.

Non solo PM₁₀

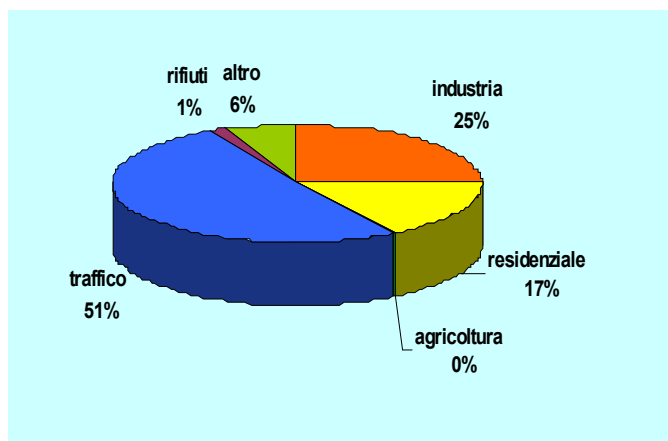
L'Italia è uno dei paesi europei con il più alto rapporto veicoli/popolazione. Nel 2003 la densità automobilistica ha raggiunto in Veneto un rapporto di 1,71 abitanti per autovettura e Verona è al primo posto in regione con un rapporto di 1,63 (Studio Osservatorio Autopromotec). Il comune di Verona conta inoltre il maggior numero di spostamenti quotidiani rispetto ad altri grandi comuni italiani; un pendolare su due si sposta in auto e viaggia quasi sempre da solo, solamente una macchina ogni quattro è infatti occupata da più di una persona (Censimento 2001

*1,6 abitanti per
auto*

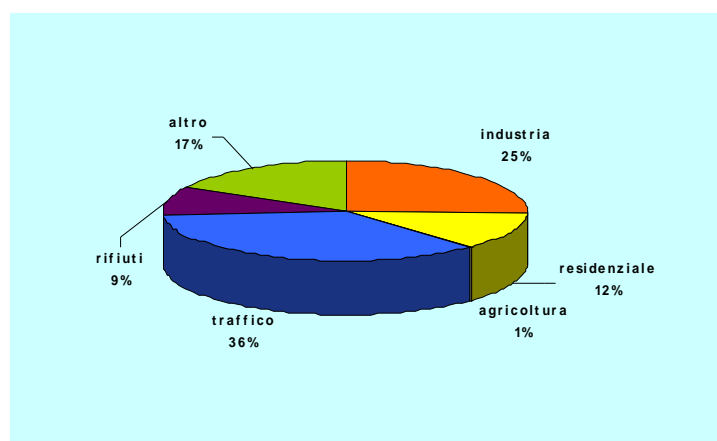
dati ISTAT). Secondo una recente ricerca il 64% del traffico automobilistico si svolge in un raggio di 5 chilometri dal centro delle città e un altro 19% nel raggio di 10 chilometri.

Graf. 3.2.2: Emissioni di PM₁₀ primario anno 2000 (Dati ARPAV Verona)

Comune di Verona



Provincia di Verona



Non è irrisorio tuttavia il contributo all'inquinamento atmosferico degli impianti industriali: tra tutti i comuni della provincia, Verona è il comune in cui il flusso di massa di polveri autorizzato dalla Provincia di Verona è il maggior ed è superiore a 50Kg/ora. (dati rapporto ARPAV stato ambiente 2004)

Viceversa si rileva che il contributo del riscaldamento domestico è più contenuto: il 23% delle utenze è infatti collegato al teleriscaldamento ed un'elevata percentuale degli impianti di riscaldamento domestici è alimentata a metano, che è notoriamente meno inquinante.

Fonti di informazione

La disponibilità di dati ambientali aggiornati relativi alla situazione locale costituisce una condizione necessaria per ogni successiva valutazione e proposta. Da questo punto di vista ci sembra che l'attivazione dei processi dell'Agenda 21 locale abbia innescato un circolo virtuoso che "obbliga" i vari enti e le varie agenzie ad utilizzare indicatori concordati in modo da fornire dati confrontabili a disposizione di tutti i soggetti interessati. Questo processo implica anche la dismissione di atteggiamenti competitivi da parte di vari enti (ancora molto radicati in alcuni settori) con conseguenti vantaggi per l'integrazione delle azioni e degli obiettivi.

Agenda 21

Indicazioni e proposte

Gli studi epidemiologici hanno documentato gli effetti acuti sulla salute dell'inquinamento atmosferico ma è stato ormai dimostrato che anche l'esposizione cronica è correlata ad effetti sanitari, quali eccessi di mortalità e diminuzione dell'aspettativa di vita.

Per questo motivo è necessario che non si agisca solo con provvedimenti di emergenza finalizzati alla riduzione dell'inquinamento nei momenti critici ma si adottino misure strutturali per ridurre le emissioni e conseguentemente l'esposizione media. L'adozione del piano regionale di risanamento dell'aria contiene già indicazioni ed obblighi per le pubbliche amministrazioni ed appositi tavoli tecnici sono stati istituiti sia dal comune di Verona che dalla Provincia. Noi riteniamo che tutti gli interventi nei confronti di tutte le sorgenti che contribuiscono all'inquinamento debbano essere realizzati laddove possibile.

Non solo
emergenza

Certamente indilazionabili sono le misure di contenimento del traffico autoveicolare in quanto questo costituisce un determinante negativo per molti problemi di salute. Il traffico, principale fonte di inquinamento nella città, è caratterizzato da un trend in aumento in quanto i miglioramenti tecnologici che sono intervenuti non sono stati sufficienti a compensare il progressivo incremento del numero dei mezzi circolanti. L'eccessivo traffico delle zone residenziali condiziona pesantemente anche la qualità della vita in quanto impedisce di utilizzare come spazi di relazione o ricreativi le aree collettive (piazze, marciapiedi, strade,...). L'estensione delle aree pedonali nel comune di Verona è pari 0.17 m²/abitante contro 0.8 stabiliti come valore obiettivo per "Ecosistema urbano" (I dati relativi a questi indicatori sono stati ricavati dal Rapporto sullo stato dell'ambiente di Agenda 21 del Comune di Verona aprile 2005).

Agire su tutte le fonti

Va anche valutato quanto contribuiscano al peggioramento della qualità dell'aria autostrade e superstrade che insistono sul territorio.

Si individuano di seguito alcune indicazioni per la riduzione dell'inquinamento atmosferico.

1. Nell'ottica della **razionalizzazione dei flussi veicolari** nelle zone densamente abitate un primo intervento positivo è stato adottato con l'attuazione delle restrizioni previste per le ZTL nella città antica. Provvedimenti finalizzati alla riduzione del traffico privato dovrebbero essere adottati in tutte le zone residenziali con priorità per le zone densamente abitate che costituiscono zone di attraversamento. A fianco di queste misure deve essere posta particolare attenzione nell'evitare l'insediamento di nuovi attrattori di traffico (scuole, uffici,..) all'interno delle zone residenziali provvedendo anzi, ove possibile, alla delocalizzazione di quelli esistenti. Un discorso a parte meritano i parcheggi trattati più oltre. Gli effetti positivi delle restrizioni sul traffico si sono manifestati in modo piuttosto netto nel quartiere di Porto San Pancrazio dove è stata attuata l'interdizione al traffico di attraversamento a causa dei cantieri per il rifacimento di opere infrastrutturali. Si sono evidenziati effetti benefici sulla qualità dell'aria e della vita, che sono stati percepiti positivamente dalla popolazione nonostante i disagi provocati dai mancati collegamenti viari. Ad esempio la percentuale di bambini della scuola elementare che raggiunge la sede scolastica a piedi o in bicicletta è stata del 60%, decisamente superiore al resto della città.

Zone a traffico limitato

Spostare gli attrattori

2. Le restrizioni del traffico devono essere accompagnate da provvedimenti che facilitino la **mobilità alternativa** come la realizzazione di ulteriori percorsi ciclabili (attualmente decisamente insufficienti in quanto misurano 0.06/abitante rispetto allo standard di 0.5 dell'"Ecosistema urbano") e il miglioramento e l'incentivazione del trasporto pubblico non inquinante. Tutte le soluzioni alternative al trasporto privato devono costituire un sistema integrato al loro interno e complessivamente con tutto il sistema della mobilità. Il miglioramento del trasporto pubblico necessita secondo noi di quanto segue:

Piste ciclabili

- miglioramento dell'efficienza dei servizi. Attualmente a Verona gli autobus per il trasporto urbano viaggiano ad una velocità media commerciale di 15.2 Km/ora. Aumentando le corsie preferenziali si otterrebbe un aumento dell'efficienza, della velocità dei mezzi pubblici e della loro puntualità favorendo così l'utilizzo da parte degli utenti.
- miglioramento della qualità dei mezzi per quanto riguarda le emissioni inquinanti
- integrazione del servizio di trasporto pubblico locale con il trasporto urbano in modo da evitare la sovrapposizione dei percorsi e dei servizi e migliorare l'efficienza dello stesso.
- una condizione necessaria e inderogabile per una sostenibilità generale della mobilità urbana è garantire un nuovo sistema di mobilità mediante un mezzo di trasporto rapido di massa con alta capacità di carico. Questo sistema innovativo di trasporto pubblico dovrebbe essere integrato nel sistema di mobilità urbana e regionale e realizzato nei punti di interscambio principale e nei nodi più importanti.

Migliorare il trasporto pubblico

- 3 Il sistema della **sosta e dei parcheggi** interrati è parte integrante e fondamentale nella mobilità urbana. Nella pianificazione il ruolo dei parcheggi può essere diverso in base al sistema che si vuole realizzare, alle sue finalità e strategie. Si ritiene che in una visione di sostenibilità, nella ricerca di ridurre le emissioni e il traffico privato, i parcheggi devono seguire una logica consequenziale.

Riteniamo che debba essere posta particolare attenzione alla realizzazione di parcheggi che hanno di fatto la funzione di parcheggi scambiatori all'interno della città per le inevitabili ricadute sulla qualità del territorio e dell'aria. In ogni caso la costruzione di parcheggi o di altre infrastrutture analoghe non può essere svincolata da scelte generali e di pianificazione urbanistica.

- 4 E' necessario completare la mappa della presenza dei grandi **insediamenti industriali** nel contesto urbano. Infatti non è stato ancora definito il contributo del settore industriale all'inquinamento urbano, con riferimento non solo alla quantità ma anche alla qualità degli inquinanti prodotti. Rilevante al riguardo la presenza nelle immediate vicinanze del centro urbano di una acciaieria. A questo proposito è da ricordare che gli insediamenti produttivi comportano, oltre alle emissioni industriali, anche un contributo aggiuntivo dovuto alla mobilitazione delle merci e delle persone. A tale riguardo si ritiene positiva la scelta del Comune di Verona di delocalizzazione della ditta Riva Acciaio prevista dal PAT. Tuttavia resta indispensabile valutare le possibili iniziative nel breve e medio periodo per evitare un aumento dell'impatto ambientale, per favorire indagini conoscitive preliminari alla bonifica e per adottare misure sulle note ricadute sul traffico urbano. Per gli insediamenti produttivi che per vari motivi (localizzazione, prodotti utilizzati e concentrazione di attività, ampliamenti del ciclo produttivo), possono avere conseguenze ambientali con ricadute sanitarie sulla popolazione dovrà essere valutata la compatibilità in riferimento all'art. 216 del T.U.LL.SS. In tal senso potrebbero non essere sufficienti il rispetto dei limiti ambientali prescritti dalle norme vigenti ma al fine di salvaguardare la salute dei residenti dovrebbero essere richieste ulteriori cautele previste dal già citato art 216. Per le industrie insalubri in prossimità delle abitazioni dovrebbe essere valutato non solo il rischio della salute in caso di normale attività ma anche nel caso di incidente unitamente alle possibili emergenze e alle misure previste dalla ditta per affrontarle.

Riqualificare il già costruito

La temperatura dell'aria è uno dei fattori che incidono sulla qualità della vita e sul benessere dell'uomo e i possibili interventi per mitigarla comportano un miglioramento dell'ambiente urbano.

E' noto che nelle città si verifica un fenomeno chiamato isola di calore: al di sopra delle aree urbane ristagna una cappa d'aria surriscaldata, di non più di 200-300 metri di spessore. Il calore proviene dal particolare tessuto urbano, costituito in prevalenza da asfalto, calcestruzzo, laterizio, cemento, ecc. ovvero materiali che, rispetto alla copertura vegetale della campagna, assorbono in media il 10% in più di energia solare. Il surplus di calore viene poi riemesso per irraggiamento con conseguente surriscaldamento dell'aria che sovrasta la città. Al surriscaldamento del clima urbano dà un apporto sostanzioso anche la continua immissione nell'atmosfera del calore artificiale generato dalla combustione per il riscaldamento, i trasporti e gli usi industriali, gli impianti di condizionamento, ecc.

Per rendere più vivibili le città possono essere previsti interventi che da una parte mitigano l'isola di calore e dall'altra riducono le concentrazioni degli inquinanti. Alcuni esempi:

- contenere l'espansione della città;
- limitare l'uso di motori a combustibile e favorire l'uso di mezzi alternativi ed elettrici;

- sviluppare e incentivare sistemi di isolamento termico delle pareti, dei serramenti e delle coperture;
- riciclare il calore in eccesso prodotto da centrali elettriche e impianti industriali;
- rendere obbligatoria nei piazzali adibiti a parcheggio la piantumazione e disincentivare l'asfaltatura per aumentare la superficie permeabile;
- limitare l'uso dei condizionatori adottando sistemi alternativi già sperimentati e collaudati (utilizzare i sistemi sotterranei come scambiatori di calore/raffrescamento creando collegamenti di scambio, cunicoli verticali)
- nella costruzione e riqualificazione della morfologia della città tenere in considerazione il clima locale con interventi nel disegno del planivolumetrico che favoriscano la ventilazione attraverso l'orientamento, le volumetrie, il gioco di luci/ombre, la vegetazione, ecc.

La temperatura atmosferica è condizionata da fattori naturali quali il periodo diurno, condizioni meteo, le grandi raccolte idriche, la ventosità, ecc. ma sono altrettanto importanti gli interventi di piantumazione, le cinture verdi intorno ai centri urbani, i boschi urbani, i parchi,....

*Verde
contro caldo*

Infatti le cinture verdi (esempi in città europee come Francoforte/Londra/Monaco...) concorrono alla formazione delle cosiddette brezze termiche che favoriscono la ventilazione e quindi la mitigazione del fenomeno dell'isola di calore (è stato rilevato in alcuni casi una differenza di t. tra cintura verde e centro città di 7° C.).

Non è irrilevante inoltre, per prevenire gli effetti acuti delle ondate di calore estive, poter usufruire in ambito urbano di aree verdi di una certa dimensione dove trovare sollievo nelle giornate più calde. Tali aree devono però essere raggiungibili facilmente a piedi dal territorio di residenza. Dal rapporto sullo stato dell'ambiente predisposto dal Comune di Verona nell'ambito di agenda 21 risulta che una percentuale del 15% della popolazione non dispone di un'area verde nel raggio di 300 metri dall'abitazione. Riteniamo che verso queste aree, a partire da quelle più densamente abitate, andrebbero indirizzati prioritariamente interventi di riqualificazione per ovviare al problema. Secondo i dati ricavati dall'annuario statistico del comune di Verona i quartieri con una densità abitativa superiore ad 80ab./ettaro, valore ritenuto critico, sono Golosine, ponte Crencano e Città Antica.

In tale ambito sono da ritenere necessarie politiche e interventi di pianificazione che limitino l'espansione della città e mirino invece alla sua riqualificazione strutturale e sociale. In tale ambito risulta necessario indirizzare gli investimenti anche in programmi ambiziosi di rinaturalizzazione di territori urbanizzati come l'ex Scalo merci ferroviario e l'area della Passalacqua, attivando un esteso bosco in città.

*Non estendere
ma qualificare*

Alcuni di questi interventi costituiscono materia e sviluppo tecnico per i regolamenti locali dei comuni che intendono allinearsi con i principi dell'edilizia sostenibile e del risparmio energetico. Nel corso del corrente anno anche nel Comune di Verona è stato attivato un tavolo tecnico per la redazione del "Nuovo Regolamento Edilizio Sostenibile dell'edilizia residenziale civile"; un primo passo verso la completa regolamentazione di tutti i settori (Commercio, Terziario Edifici pubblici, ecc) visti i valori delle quantità dei consumi energetici e della qualità della vita per gli utenti.

*Risparmio
energetico*

Questa strategia di riqualificazione delle nostre città e del territorio in generale trova riscontro in alcuni strumenti come Agenda 21 promossi di recente da alcuni Enti locali dove l'Ulss 20 è chiamata a partecipare.

Disagio abitativo

Tra i fattori che condizionano il peso delle malattie nella società e possono influenzare in modo significativo la salute della popolazione promuovendola o ostacolandola va sottolineato quello della casa. E' un determinante che agisce a carico di soggetti deboli che vivono in condizioni di svantaggio e che spesso sono costretti a forme di dipendenza assistenziale.

*Senza casa non
c'è salute*

Fin dall'inizio dell'epidemiologia sociale le caratteristiche delle abitazioni sono state utilizzate come indicatori in grado di evidenziare differenze dello stato di salute di una popolazione (Fox e Goldblatt, 1982). Si riporta un'osservazione sul rapporto tra dimensioni di un alloggio e mortalità di particolare interesse visto che risale a più di un secolo fa: "Così venne, da una statistica recentemente fatta in Dundee (Inghilterra), fornita la prova che quanto più densa è una popolazione, tanto più alta è la sua mortalità. In tutti i casi di morte si determinò quante persone dimoravano nell'abitazione in cui avveniva ogni decesso e quante camere essa conteneva, e da questi dati si calcolò, che con una annuale mortalità di 20,7 per mille abitanti, morivano nelle abitazioni con 4 e più camere 12,3 - con 3 camere 17,2 - con 2 camere 18,8 - con una 23,3."(Manuale d'igiene Dott. W.Prausnitz 1894)

Il ruolo dell'abitazione quale determinante di salute trova conferme anche in tempi più recenti. Sir Donald Acheson in un rapporto del 1998 (Independent Inquiry into Inequalities in Health) afferma che: "Le comunità più a rischio sono anche quelle che usufruiscono di meno della gamma completa di servizi preventivi secondo la cosiddetta Legge inversa di prevenzione. Noi raccomandiamo che, in quanto parte della valutazione di impatto sanitario, tutte le politiche d'intervento che possono avere impatti diretti o indiretti sulla salute siano valutate nei loro effetti sulle disuguaglianze sanitarie e siano disegnate in modo da favorire i meno benestanti ottenendo, ove sia possibile, la riduzione delle disuguaglianze. L'abitazione è un prerequisito per la salute.

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

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".

I dati di Torino

Le qualità igieniche dell'abitazione, assieme al grado di sicurezza circa la disponibilità di questo bene, hanno una relazione particolarmente stretta con la mortalità e la morbosità di una popolazione. 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.

Situazione abitativa nella città di Verona

*L'emergenza di
Verona*

La mancata copertura del fabbisogno abitativo costituisce un'emergenza sociale. In una città di piccole-medie dimensioni come 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. 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.

Questa situazione è dovuta all'indisponibilità del bene per alcune fasce di popolazione: nel solo comune di Verona con l'ultimo censimento venivano registrati 2845 alloggi non occupati mentre risultavano abitati 260 alloggi non classificabili come abitazioni (ripari del tutto precari o privi di qualsiasi requisito igienico-sanitario) e si può ragionevolmente ritenere che questo dato rappresenti solo la punta d'iceberg di situazioni difficilmente censibili. In aggiunta alcune fasce disagiate ed emarginate, in particolare gli stranieri, sono spesso costrette ad accettare in locazione immobili di bassa qualità, spesso addirittura fatiscenti, pagando canoni simili o anche superiori a quelli previsti per un appartamento normale; questi alloggi rappresentano quasi sempre la componente residuale del mercato rifiutata dagli indigeni. Difficoltà ancora maggiori ha la manodopera stagionale questi lavoratori devono utilizzare rifugi "di fortuna" del tutto precari nonostante il DPR 303/56 preveda la possibilità di mettere a loro disposizione alloggi temporanei anche con requisiti inferiori rispetto alle abitazioni normali. La mancanza di una casa può avere talvolta anche conseguenze estreme: ricordiamo la drammatica morte in maggio 2004 a Verona di Joan Suciù, un immigrato rumeno di 45 anni, che aveva trovato rifugio per la notte all'interno di un cassonetto della spazzatura.

*Alloggi
insalubri a
caro prezzo*

*La morte di
Joan Suciù*

Protocollo sul disagio abitativo

Con l'obiettivo di mettere in atto interventi preventivi efficaci e praticabili il Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'ULSS 20 in accordo con il Comune di Verona ha avviato un nuovo approccio al problema delle abitazioni malsane partendo da un adempimento formale richiesto dagli utenti, vale a dire il certificato di antigienicità utilizzato per l'assegnazione di appartamenti di edilizia popolare.

E' stato abbandonato l'approccio burocratico che prevedeva l'adozione di sanzioni e ordinanze e si è sperimentato un approccio partecipativo con il coinvolgimento diretto dei cittadini (inquilini e proprietari).

*Coinvolgere
direttamente
i proprietari*

L'Ufficio Igiene Edilizia del Dipartimento di Prevenzione dell'U.L.S.S. n. 20 (U.I.E.) a seguito delle suddette richieste effettuate dai sopralluoghi conoscitivi presso le abitazioni. Qualora nel corso degli accertamenti emergano situazioni di antigienicità o pericolo per la sicurezza all'interno di abitazioni l'U.I.E. fornisce informazioni utili per contrastare i fattori di rischio: in caso di inconvenienti igienico-sanitari dovuti a comportamenti incongrui fornisce informazioni appropriate (es. arieggiamento dei locali, necessità di pulizia, smaltimento rifiuti, sovraffollamento ecc.) e provvede a diffidare gli utilizzatori dall'uso di impianti non a norma. Vengono quindi convocati i proprietari degli alloggi e fornite loro le informazioni circa gli obblighi di legge e le possibili conseguenze sulla salute degli inquilini degli inconvenienti riscontrati.

Solo nel caso in cui il proprietario non confermi la volontà di eliminare le irregolarità riscontrate l'U.I.E. trasmette gli atti di accertamento, le prescrizioni impartite, la comunicazione di avvio del procedimento, e ogni altra informazione utile al Comune di Verona per l'adozione di provvedimenti prescrittivi.

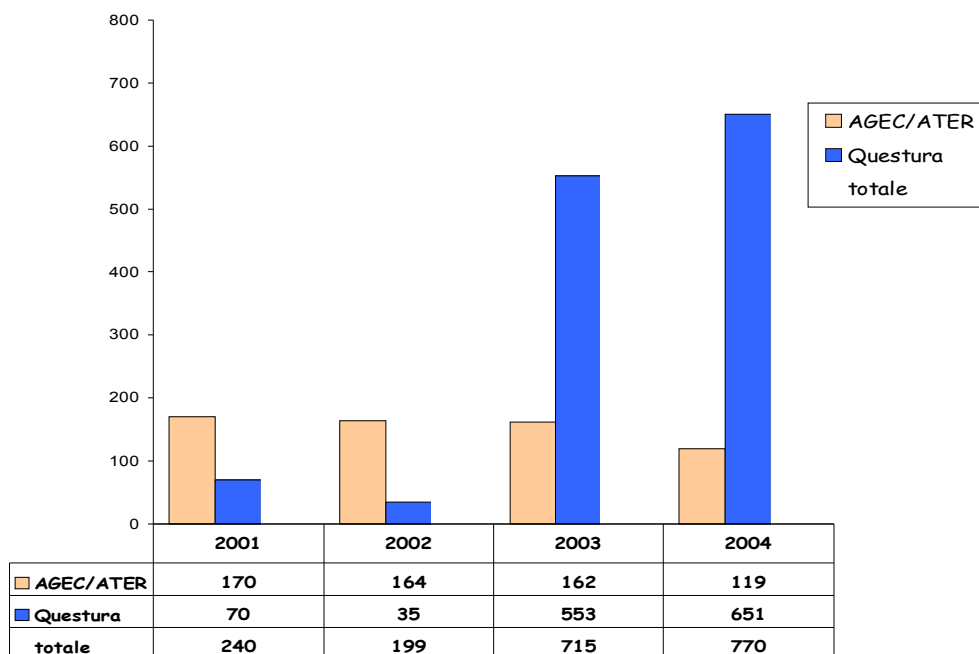
*Prescrizioni
come "ultima
ratio"*

Durante il 2004 il protocollo è stato aggiornato. Si tratta sostanzialmente di una riscrittura del precedente con alcune modifiche scaturite dalle valutazioni emerse nell'apposito lavoro di gruppo. Le variazioni apportate non riguardano le finalità del progetto ma prevalentemente le procedure operative.

Risultati

Nel 2004 sono state inoltrate all'Ufficio 770 richieste di verifica dello stato igienico sanitario di abitazioni per finalità diverse: richieste di certificazioni di antigienicità finalizzate all'ottenimento di case di edilizia residenziale popolare, richieste di certificazioni per ottenere la carta di soggiorno o il ricongiungimento di familiari dal paese di origine (Graf. n.3.2.3).

Graf. 3.2.3: Richieste di certificazioni



Nel corso dei sopralluoghi 444 delle 770 abitazioni visitate hanno presentato inconvenienti di varia natura e gravità che hanno comportato il loro inserimento nel protocollo sul disagio abitativo (Tab.n. 3.2.1).

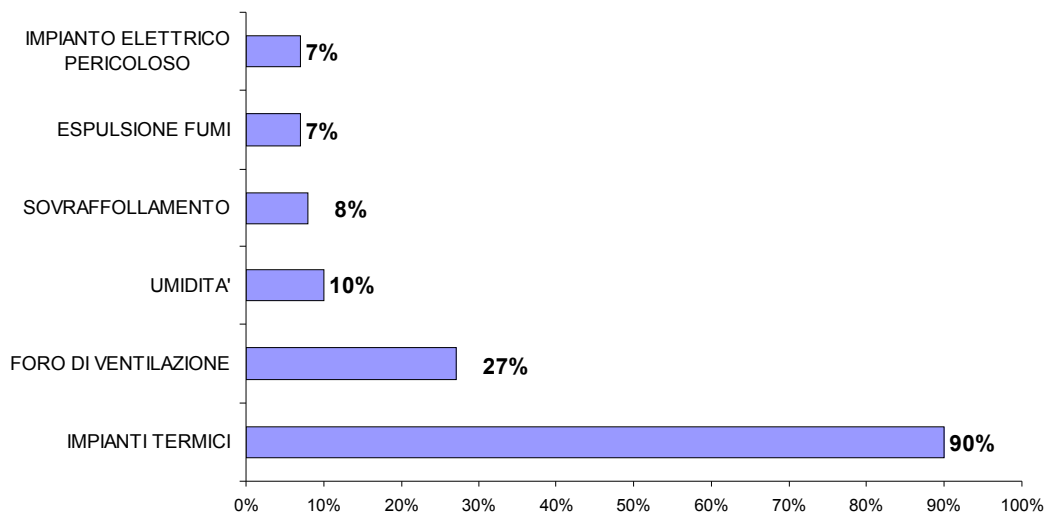
Tab. 3.2.1: Abitazioni con inconvenienti igienici

	TOTALE	ITALIANI	STRANIERI
N° abitazioni	444	38	406
di cui con minori	196	16	180

In 19 casi la condizione igienico-sanitaria della casa è stata giudicata così grave da richiedere la dichiarazione di inabitabilità e la ricerca immediata di un alloggio alternativo a cura del comune, in accordo con quanto previsto dal protocollo d'intesa. Le abitazioni malsane presentavano non solo problemi strutturali (locali privi dei requisiti minimi ma affittati come abitazioni, appartamenti con umidità, muffa, infiltrazioni meteoriche, servizi igienici carenti..) ma anche impiantistici: nel 90% erano presenti infatti irregolarità degli impianti termici e nel 7% degli impianti elettrici che, in un numero non trascurabile di casi, potevano costituire un pericolo immediato per la salute e l'incolumità dei presenti (Graf. n. 3.2.4).

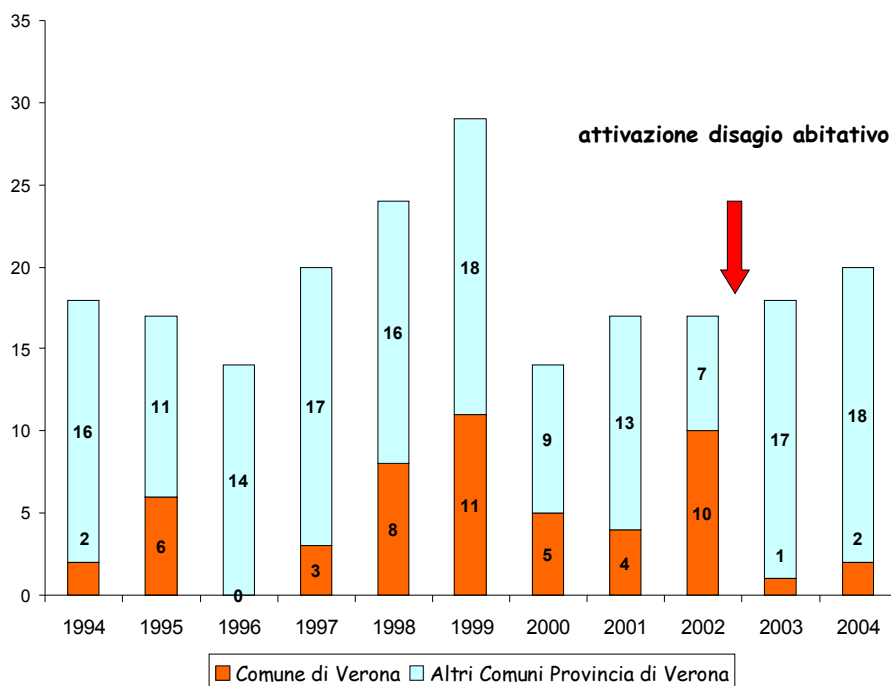
*19 case non
abitabili*

Graf. 3.2.4: Irregolarità riscontrate



Nei casi più gravi l'inquilino viene diffidato dall'utilizzo degli impianti. Il successivo invito ai proprietari di sanare le situazioni irregolari riscontrate ha avuto un esito positivo nella maggioranza dei casi ed ha consentito probabilmente di prevenire una quota di incidenti. Nel grafico sotto riportato 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. 3.2.5: Intossicazioni da CO - Provincia di Verona. Numero di incidenti.



L'attività espletata a questo proposito viene sintetizzata nella seguente tabella.

Tab. 3.2.2: Attività espletata dall'Ufficio.

Diffide all'inquilino	187
Convocazioni dei proprietari	233
Colloqui con i proprietari	203
Atti notori pervenuti	83
Proposte di ordinanza al Sindaco	4
Proposte di inabitabilità al Sindaco	19

Conclusioni

L'eliminazione dei principali fattori di insalubrità all'interno delle abitazioni può portare evidenti benefici dal punto di vista sanitario. La riduzione delle intossicazioni domestiche da monossido di carbonio negli immigrati nel comune di Verona è probabilmente da attribuirsi in parte all'attività preventiva sopra descritta. Come dimostrato in uno studio recente, interventi di correzione dell'ambiente domestico e di educazione sanitaria simili a quelli espletati dal nostro servizio possono ridurre sensibilmente la morbosità (in particolare gli episodi acuti) nei ragazzi asmatici.

Questo problema continua a rappresentare una priorità di intervento nella nostra città ed ha assunto nell'ultimo periodo i caratteri di una vera e propria emergenza che è all'attenzione di amministratori ed enti vari (politici, associazioni di volontariato, fondazioni bancarie).

*Incongruità
legislativa*

Per inciso va ricordato che in questo contesto le norme sull'immigrazione, com'è noto, vincolano alla disponibilità di un'abitazione idonea l'ingresso e la permanenza di stranieri extracomunitari arrivando in alcuni casi a dare indicazioni sulle dimensioni dell'abitazione; l'incoerenza consiste nel fatto che non si adottano per questi alloggi i requisiti minimi di riferimento già operanti per le abitazioni normali: in Veneto, ad esempio, per il ricongiungimento familiare o per il rilascio della carta di soggiorno è richiesta una superficie utile di 60 mq per una famiglia di due persone quando per la normativa sanitaria sarebbero sufficienti 38 mq.

Prevenzione degli incidenti stradali

Nel 2003 si sono verificati in Italia più di 225.000 incidenti stradali con 318.961 feriti e 6.015 morti, nel Veneto 18.000 incidenti con 25.330 feriti e 686 morti e 5 province venete (Treviso, Vicenza, Padova, Verona, Venezia) sono tra le prime 10 d'Italia per incidenti mortali. 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. Per meglio comprendere le dimensioni del fenomeno basti pensare che il numero delle vittime da incidentalità stradale supera di gran lunga quello causato dagli incidenti aerei: in Italia i morti per incidenti aerei sono stati rispettivamente 31 e 20 nel 2003 e nel 2004.

*Giovani un terzo
delle vittime*

Gli incidenti stradali sono uno dei principali problemi in sanità pubblica tanto da costituire una priorità nei programmi di prevenzione sia nazionali che europei. La commissione Europea ha indicato come obiettivo per il 2010 una riduzione del 40% del numero di morti e feriti provocati dagli incidenti stradali. L'obiettivo di ridurre la mortalità e la disabilità da incidenti stradali è stato accolto nei piani sanitari nazionali che prevedono una serie di azioni prioritarie tra cui il miglioramento delle condizioni di viabilità, interventi per favorire una guida sicura attraverso verifiche del rispetto dei limiti di velocità e di riduzione della guida in stato di ebbrezza, l'aumento degli standard di sicurezza dei veicoli e la diffusione dell'uso corretto dei dispositivi di sicurezza (cinture e seggiolini).

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. Nell'ambito di questo programma nel corso del 2004 è stata attivata con il Comune di Verona una collaborazione nelle attività di prevenzione gli incidenti stradali e le loro conseguenze. Entrambi gli enti sono entrambi coinvolti in queste attività a titolo diverso e l'integrazione dei rispettivi interventi consente di poter raggiungere risultati più efficaci. Sono stati concordati dei flussi informativi di dati relativi alle sanzioni effettuate, agli incidenti avvenuti nel territorio comunale e alle loro conseguenze. Durante l'anno si è collaborato alla manifestazione per il conseguimento del patentini del ciclomotore con la partecipazione di più di 2.000 ragazzi delle scuole superiori e la presenza delle autorità cittadine, di gruppi musicali di giovani e di personaggi dello spettacolo che hanno portato la loro esperienza nell'ambito della sicurezza stradale.

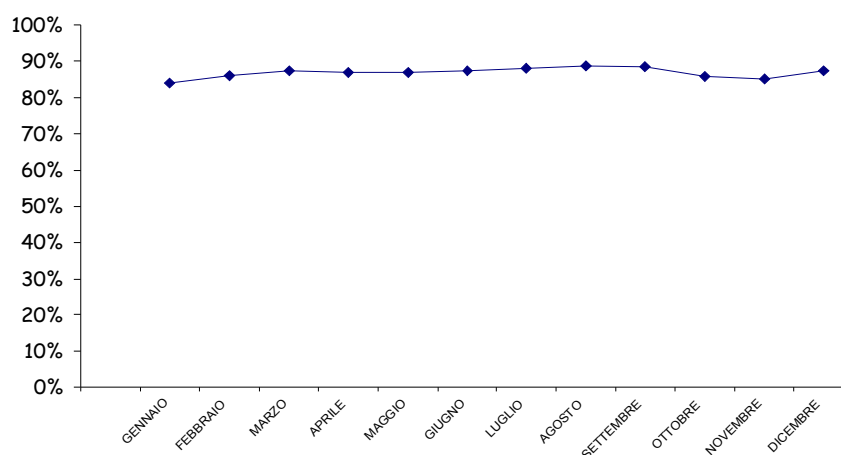
*Collaborare
con il
Comune*

Altri 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. Si tratta di un progetto biennale che proseguirà anche per il 2005/2006.

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. Nel 2004 nel corso delle rilevazioni mensili è risultato che su un totale di 4.713 osservazioni praticamente il 100% dei motociclisti portava il casco, confermando i dati già rilevati negli anni precedenti.

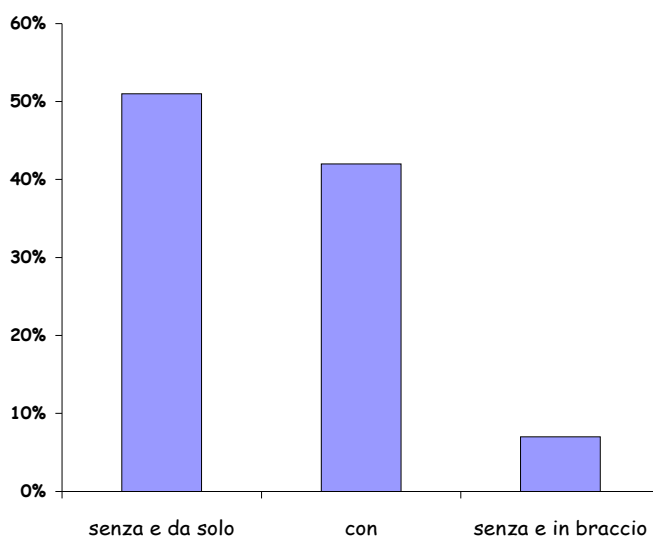
*100% con
il casco*

Graf. 3.2.6: Comune di Verona 2004. Percentuale d'uso delle cinture anteriori



Rimane elevata anche la percentuale di utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili anteriori mentre (Graf. 3.2.6) è ancora bassa quella relativa ai sedili posteriori e al corretto trasporto dei bambini in automobile (Graf. 3.2.7).

Ancora a rischio i bambini



Graf. 3.2.7: Bambini per mezzo di contenzione usato. Veneto - ottobre 2004.

Intossicazioni domestiche da monossido di carbonio (CO)

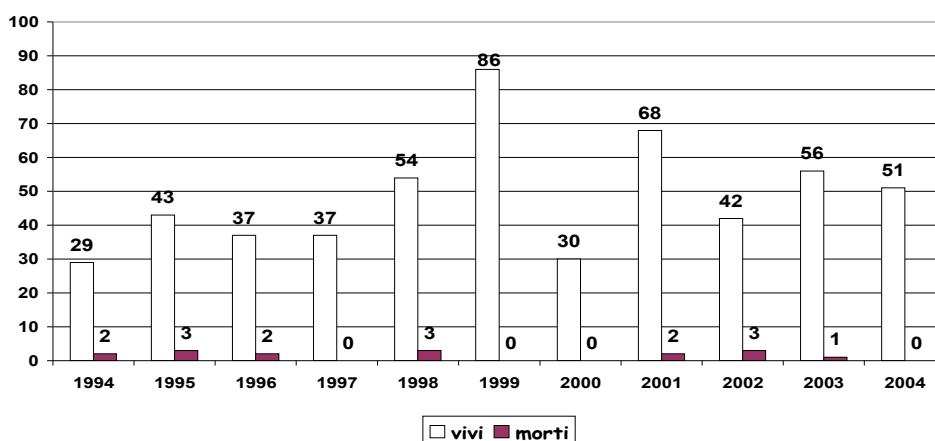
I dati raccolti nell'ambito dell'Osservatorio provinciale, cui partecipano i Servizi Igiene e Sanità Pubblica delle tre ULSS della provincia, evidenziano che ogni anno in provincia di Verona un numero non trascurabile di persone si avvelenano con il CO.

Questa attività di sorveglianza è possibile dalla collaborazione del Pronto Soccorso degli Ospedali che segnala ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) i casi di intossicazione diagnosticati. Alle segnalazioni segue l'intervento dei tecnici dell'ARPAV (Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione Ambientale) che verificano le caratteristiche dell'impianto termico causa dell'incidente e individuano le misure necessarie per eliminare le situazioni di rischio riscontrate, comunicandole agli enti competenti per i provvedimenti. I SISP delle ULSS acquisiscono i dati epidemiologici e promuovono interventi di informazione sul rischio sanitario da CO nei confronti della popolazione e di alcune categorie più esposte.

51 intossicati

Dalla casistica risulta che nella provincia di Verona durante il 2004 si sono verificati 51 avvelenamenti, nessuno dei quali mortale (Graf.n. 3.2.8)

Graf. 3.2.8: Intossicazioni da CO in Provincia di Verona.



Gli avvelenamenti sono causati dal CO prodotto da impianti termici domestici (caldaie per il riscaldamento, scaldacqua, stufe a metano, a legna, caminetti,...) malfunzionanti per mancanza di manutenzione, installati in maniera irregolare, in locali non idonei (camere da letto, bagni) o manomessi da interventi "fai da te. Dai dati del 2004 risulta che gli incidenti più gravi sono stati causati da impianti con canali di fumo inefficienti (mancanza di tenuta ai fumi, canne fumarie ostruite, condotti fumari troppo brevi o tortuosi) che hanno impedito un adeguato allontanamento dei fumi di combustione dai locali di abitazione.

Impianti termici

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. Tale accorgimento è reso ancor più necessario dalle volumetrie sempre più ridotte delle abitazioni e dall'utilizzo di serramenti a tenuta che hanno drasticamente ridotto gli scambi di aria dei locali con l'esterno. In alcuni casi il foro era stato occluso per evitare che l'aria fredda entrasse nei locali di abitazione.

Carenza di ventilazione

Rispetto agli anni precedenti si è ridotto il numero di stranieri intossicati che risultano essere 5 su 51 intossicati. Tuttavia i 5 incidenti occorsi agli stranieri, che hanno interessato ciascuno una persona, sono stati causati da situazioni particolarmente pericolose derivanti da condizioni abitative disagiate e scarsa conoscenza dei fattori di rischio legati ai sistemi di riscaldamento: in un caso l'intossicazione è stata causata da un stufa a metano posizionata in un bagno di ridotte dimensioni e in altri due casi da bracieri utilizzati quali mezzi precari di riscaldamento degli ambienti di abitazione.

Meno stranieri intossicati

Si sono confermate particolare a rischio le situazioni in cui coesistono nello stesso locale o in locali comunicanti più impianti termici. Ad esempio il funzionamento contemporaneo di impianti alimentati a gas (es. fornelli, caldaie) e di un caminetto a legna che altera il tiraggio del condotto di evacuazione dei fumi dell'impianto a gas, creando un'accentuata condizione di reflusso dei prodotti di combustione nell'ambiente interno. E' indispensabile infatti valutare la ventilazione del o dei locali in relazione non ad ogni singolo impianto ma al complesso di tutti quelli presenti, come espressamente previsto nel Libretto di impianto, obbligatorio dal 1° settembre 2003 per tutti gli impianti.

Accanto all'attività di monitoraggio e analisi del fenomeno sono stati messi in atto anche interventi di informazione sanitaria. Gli interventi previsti dal protocollo sul disagio abitativo (per richieste di certificazioni di antigienicità di abitazioni malsane, di ricongiungimento e di carte di soggiorno) concordato con il Comune di Verona e attivo dal 2002 rappresentano da questo punto di vista un'occasione preziosa per fare opera di prevenzione. Infatti, qualora durante i sopralluoghi si riscontrino situazioni di irregolarità degli impianti termici, vengono fornite agli inquilini informazione sui rischi sanitari del CO, soprattutto alle fasce deboli della popolazione non facilmente raggiungibili altrimenti. Per facilitare la comprensione del messaggio da parte degli immigrati viene anche consegnato un depliant multilingue predisposto dall'Ufficio. Nei casi più gravi l'inquilino viene diffidato dall'utilizzo degli impianti.

Depliant multilingue

Il successivo invito ai proprietari di sanare le situazioni irregolari riscontrate ha avuto un esito positivo nella maggioranza dei casi ed ha consentito probabilmente di prevenire una quota di incidenti.

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

In un contesto locale con una popolazione di ultra65enni di circa 70.000 soggetti l'attività fisica gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione delle patologie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, diabete, obesità, malattie correlate all'invecchiamento). La prevalenza dei soggetti che usano farmaci contro il diabete è attualmente pari a 3,7% nella

nostra Regione. Per questo la prevenzione del diabete e delle sue complicanze e l'incremento della politica del movimento nella società sono stati recentemente inclusi fra le priorità sanitarie individuate dal Ministero della Sanità.

30 minuti al
giorno

Sono necessari almeno 30 minuti di attività fisica intensa o moderata per almeno 5 giorni alla settimana per ridurre il rischio di eventi cardiovascolari e almeno 60 per prevenire il recupero del peso negli ex obesi.

Attività motoria

Il Dipartimento di Prevenzione ha sviluppato una serie di attività volte alla lotta alla sedentarietà nella popolazione generale e in alcuni gruppi ad alto rischio: campagne di comunità per promuovere l'attività fisica, mediante un intervento articolato sia individuale (counseling) che sociale ed ambientale; interventi per incoraggiare ad usare le scale; programmi di supporto sociale nella comunità (attraverso la creazione e il consolidamento delle reti sociali: ricerca di compagni con cui praticare l'attività fisica, creazione di gruppi di cammino ecc); interventi per migliorare l'accesso agli spazi destinati all'attività fisica (realizzazione di percorsi, presenza decentrata di strutture per l'attività fisica, contenimento del prezzo di accesso, concessione di tempo in orario lavorativo) eccetera.

Per una trattazione approfondita dei diversi interventi si rimanda alla sezione sull'attività motoria del sito web del dipartimento (<http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmot.html>).

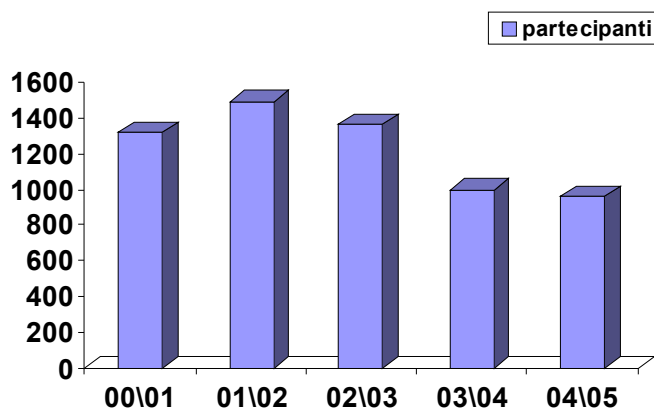
1. Corsi di attività motoria per anziani

Nel 2004 è proseguita la collaborazione con i comuni di Verona (nell'ambito del progetto "La salute nel movimento"), S.Martino Buon Albergo, Castel d'Azzano, Grezzana e Soave per i corsi di attività motoria (ginnastica in palestra, nuoto, ginnastica in acqua ed attività "oltre la palestra" - escursioni, Meeting Terza Età del Triveneto), a prezzi "calmierati" con quote di 40-100 euro/anno.

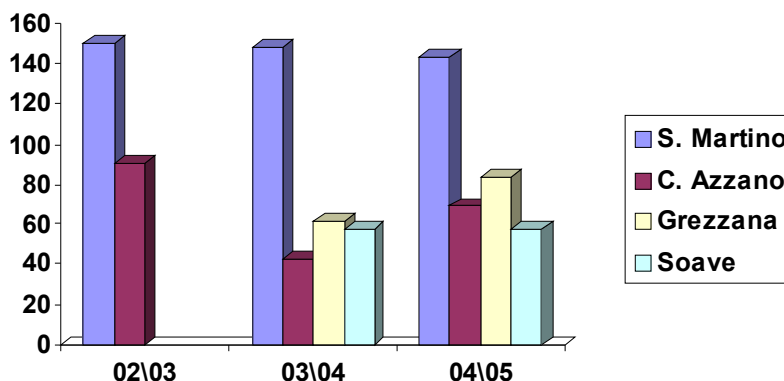
Le attività dei corsi sono state condotte con il supporto del Centro Interuniversitario per le Scienze Motorie (CeBiSM), che collabora da anni con il Dipartimento mediante una convenzione per attività di consulenza. I controlli medici sono stati effettuati dall'équipe medica dell'ULSS20.

Altri 3 comuni (Roverè, Caldiero e San Giovanni Lupatoto) hanno inoltre chiesto di essere inseriti nella collaborazione a partire dal prossimo anno.

Graf. 3.2.9: Partecipanti ai corsi per anziani nel Comune di Verona



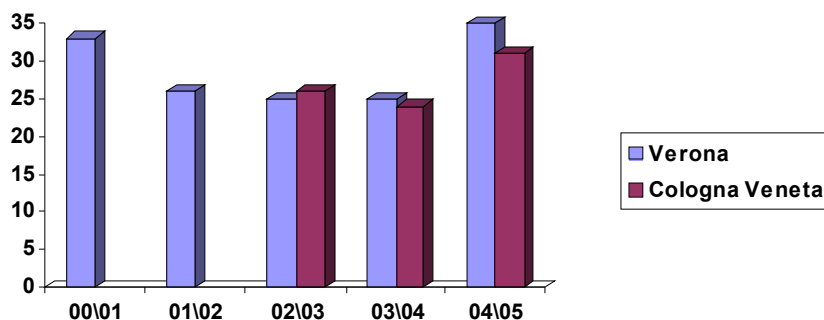
Graf. 3.2.10: Numero di partecipanti ai corsi attivati nei Comuni di S. Martino, Castel D'Azzano, Grezzana e Soave.



2. Corsi di ginnastica per diabetici e altri portatori di patologie croniche

Per l'importanza dell'intervento sui diabetici fin dal 2000 sono stati attivati corsi di attività motoria rivolti ai diabetici, mediante collaborazioni con Comune di Verona, CeBiSM, associazioni di pazienti e centri antidiabetici. Nel 2004 è stato attivato un secondo corso cittadino ed è stata effettuata una campagna informativa con coinvolgimento di mass media e medici di famiglia.

Graf 3.2.11: Partecipanti ai corsi per diabetici.



Inoltre è stato iniziato in collaborazione con il Servizio di Fisiopatologia Respiratoria del Policlinico di Borgo Roma e con il CeBiSM un programma domiciliare di attività fisica per pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (circa dieci soggetti).

3. Progetti di promozione del cammino

I corsi di attività motoria per anziani e diabetici hanno coinvolto 1000/1500 persone l'anno: numero ragguardevole ma insufficiente rispetto al bacino d'utenza (circa 70.000 anziani e da 5 a 10.000 diabetici stimati nel territorio dell'ulss). Questo tipo di intervento preventivo fatica a raggiungere la necessaria dimensione di massa e particolarmente contenuto è risultato il coinvolgimento dei diabetici: circa 50 utenti/anno, incremento modestissimo nel tempo nonostante gli ingenti sforzi fatti per promuovere l'attività in palestra.

Pochi i diabetici in palestra

*Poche
palestre*

E' quindi necessario proporre anche modalità alternative di esercizio in grado di coinvolgere più estensivamente anziani e diabetici. Il cammino appare particolarmente promettente da questo punto di vista: non a tutti infatti risulta gradita l'attività in palestra, praticata per oltre il 90% da donne, il numero di palestre pubbliche è insufficiente e le palestre private comportano una spesa non da tutti sostenibile. Inoltre non richiedendo strutture chiuse ha un basso impatto organizzativo e comporta un abbattimento dei costi, anche per la possibilità, dopo una fase iniziale in cui i partecipanti vengono guidati da un insegnante, di addestrare alcuni soggetti come "walking leader" per formare gruppi parzialmente autogestiti. Infine, la promozione del cammino si inserisce negli obiettivi più generali di un intervento di prevenzione (riduzione dell'utilizzo di automezzi, dell'inquinamento e degli incidenti stradali).

*Camminare
assieme*

Progetto Auser S.Lucia-Golosine. Nel maggio 2004 è stato attivato, in collaborazione con la Facoltà di Scienze Motorie, un programma con l'Auser (Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà). Effettuato presso il centro diurno per anziani del comune di Verona, situato in via Velino, prevedeva un'attività di cammino preceduta da un "corso breve" di attività motoria a bassa intensità. I partecipanti, 48 persone, hanno iniziato alla fine del mese preparatorio un'attività di cammino che si è prolungata fino alla prima settimana di agosto. Le attività sono riprese in ottobre con il reclutamento di 60 persone (di cui circa il 20% maschi - più del doppio percentualmente dei partecipanti ai corsi di ginnastica del comune). Nel primo mese di attività sono stati individuati 3 soggetti motivati ad assumere il ruolo di walking leader, che sono stati preparati per condurre il gruppo in maniera autonoma con una supervisione solo periodica.

Progetto Auser Borgo Roma. In dicembre è iniziato il corso di formazione per la terza età "La salute camminando", destinato agli anziani della Quinta Circoscrizione (Borgo Roma - Cà di David) ed organizzato presso il centro d'incontro Tombetta di via Volturmo 22 in collaborazione con l'Auser/ Filo d'argento e la Facoltà di Scienze Motorie.

Il corso prevede 29 ore di formazione teorico-pratica sulle tematiche della promozione dell'attività fisica e del cammino nell'anziano seguite da 71 ore di attività pratiche di cammino, durante le quali i partecipanti saranno solo inizialmente guidati da un insegnante: tra i partecipanti al corso verranno infatti individuate una decina di persone che possano diventare conduttori dei gruppi mediante una formazione specifica sulle problematiche motorie e sulle tematiche relazionali di gruppo.

Gruppi di cammino su percorsi. Allo scopo di promuovere l'attività motoria e l'utilizzo dei percorsi per il cammino, sono stati realizzati a Verona (nei diversi quartieri) e a San Martino Buon Albergo, in collaborazione con Facoltà di Scienze Motorie, CeBiSM, LADEFV e comuni di Verona e San Martino gruppi di cammino guidati da insegnanti di educazione fisica.

Progetto "E l'uomo incontrò il cane". L'intervento (in fase di progettazione), in collaborazione con il Servizio Veterinario Multizonale, con la Divisione di Endocrinologia dell'Università di Verona e con il Gruppo Cinofilo Dopolavoro Ferroviario, mira a facilitare l'adozione di cani randagi da parte dei diabetici, poichè possedere un cane rappresenta uno stimolo ad un'attività di cammino quotidiana e protratta nel tempo (oltre a comportare altri importanti benefici di natura psicosociale). Tale progetto tuttavia non ha finora ottenuto risultati.

4. Interventi sui determinanti ambientali dell'attività fisica

*Percorsi
in città*

Nel comune di Verona dal 2003 è stato avviato un programma, per sensibilizzare la popolazione cittadina, non solo anziana, ad una concezione meno sedentaria della vita. E' stata quindi intrapresa una collaborazione fra Dipartimento di Prevenzione e Comune di Verona relativamente alla stesura del piano strategico e del piano regolatore (PRG), alla progettazione

di 6 "percorsi benessere" all'interno dei diversi quartieri (percorsi "Catena", "Del Terraglio", "Vallo di Cangrande", "Fonte delle Monache", "Delle Risorgive", "Vecchia Ferrovia") e alla promozione del cammino e delle altre forme di attività fisica. Nel giugno 2004 è stata firmata dal Direttore Generale dell'ULSS 20 e dall'Assessore al Decentramento una dichiarazione d'intenti per la promozione del cammino e dello stile di vita attivo, nell'ambito del "Piano per la promozione di stili di vita attivi" del Comune di Verona. Altre iniziative che si inseriscono nell'intervento sui determinanti ambientali dell'attività fisica sono: la collaborazione con le iniziative di Agenda 21, con il progetto Life Ambiente della Commissione Europea e con il progetto "La qualità della vita in ambiente urbano: la percezione dei cittadini (progetto sperimentale nel quartiere di Porto San Pancrazio)".

Nell'iniziativa "Pedibus" per l'incentivazione del cammino sul percorso casa-scuola (nella prima settimana di maggio 2004 e nei primi mesi dell'anno scolastico 2004/2005), alcuni volontari hanno vigilato sugli spostamenti dei bambini della scuola elementare Massalongo di via dell'Artigliere, a Veronetta, partendo da due punti di ritrovo particolarmente critici per l'intensità del traffico di attraversamento (P.zza S. Toscana e P.zza Isolo). Questi interventi sono ritenuti importanti da organismi internazionali di sanità pubblica (OMS, CDC) in quanto favoriscono stili di vita più attivi, maggiore autonomia dei bambini ed ambienti urbani più vivibili. I bambini sono stati accompagnati a piedi nel percorso casa-scuola; per maggiore sicurezza, durante il tragitto si tenevano all'interno di una corda che era retta ai due capi dagli accompagnatori e portavano bandierine colorate e vistosi cartelloni che illustravano l'iniziativa.

Agenda 21

A scuola a piedi

E' proseguita inoltre la collaborazione i comuni extra-Verona; 2 nuovi comuni (Caldiero e Roverè) hanno richiesto una collaborazione in questo senso, e sono stati svolti incontri con rappresentanti locali per iniziare a pianificare le attività.

5. Tutela della salute nelle attività fisiche - Piano Triennale SISP

Il SISP dell'ULSS 20 è stato individuato come centro di riferimento regionale della scheda 5.1 del Piano Triennale SISP riguardante la "Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive - lotta alla sedentarietà". Per la gestione di tale progetto è stata chiesta ed ottenuta la collaborazione della facoltà di Scienze Motorie di Verona.

Nel corso del 2004 è stato costituito un gruppo di operatori dei dipartimenti di prevenzione che seguono queste tematiche nelle diverse ULSS venete, anche attraverso la formazione di reti locali coinvolgenti pazienti, volontariato, politici e amministratori, centri antidiabetici, insegnanti di educazione fisica. Successivamente sono stati avviati in 10 ulss progetti mirati all'incentivazione dell'attività fisica, con particolare riguardo al cammino e al coinvolgimento dei diabetici.

Inoltre sono state avviate alcune attività di formazione degli operatori:

- un corso regionale di formazione sull'attività motoria nell'anziano e nel diabetico, destinato ai medici referenti di scheda e alle assistenti sanitarie, cui hanno partecipato 19 medici, 13 assistenti sanitarie, 1 infermiera e 5 tecnici della prevenzione;
- un corso di formazione per volontari dell'associazione Auser allo scopo di formare persone che possano guidare gruppi di cammino lungo i percorsi di quartiere della città;
- è in progettazione un corso per gli insegnanti di ginnastica per anziani e portatori di malattie croniche delle diverse ulss venete, in collaborazione con la Facoltà di Scienze Motorie di Verona;

Piano regionale

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

Presso la Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Verona è stato attivato dal 2003-2004 un Master in "Attività motoria preventiva ed adattata" con due indirizzi, "Attività motoria adattata per persone con disabilità" e "Attività motoria preventiva per il benessere psico-fisico nelle persone anziane". Al Dipartimento di Prevenzione è stata attribuita la gestione del corso di Igiene generale ed applicata. I tirocinanti del master sono stati coinvolti nella gestione di gruppi di cammino organizzati in città. Il corso prosegue con modalità analoghe nell'anno accademico 2004-2005, sotto forma di "Laurea specialistica in scienze delle attività motorie preventive e adattate".

7. Advocacy

L'advocacy può essere definita come un intervento su opinione pubblica, politici, centri di potere socioeconomico per informare e stimolare politici e stakeholders su un determinato problema di salute pubblica (determinanti, possibili interventi, linee guida delle diverse agenzie nazionali e internazionali).

Il Dipartimento di Prevenzione ha portato avanti l'attività di advocacy attraverso interventi locali e regionali: coinvolgimento di amministratori e associazioni; progetto regionale sull'attività motoria; pubblicazione di documenti sull'attività fisica sul sito web della ulss (www.ulss20.verona.it/) e sul nuovo sito 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; creazione di un archivio bibliografico sull'attività fisica (disponibile anche in rete); corsi per operatori sanitari e insegnanti di educazione fisica.

La rete di collaborazioni include: gruppi e associazioni (associazione diabetici veronese e regionale; Amici della Bicicletta, associazioni ambientaliste; gruppi di quartiere, Auser); Comuni; Facoltà di Scienze Motorie di Verona; Corso di laurea in Scienze Motorie dell'Università di Padova; Centro Interuniversitario di Bioingegneria e Scienze Motorie; Cooperativa LADEFV (insegnanti di educazione fisica); Divisione di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo e associazioni di diabetologia; Servizio Clinicizzato di Geriatria dell'Università di Verona.

Infine sono stati effettuati, relativamente a stili di vita e attività fisica, pubblici incontri, interventi sui mass media locali, lezioni all'Università degli anziani Auser, oltre alla collaborazione alla "giornata dell'anziano" organizzata dal comune di Verona.

PERSONALE DELL'UFFICIO:

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.

3.3 UFFICIO DI MEDICINA LEGALE

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

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

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

Invalidi Civili

Nel corso del 2004 sono state effettuate 10.264 visite con tempi di attesa di circa 90 - 105 giorni. L'incremento dei tempi di attesa è stato determinato dal notevole aumento delle domande pervenute pari a + 1.527.

+ 1.527
domande di
invalidità

Tab.3.3.1: Visite di invalidità civile.

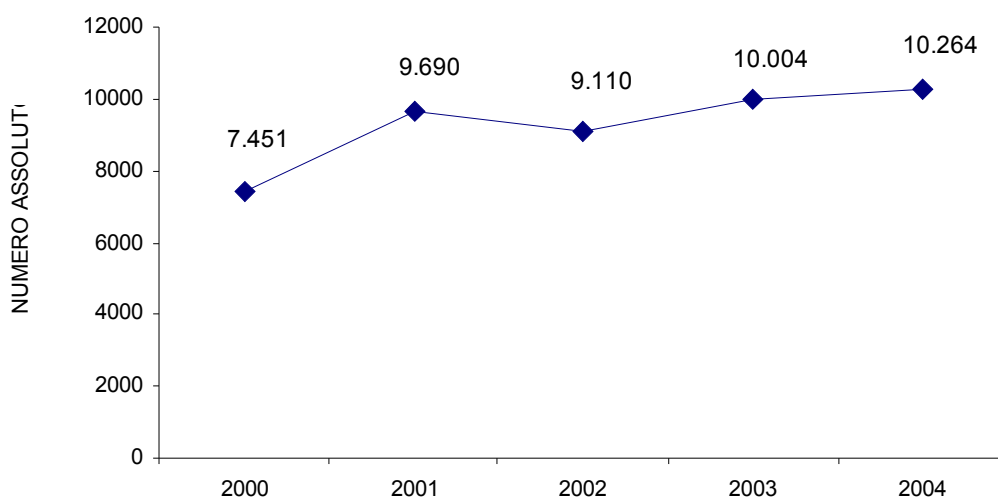
	SEDE DI VERONA	SEDE DI COLOGNOLA AI COLLI
INVALIDI CIVILI	4.704	1.729
Legge 104/92	1.920	810
Legge 68/99	555	272
COMM. PROVINCIALE CIECHI	274	-
COMMISSIONE SORDOMUTI	0	-
TOTALE	7.453	2.811

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 3557 (+ 561 rispetto allo scorso anno).

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

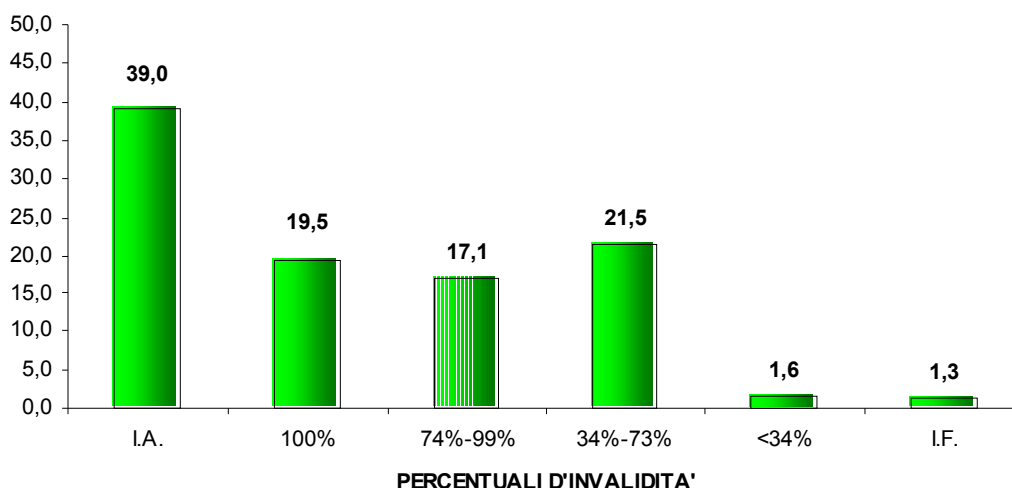
Nel corso dell'anno è stata apprezzata da parte dell'utenza la possibilità di consegnare le domande d'invalidità presso le sedi dei distretti, oltre che nelle sedi storiche.

Graf. 3.3.1: Invalidità civile: visite effettuate dal 2000 al 2004



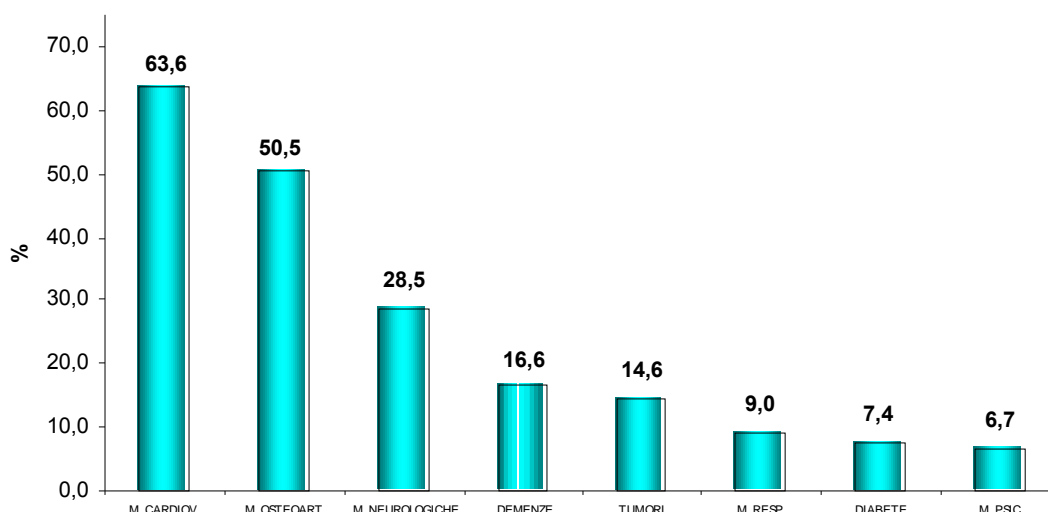
La fascia di popolazione maggiormente rappresentata è quella tra i 76 e gli 80 anni. Circa il 76% del campione esaminato è stato riconosciuto invalido civile con percentuale pari o superiore al 74%, il 21,5% circa è stato riconosciuto invalido con percentuale inferiore al 74% e il 1,6% non è stato riconosciuto invalido civile (Graf 3.3.2).

Graf. 3.3.2: 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 (Grafico n.3.3.3).

Graf. 3.3.3: Visite invalidità civile anno 2004. Patologie di più frequente riscontro



*Il Comitato
Tecnico
Provinciale*

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

Permane l'attività del Responsabile dell'Ufficio Medicina Legale in qualità di Presidente del Comitato Tecnico previsto dalla Legge 68/99 presso l'Amministrazione Provinciale il cui compito principale è quello di valutare adeguatamente, caso per caso, le persone con disabilità

nelle loro capacità lavorative ed inserirle nel posto adatto attraverso analisi di posti di lavoro e forme di sostegno, assicurando alle singole persone disabili il diritto al lavoro in funzione di un'effettiva integrazione del lavoratore nel contesto lavorativo.

Nel corso del 2004 sono state valutate circa 240 pratiche di utenti di pertinenza dell'ULSS 20.

Nell'ottobre 2004 è stata emanata la DGR 3126 con l'obiettivo di uniformare le procedure e la modulistica, ridurre i tempi di attesa, migliorare l'accuratezza e la qualità dell'accertamento medico-legale in materia di invalidità civile. Con tale Delibera sono state apportate delle modifiche alle procedure relative al funzionamento delle commissioni invalidi civili. In particolare sono stati introdotti limiti all'effettuazione delle sedute di commissione quali: numero minimo di persone da invitare per seduta di commissione, corresponsione di un solo gettone giornaliero per componente, a prescindere dal numero di sedute di commissione realmente effettuate. Tali indicazioni procedurali hanno determinato una significativa insoddisfazione nei componenti delle commissioni invalidi civili, in particolare gli esterni, i quali hanno ridotto la loro disponibilità. Questo ha comportato una riduzione del numero delle sedute settimanali con conseguente rilevante aumento dei tempi di attesa a partire da gennaio 2005.

*DGR 3126
del
08/10/04*

Commissione Provinciale Patenti

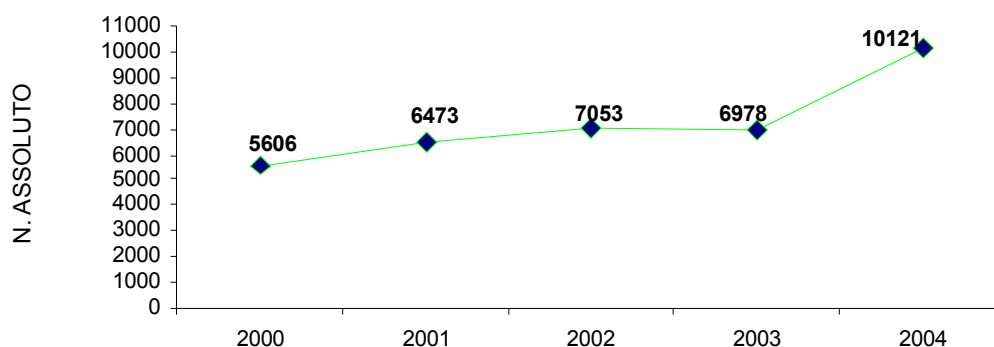
Il numero di richieste di visita medica da effettuarsi presso la CML è progressivamente aumentato nel corso degli ultimi anni, con una impennata a partire dal luglio 2003 data di entrata in vigore del DL 151/2003 convertito con L. 214/03, che ha modificato l'art. 186 del C.d.S. ed esteso l'obbligo di revisione in commissione a tutti i soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza da sostanze alcoliche. Nel 2004 sono pervenute 10.816 domande a fronte delle 8.614 del 2003 (+ 2.202).

*+2.202
domande*

Nel corso del 2004 sono state visitate 10.121 persone (+ 3.143 rispetto allo scorso anno).

*+3.143
visite*

Graf. n. 3.3.4: Numero utenti visitati dal 2000 al 2004 dalla Commissione patenti di Verona



Grazie all'impegno del personale della segreteria e dei componenti della commissione i tempi di attesa per la visita medica in Commissione Patenti sono scesi a livelli ottimali (sotto i 60 gg. a fronte dei 120/150 gg. dello scorso anno). Quasi tutti gli utenti vengono visitati prima della scadenza della patente.

*Diminuiti i
tempi di
attesa
<60 gg*

L'obiettivo è stato raggiunto aumentando il numero di sedute, da 6 ad 8/settimana ed il numero di utenti visitati per seduta, da una media di 25 ad oltre 30.

*Aumentate
le sedute
settimanali*

Gli utenti hanno inoltre apprezzato notevolmente l'innovazione delle modalità di prenotazione che attualmente può essere effettuata anche a mezzo posta

La Commissione "satellite" di Legnago

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 stato piuttosto esiguo (n. 320). E' stata data comunque assicurazione che per l'anno 2005 l'attività verrà incrementata.

Molti utenti prenotano e non vengono

Permane elevato il numero di utenti che dopo aver prenotato la visita non effettua gli accertamenti prescritti o non si sottopone alla visita stessa.

Questo ha determinato nello scorso hanno rilevanti problemi di gestione. Di fatto infatti il numero dei visitati è risultato notevolmente inferiore al numero dei prenotati.

Per ovviare a questo problema, che ha contribuito, anche se in minima parte, all'aumento dei tempi di attesa, si è predisposto un sistema di monitoraggio delle pratiche che ha consentito di rimpiazzare con altri istanti i soggetti inadempienti, ottenendo così ottimi risultati.

CML: Epidemiologia e Prevenzione.

Incidenti stradali: 1ª causa di morte nei ♂ sotto i 40 aa

Gli incidenti stradali rappresentano uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nel nostro paese e sono la prima causa di morte per la popolazione maschile sotto i 40 anni. Tali eventi determinano ogni anno in Italia circa 8.000 morti e oltre 20.000 invalidi con conseguenze estremamente rilevanti in termini di costi umani e sociali.

I fattori di rischio

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 60% degli incidenti stradali è da attribuire a fattori umani, il 30% a fattori ambientali, il 10% a fattori legati al veicolo.

Il fattore umano

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 stato riconosciuta come principale causa nel 50% degli incidenti stradali mortali o gravi (feriti con rilevanti danni permanenti).

Gli interventi preventivi

Gli interventi preventivi si sostanziano fondamentalmente in due sottocategorie:

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

Azione sanitaria: le linee

Le linee principali di azione nel settore sanitario comprendono:

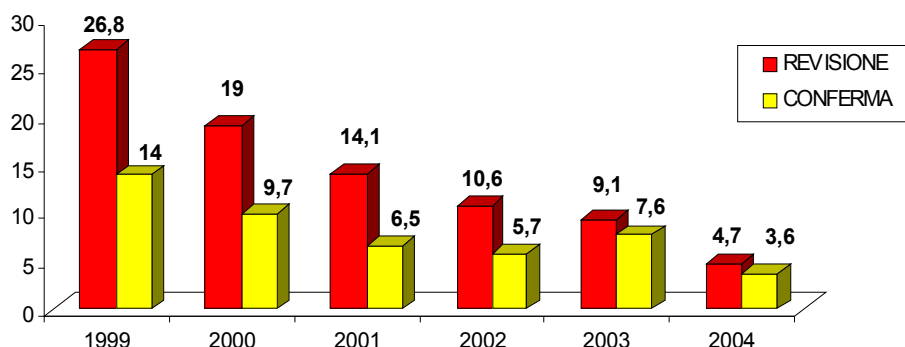
- il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche,
- l'analisi dei principali fattori di rischio,
- l'attività di controllo dei fattori di rischio di natura sanitaria,
- il potenziamento della attività di prevenzione che include la promozione della salute attraverso l'implementazione di stili di vita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

L'attività di prevenzione della CML

E' nelle ultime due sopraccitate azioni che si inserisce fattivamente l'attività della CML. 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, clinicamente e/o laboratoristicamente, 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 a seguito di sospensione o rilevante diminuzione dell'assunzione di bevande alcoliche e nei controlli successivi ha dimostrato di mantenere nel tempo adeguati stili di vita.

L'utente modifica il suo stile di vita

Graf. 3.3.5: Soggetti visitati in CML per alcool riconosciuti non idonei - confronto % su popolazione omologa: visite per revisione- visite per conferma



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

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 verso l'obbligo di frequenza vissuto come una "imposizione" a corso concluso ha espresso apprezzamento per la tipologia e le modalità degli argomenti trattati, giudicando l'esperienza utile.

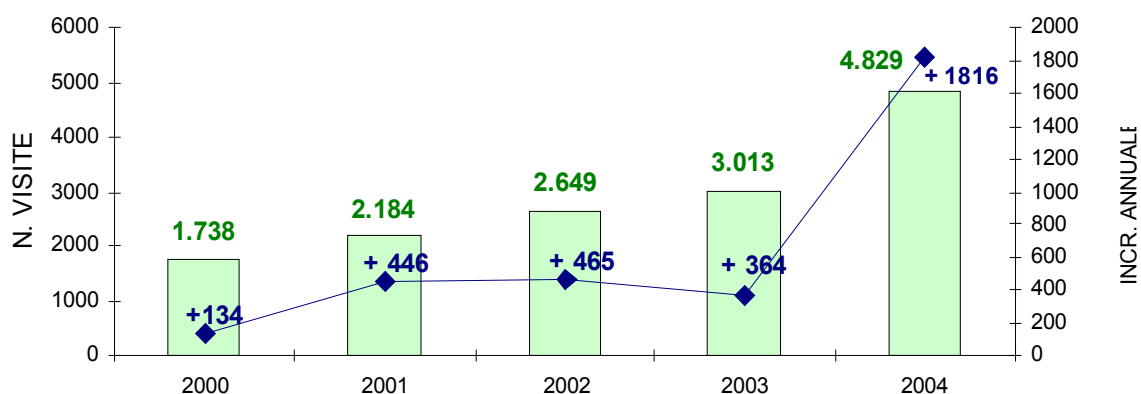
I recidivi

Collaborare con i Servizi Territoriali di Alcologia

I soggetti con problemi alcool-correlati rappresentano il 48% del totale delle persone visitate (4.892). L'aumento rispetto allo scorso anno è stato prevalentemente determinato dall'incremento dei controlli effettuati dalle Forze dell'Ordine pari a 2.182 (+ 961 revisioni per art. 186 rispetto allo scorso anno).

Il numero totale (revisione/rilascio/conferma di patente) di soggetti visitati in CML per problemi alcool correlati è aumentato (+ 1.816 rispetto allo scorso anno) (Grafico n.3.3.6).

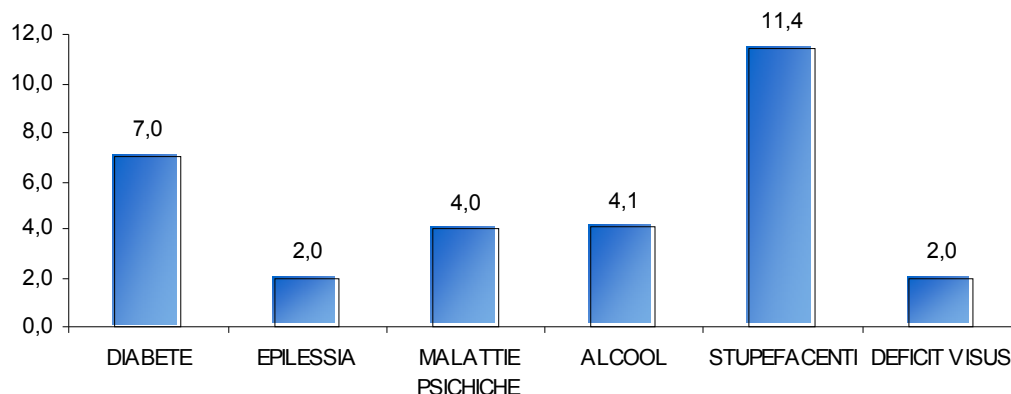
Graf. 3.3.6: Numero utenti visitati in CML dal 2000 al 2003 per patologie alcool correlate



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 riconosciuti non idonei 7% (grafico n. 3.3.7). Permane sempre alto anche il numero di soggetti visitati per problemi correlati all'uso di sostanze stupefacenti: 11.4%.

Graf. 3.3.7: % di soggetti non idonei nell'anno 2004



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 29% (16 non idonei su 67 visitati), valore inferiore a quello dello scorso anno, ma pur sempre estremamente rilevante. Il dato assume connotazioni preoccupanti 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.

Visite fiscali

Inefficacia delle visite fiscali

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

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

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

Inoltre l'esito degli accertamenti specialistici effettuati non è stato significativamente positivo, come verificato da una sperimentazione effettuata negli scorsi anni.

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

Auspicabile l'abolizione delle visite fiscali

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

Istruttoria e vigilanza sulle strutture sanitarie ambulatoriali

Nell'ambito della Ulss 20 operano strutture sanitarie private che, in parte, effettuano prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Al 31 dicembre 2004 sono attivi:

Tab. 3.3.2: Strutture sanitarie private nel territorio dell'Ulss 20.

Tipologia	Numero
Ambulatori mono / polispecialistici	78
Centri di terapia fisica	38
Ambulatori di diagnostica per immagini	4
Laboratori di analisi	12
Centri prelievo	5

Nell'ambito del territorio risultano inoltre in attività n. 11 ditte che effettuano il trasporto ed il soccorso di malati e feriti, oltre alla Croce Rossa.

L'attività istruttoria del 2004 ha interessato n. 11 nuove autorizzazioni.

Nel corso dell'anno non si sono presentati problemi di particolare rilevanza e le verifiche effettuate, di iniziativa o su segnalazione, non hanno evidenziato situazioni di gravi carenze sia sul piano strutturale che organizzativo. Sono state tuttavia riscontrate alcune irregolarità formali che hanno portato a procedimenti per pubblicità sanitaria non autorizzata né autorizzabile, ed alla non autorizzazione di una sede per carenze strutturali.

Casa Circondariale di Montorio

Come previsto dalla normativa vigente spetta al Servizio Igiene e Sanità Pubblica la verifica, almeno biennale, delle condizioni igienico-sanitarie della casa circondariale di Montorio. Nel corso dell'attività si è più volte evidenziata una serie di inconvenienti determinati da carenze riferite in particolare ai locali delle docce ed all'approvvigionamento idrico, legate al sovraffollamento che ha raggiunto livelli che la struttura non è in grado di reggere.

Nel mese di giugno si è avuta notizia del riscontro di un caso di TBC polmonare aperta, mentre nello stesso periodo sono stati diagnosticati un caso di TBC ossea ed uno di TBC linfoghiandolare, entrambe forme non contagiose. Sono stati immediatamente adottati i provvedimenti del caso con il trattamento farmacologico dei contatti a tutti ed è stato avviato lo screening con l'intradermoreazione sec. Mantoux e le radiografie del torace ai soggetti positivi. Il caso è rimasto isolato e al momento della seconda ispezione di luglio non sono risultate evidenze di trasmissione di infezione. Analoga la situazione al momento di una terza ispezione di dicembre, tesa a verificare se e come si fosse provveduto alla eliminazione degli inconvenienti riscontrati in precedenza.

Purtroppo non è stato risolto il problema del sovraffollamento e le celle che superano di poco i 12 mq, ospitano nella quasi totalità 3 detenuti; in qualche caso si è aggiunto un quarto letto. L'approvvigionamento idrico continua ad essere carente, ma si è avuta assicurazione del superamento parziale del problema delle docce, con l'installazione, in primo stralcio dei lavori, della doccia nei servizi igienici annessi alle celle in 2 delle 5 sezioni del maschile.

Protezione da Radiazioni Ionizzanti e impiego diagnostico della Risonanza Magnetica

Il 2004 ha visto proseguire l'attività istruttoria avviata nell'anno precedente, di convalida e rilascio dei Nulla Osta all'impiego di radioisotopi e di apparecchi Rx superiori a 200 keV. Così come previsto dall'attuale normativa in materia di radioprotezione, D.L.gs 230/95 e successivi, particolare attenzione è stata posta, rispetto al pregresso, alla protezione della popolazione e dei lavoratori in condizioni di normale attività e in caso di massimo incidente ipotizzabile, oltre che per la protezione dei pazienti (D.L.gs 187/2000).

La vigilanza viene esercitata con il consueto controllo sulla documentazione e con sopralluoghi a carico di apparecchi radiologici e siti di risonanza magnetica.

Sul territorio sono presenti circa n. 817 apparecchi Rx, oltre a quelli impiegati nell'Azienda Ospedaliera e nell'Ulss; la gran parte di questi è destinata alla diagnostica su pazienti e, per quanto risulta dal nostro archivio e dai controlli effettuati, è correttamente detenuta e impiegata. La detenzione e l'impiego richiedono, sia sotto l'aspetto formale che nella sostanza, verifiche iniziali, controlli periodici, definizione di modalità per la protezione dei lavoratori, della popolazione e dei pazienti. Sono inoltre necessarie verifiche di qualità per assicurare anche nel tempo l'esecuzione di immagini diagnostiche appropriate a fronte della somministrazione al paziente di dosi mantenute al livello più basso ragionevolmente ottenibile.

In un unico caso sono stati rinvenuti n. 3 apparecchi radiologici presso un ambulatorio odontoiatrico non autorizzato. La detenzione e i mezzi di protezione, non erano stati comunicati, anche se posti in atto. Gli apparecchi sono stati immediatamente sigillati e resi nuovamente disponibili solo a seguito di regolare comunicazione. Il medico responsabile dell'impianto è stato perciò segnalato all'Autorità Giudiziaria per la mancata comunicazione di pratica.

Nel corso delle valutazioni riguardanti l'Ospedale Civile Maggiore, a fine 2004, è emersa la presenza di un conglomerato di calcestruzzo contenente preparati di Radio 226, usati negli anni '50 - '70 per la radioterapia, per un totale stimato in 270 mg. Nel 1974, a seguito di incidente con contaminazione di alcuni locali dell'Ospedale, i preparati radiferi e le suppellettili contaminate furono, in condizioni di emergenza, affogati in circa 50 mc di calcestruzzo suddiviso in tre blocchi e sotterrati all'interno del perimetro dell'Ospedale, il tutto formalmente descritto con planimetria e Delibera e individuato con targa sull'area stessa. L'area è stata successivamente sequestrata.

Dai primi accertamenti effettuati dall'ARPAV, non si è rilevata contaminazione ambientale, tuttavia, essendo il radio un elemento naturalmente contenuto nel terreno, verranno effettuate in tempi brevi, analisi più approfondite, così come disposto dal Magistrato. Solo a seguito dei risultati definitivi, sarà possibile individuare la soluzione appropriata per la gestione e destino futuri del manufatto, decisione questa già affidata dal Magistrato all'APAT.

PERSONALE DELL'UFFICIO:

Barotti Patrizia, Beltrame Silvana, Benedetti Graziano, Borasco Stefano, Calvetti Maria Grazia, Campagnari Marco, Canipari Annalisa, Chiocchetta Maria Grazia, Fasoli Mario, Fedele Federica, Ferrari Aladino, Ferrari Elisabetta, Frassinelli Lara, Mella Augusto, Nicoli Paolo, Pernigo Antonella, Piccolo Daniela, Rigo Danilo, Soardo Lorena, Vesentini Antonella, Vesentini Daniele.

4. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

La "mission" del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) è tutelare il diritto alla salute del cittadino provvedendo al controllo della qualità e sicurezza degli alimenti.

Il Servizio promuove la salute della popolazione prevenendo i danni derivanti da pericoli conseguenti l'assunzione di alimenti pericolosi o contaminati o non appropriati dal punto di vista nutrizionale.

Si tratta di una tipica attività di prevenzione che supera il vecchio modello di polizia sanitaria basato solo sulla vigilanza ispettiva e che si innesta in un nuovo sistema di responsabilizzazione che coinvolge gli Enti Locali, i datori di lavoro, le imprese e gli stessi lavoratori.

*Non solo
ispezioni*

Vengono privilegiati i compiti di assistenza alle parti sociali, alle aziende in primo luogo, che devono applicare criteri di controllo interno (HACCP) riservando la tradizionale "vigilanza" alla programmazione regionale e locale finalizzata al raggiungimento del massimo risultato con interventi programmati e mirati ai rischi effettivamente documentati.

Il SIAN ha quindi il compito di affrontare con una visione d'insieme i temi "alimento" ed "alimentazione", di attivare strategie di rete e politiche intersettoriali.

La nostra convinzione di fondo, derivante dalle recenti analisi epidemiologiche presenti nella letteratura specialistica sanitaria, è che:

- il trattamento di malattie e disabilità prevenibili nella popolazione impone gravosi costi sanitari e sociali;
- esistono attività preventive di provata efficacia che possono essere attuate a costi contenuti;
- molte opportunità di prevenzione sono disponibili, ma sotto-utilizzate.

Tutto ciò ha contribuito a dare una spinta decisiva al superamento delle attività di cui non è dimostrata l'utilità nel campo della prevenzione (per esempio i certificati di sana e robusta costituzione, i libretti sanitari per alimentaristi, alcuni esami di laboratorio e strumentali ripetitivi e oramai senza senso, ecc.) che assorbono energie e impegno organizzativo senza un ritorno di benefici documentati.

L'accettazione e la verifica sul campo delle premesse soprariportate ha condizionato da qualche anno anche l'organizzazione interna del SIAN che si è sforzato di aderire alle emergenti necessità dandosi un assetto nuovo, più aderente alla realtà sia interna al Dipartimento che nei rapporti con i vari soggetti sociali.

Per la parte interna al DP, si è spinto ancora di più in direzione di una sinergia con altri Servizi quali il Veterinario, il Servizio Igiene e Sanità Pubblica e il Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro.

*Sinergia con i
veterinari*

Infatti molte attività cosiddette "miste" vengono organizzate e svolte congiuntamente, migliorando il risultato per effetto della valorizzazione delle diverse competenze e soprattutto aderendo alla richiesta dell'utenza che pretende giustamente un unico interlocutore istituzionale.

Si segnala la straordinaria attività svolta in favore di Enti e Scuole di vario ordine e grado relativamente ai problemi di sicurezza alimentare e soprattutto nutrizionale.

Il Servizio, oramai da qualche anno a questa parte, si articola in due unità funzionali:

- 1) Igiene degli alimenti e bevande
- 2) Igiene della nutrizione

E' costituito da 3 medici, 1 dietista e 9 tecnici della prevenzione.

La collocazione in una sede centrale a Verona ed in una periferica a Colognola ai Colli risponde a necessità organizzative collegate alla grande estensione territoriale della nostra Azienda ULSS 20 e soddisfa le esigenze a suo tempo espresse dai Sindaci del territorio orientale.

Attività di tipo dipartimentale

Formazione e aggiornamento del personale

Tutto il personale ha partecipato a corsi qualificati, alcuni con credito ECM, finalizzati alla informazione e formazione delle rispettive professionalità.

La scelta dei corsi ha tenuto conto delle necessità emergenti, delle disponibilità economiche e dei bisogni formativi espressi.

In particolare è stata fatta formazione interna volta a favorire le attività integrate tra i quattro servizi del Dipartimento di Prevenzione.

Inoltre il personale appartenente alle diverse qualifiche ha a turno partecipato in qualità di docente a progetti formativi rivolti a categorie interessate (baristi, ristoratori, ecc.) e organizzati dalle associazioni di categoria o da organismi pubblici di riferimento come CCIAA di Verona, ASCO, Confesercenti.

Pronta disponibilità

Il servizio di pronta disponibilità del Dipartimento di Prevenzione opera già da molto tempo assemblando professionalità diverse, ma finalizzate a dare risposte coerenti alle necessità emergenti dal territorio.

Anche quest'anno il servizio è stato attivato ripetutamente, sia in giorni feriali che festivi, impegnando il personale in turno.

Progetto sperimentale di vigilanza mista SIAN e VETERINARI AREA B

Per questo progetto, iniziato nello scorso 2003 e proseguito anche per questo 2004, è stato istituito un pool fisso di operatori costituito da un t. d. p. veterinario e uno del SIAN della sede di Colognola ai Colli.

Questi operatori intervengono su insediamenti di competenza mista nel territorio del distretto veterinario di Cologna Veneta con sopralluoghi e successive prescrizioni qualora necessarie.

Nello svolgimento del piano sono stati controllati, in 8 comuni, n. 90 insediamenti di cui 19 nello scorso anno e 71 nel 2004.

Tab. 4.1: Controlli e prescrizioni sugli insediamenti nel territorio del distretto veterinario di
Cologna Veneta

STRUTTURA	INSEDIAM. IN ELENCO	CONTROLLI PREVISTI	CONTROLLI ESEGUITI	PRESCRIZIONI LAVORI ADEGUAMENTO	PRESCRIZIONE PER AUTO- CONTROLLO	SANZIONI
AGRITURISMO	6	6	6	-	1	-
DEPOSITO	11	-	-	-	-	-
GASTRONOMIA	9	9	9	3	2	1
GENERI ALIMENTARI E DISCOUNT	29	-	-	-	-	-
PIZZERIE	49	-	-	-	-	-
RISTORAZIONE COLLETTIVA ASSISTENZIALE	7	7	7	4	-	1
RISTORAZIONE COLLETTIVA SCOLASTICA	24	24	24	15	3	1
RISTORAZIONE AZIENDALE	6	-	-	-	-	-
RISTOR. PUBBLICA COMMERC.	95	44	44	30	24	5
SUPERMERCATI	11	-	-	-	-	-
TOTALE	247	90	90	52	30	8

Come si può vedere dalla tabella, in totale le prescrizioni per lavori di adeguamento delle strutture e degli impianti sono state 52, le verifiche dei piani di autocontrollo 30, le sanzioni amministrative 8.

Attività congiunte con Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Per integrare il più possibile l'intervento di tecnici del Dipartimento nei confronti dell'utenza, è stata incrementata l'attività congiunta soprattutto per i pareri preventivi sui progetti edilizi, sulle strutture socio sanitarie, sugli esercizi pubblici che originano reclami e proteste per inconvenienti igienici tipo odori, fumi, rumore, ecc.

Un tecnico laureato del SISP, congiuntamente ad un medico dirigente del SIAN, operano in modo da semplificare le procedure per ottenere i vari pareri in relazione alle attività intraprese.

È stata fatta, ed è tuttora in corso, un'opera di studio e revisione della modulistica in modo da consentire un facile accesso alla documentazione completa in uso al Dipartimento e presente anche nel sito internet della nostra ULSS.

Progetto "Last minute market"

E' stato accolto l'invito di collaborazione a tre sottoprogetti presentati da Last Minute Market per verificare la fattibilità del recupero e riutilizzo a fini benefici dei prodotti alimentari rimasti invenduti presso le attività commerciali:

*Recupero di
alimenti*

- recupero e valorizzazione dei prodotti invenduti presso la grande distribuzione organizzata (ipermercati e ingrossi per dettaglianti)
- recupero e valorizzazione dei prodotti invenduti presso i mercati all'ingrosso (centro agroalimentare)
- recupero e valorizzazione dei prodotti invenduti presso la piccola - media distribuzione (dettaglianti, supermarket, ecc.), la ristorazione (mense, ristoranti, ecc.) e le strutture alberghiere.

L'obiettivo è di trasformare ciò che al momento si può considerare a tutti gli effetti un vero e proprio spreco di beni, in altrettante risorse per categorie socio - economiche più svantaggiate.

Per il 2004 il lavoro è stato solo di tipo propedeutico alla futura organizzazione che richiederà un diretto intervento di questo SIAN nella fase d'esame dei protocolli igienico - sanitari per la gestione di movimentazione dei prodotti recuperabili.

*Integrare gli
interventi*

Attività congiunte SIAN - SPISAL in aziende agricole

Il progetto vuole implementare le attività integrate tra i Servizi del Dipartimento con lo scopo di rafforzare la capacità di intervento degli operatori, di razionalizzare le risorse e di offrire una risposta efficace, globale ed unitaria alle imprese agricole.

Infatti, nell'ambito dei programmi regionali per la promozione della sicurezza e della salute in agricoltura e per la vigilanza sui prodotti fitosanitari - progetto FAS (Fitosanitari - Ambiente - Salute) - vengono previste azioni di controllo che questo Dipartimento ha deciso di attuare congiuntamente sia per motivi di ottimizzazione delle risorse che di immagine nei confronti dell'utenza (viene fatto un unico sopralluogo da parte di personale esperto dei due Servizi interessati al controllo).

Il progetto si propone in primo luogo di vigilare sull'impiego di prodotti fitosanitari, compatibilmente con l'esigenza di garantire la sicurezza dei prodotti agroalimentari, la tutela della salute della popolazione e la salvaguardia del territorio.

Contemporaneamente viene perseguito l'obiettivo di vigilare sulle condizioni di sicurezza del lavoro, integrando il controllo secondo un'ottica generale di prevenzione e salubrità.

Nel corso dell'anno 2004 sono stati effettuati, da due coppie di tecnici della prevenzione, 47 sopralluoghi in altrettante aziende agricole di diversi Comuni del territorio della ULSS 20, con prescrizioni ove necessarie.

Piano informatizzazione SIAN-NET

Su incarico del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione della Regione Veneto è stato completato lo studio per dotare i SIAN delle ULSS di un programma informatizzato di registrazione delle attività.

Il compito di coordinare il gruppo di lavoro regionale è stato affidato al Direttore SIAN ULSS 20 unitamente alla Dott.ssa Grazia Manca del I.Z.S. delle Venezie.

Dopo oltre 2 anni di lavoro, nel corrente mese di dicembre è stato completato il programma. Per il nostro SIAN sono stati "migrati" i dati del vecchio programma su quello nuovo per una prima ricognizione operativa e test di funzionalità.

Questa esperienza pilota nella nostra ULSS 20 sarà allargata anche alle altre ULSS che potranno così utilizzare il programma regionale di registrazione della attività uniformando così in tutte le ULSS la modalità di raccolta e gestione dei dati.

4.1 UNITÀ OPERATIVA DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E BEVANDE

Premessa

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

Oltre al controllo e valutazione degli alimenti e bevande, compresa l'acqua potabile, dal punto di vista microbiologico, chimico-fisico e nutrizionale, il Servizio si occupa anche di imprese che producono e trattano i prodotti a qualsiasi titolo, compresi i prodotti importati da altri paesi e commercializzati in Italia.

Fondamentalmente è imperniata intorno a alle seguenti funzioni cardine:

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

Tab. 4.1.1: Attività di controllo sulle aziende alimentari a valenza preventiva

Tipologia attività	numero interventi anno		
	2002	2003	2004
Esame progetti, autorizzazione sanitaria, nulla osta sanitario, certificato idoneità sanitaria, attestato idoneità igienico-sanitaria ai locali e attrezzature, altre attività a valenza preventiva	1.663	2.035	1.974

Un dato da segnalare è lo snellimento delle procedure per le autorizzazioni sanitarie per le manifestazioni temporanee durante le feste popolari, fiere, sagre, ecc. che ha accolto la sollecitazione fatta a suo tempo dalla Amministrazione provinciale.

Attività di controllo sulle aziende alimentari per compiti di vigilanza:

Sono di seguito sintetizzate le attività svolte e i conseguenti provvedimenti adottati:

Tab. 4.1.2: Attività di controllo sulle aziende alimentari

Tipologia attività	numero interventi anno		
	2002	2003	2004
Operazioni di vigilanza comunque effettuate, es. sopralluoghi in azienda, controllo piani HACCP, prelievo campioni, ecc.	1.608	2.038	2.909

Nel corso dell'anno il SIAN è stato particolarmente impegnato a seguito di segnalazioni di non conformità su alimenti segnalati attraverso la rete di allerta comunitaria. In particolare si segnalano i numerosi interventi e i controlli effettuati per la ricerca dei coloranti della serie "SUDAN", per la salmonella e altri patogeni in verdure italiane esportate in Europa.

Tab. 4.1.3: Provvedimenti amministrativi a seguito di interventi di vigilanza:

Tipologia attività	numero provvedimenti anno		
	2002	2003	2004
Sanzioni amministrative, sequestri e dissequestri, ordinanze, revoche e dinieghi di autorizzazioni, ecc.	171	209	158

Tali provvedimenti sono relativi a interventi di vigilanza e controllo sia programmati in rapporto al rischio per il consumatore che su segnalazione di altri organi di vigilanza (NAS, Polizia Municipale, Finanza) e di privati cittadini.

La maggior parte di tali provvedimenti riguardano carenze strutturali dei locali e impianti che determinano situazioni di rischio igienico. Una minor quota di tali sanzioni riguarda l'esercizio delle attività in carenza di autorizzazione sanitaria.

Attività di controllo dei prodotti alimentari

Il prelievo di campioni di alimenti o l'effettuazione di tamponi ambientali per successive analisi di laboratorio è una delle attività più conosciute dal cittadino che si aspetta controlli adeguati per numero e qualità e mirati alla salvaguardia della salute.

La necessità di coniugare il massimo di efficacia con un razionale impiego delle risorse, impone una attenta programmazione preventiva che viene effettuata su indicazioni regionali e di concerto con le altre due ULSS della provincia e con i laboratori dell'ARPAV di Verona che effettuano le analisi.

Le indicazioni regionali sono state rispettate, anche se hanno richiesto un notevole impegno aggiuntivo soprattutto dei Tecnici della Prevenzione e dei laboratori dell'ARPAV. La gamma dei prelievi effettuati ha tenuto conto non solo della quantità, ma anche delle caratteristiche territoriali peculiari del nostro territorio.

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

Tab. 4.1.4: Attività di campionamento sulla base di indicazioni regionali.

32 campioni non regolari

Tipologia attività	2003			2004		
	tot.	Non reg.	% non reg.	tot.	Non reg.	% non reg.
Prelievo di campioni di alimenti, di sostanze destinate alla alimentazione o destinate a venire in contatto con alimenti, tamponi ambientali.	471	36	8	443	32	7

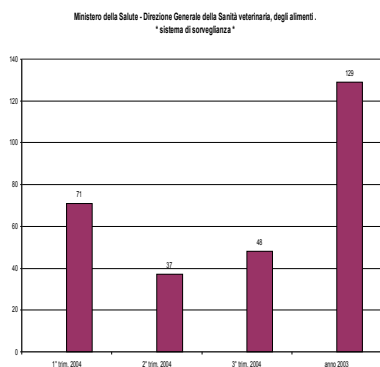
L'attività di campionamento è stata programmata sulla base delle indicazioni regionali del Piano triennale di sicurezza alimentare con particolare attenzione alla ricerca di micotossine e coloranti (es. Sudan) nelle matrici interessate, di OGM, verifica degli alimenti biologici, controllo radioattività, carica batterica su ortaggi cosiddetti di quarta gamma.

Micotossine: per quanto riguarda le micotossine è stato rispettato il programma di controlli, su varie matrici sensibili, previsto a livello regionale.

Nella nostra ULSS 20 sono stati effettuati 14 campionamenti su varie matrici, con 2 positività: una riscontrata in farina di mais e una seconda in arachidi.

Sudan: contaminazione dei prodotti da presenza di colorante Sudan ritenuto responsabile di attività cancerogena.

Graf. 4.1.1: Situazione nazionale delle notifiche per contaminazione da Sudan.
sistema di sorveglianza



Il grafico sopra riportato illustra i dati più aggiornati forniti dal Ministero relativamente alla situazione nazionale delle notifiche pervenute per contaminazione da colorante Sudan in spezie piccanti, polvere di peperoncino e altri vari prodotti. Nel nostro territorio è stata fatta la ricerca, per la distruzione, delle partite segnalate attraverso il sistema di allerta.

OGM

sono stati effettuati campionamenti per la rilevazione della presenza di organismi geneticamente modificato o loro derivati in alimenti a rischio. I dieci campioni indagati hanno dato responso negativo per la presenza di ogm.

Tossinfezioni alimentari

un dato confortante, che si ripete oramai da alcuni anni, è rappresentato dalla limitata segnalazione di episodi di tossinfezione alimentare a carico di utenti di ristoranti, pizzerie, gastronomie o simili. I pochi episodi che si verificano sono a carattere prevalentemente familiare con interessamento molto limitato di persone che accusano sintomatologia tipica e quasi sempre associati al consumo di uova crude, di produzione propria, impiegate nella preparazione di dolci (es. tiramisù).

Solo 5 episodi di tossinfezioni

Tab.4.1.5: Tossinfezioni alimentari.

Episodi segnalati di tossinfezione alimentare	5
Persone coinvolte	17

Si può affermare quindi che la diffusione e l'applicazione dei protocolli HACCP nella ristorazione pubblica ha portato a confortanti risultati a grande valenza preventiva. Emergono piuttosto nuovi problemi legati alla libera circolazione delle merci che vengono prodotte in un posto, vendute per il trattamento e la commercializzazione in altra azienda e successivamente distribuite sul territorio nazionale e all'estero. In questi casi, come è accaduto nel corso del 2004, le segnalazioni di non conformità possono arrivare al SIAN da stati esteri attraverso la rete di allerta comunitaria periodicamente aggiornata e presente in rete internet per una agevole consultazione. A questo punto scattano le indagini per interventi di prevenzione con controlli sanitari, eventuale sequestro dei prodotti e adozione di prescrizioni impartite per la eliminazione o la riduzione del rischio.

Attività di controllo dell'approvvigionamento dell'acqua potabile:

Il 2004 è iniziato con l'entrata in vigore delle disposizioni contenute nel D. Legislativo 31/2001 sulle acque destinate al consumo umano.

Molti parametri sono cambiati ed è stato necessario confrontarsi con i nuovi limiti che per lo più sono stati ridotti.

Le nuove indagini promosse dal SIAN e gli adempimenti previsti a carico dei gestori degli acquedotti hanno portato in evidenza talune situazioni di non conformità che hanno richiesto interventi a tutti i livelli.

*Trielina a
Grezzana*

In particolare, a Grezzana si sono documentate situazioni di non conformità a causa del mancato rispetto dei nuovi limiti di alcune sostanze tossiche come la trielina e il tricloroetilene.

La situazione ha determinato la necessità di un complesso intervento che ha richiesto l'impegno dei Comuni di Grezzana e di Verona, AGSM, ULSS 20, AATO, Carabinieri, ARPAV, Laboratori privati, ecc.

L'episodio ha dimostrato, se ce ne fosse ancora bisogno, che non si può mai abbassare la guardia nel controllo dell'acqua potabile, delle falde da cui viene attinta e in genere di tutto il ciclo che va dall'approvvigionamento allo scarico finale.

Pur disponendo nel nostro territorio di quantità di acqua di buona qualità per tutta la popolazione, si rende necessario coordinare gli sforzi di tutti gli enti interessati affinché sia erogata acqua di buona qualità, controllata dal punto di vista batteriologico e chimico, e disponibile per tutti i cittadini utenti in quantità adeguata.

Vanno tenute sotto controllo soprattutto le situazioni in cui si riscontra la presenza di parametri ai limiti consentiti dalla recente normativa.

La parte est del territorio e le sorgenti superficiali devono essere quindi monitorate per garantire il rispetto dei parametri di igienicità e sicurezza.

Tab. 4.1.6: Controllo delle acque destinate al consumo umano.

Tipologia attività	2003			2004		
	totale	Non reg.	% non reg.	totale	Non reg.	% non reg.
Campioni acqua destinata al consumo umano	1.588	149	9	1.104	136	12

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

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

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

Tab. 4.1.7: Consumo di acqua.

Quantità di acqua	Verona mc/anno erogati	32.191.641 mc
	Lessinia mc/anno erogati	1.629.927 mc di cui clorata 40%
Impianti	Centrali	21
	Pozzi	60
	Staz. Pompaggio	49

Abitanti serviti	Verona ISTAT 2001	253.208 con 348 litri/abitante/giorno
	Lessinia ISTAT 2001	11.947 con 374 litri/abitante/giorno
Estensione rete	Totale	1.600 km

Tab. 4.1.8: Impianti

Impianti	Verona	Lessinia
Campi pozzi	22	1
N° pozzi	60	5
Serbatoi	40	50
Sorgenti	1	10
Centrali di spinta	28	16

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

Ispettorato Micologico

E' composto da tre micologi diplomati ed esperti che operano prevalentemente nei locali del nuovo Centro Agroalimentare. Svolgono funzioni di vigilanza e controllo sanitario sul confezionamento e commercio dei funghi epigei spontanei.

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

Quest'ultima attività è svolta gratuitamente 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 per il periodo giugno - novembre 2004.

Tab. 4.1.9: Vigilanza e controllo sui funghi.

Tipologia attività	numero interventi anno 2003	numero interventi anno 2004
kg funghi ispezionati	42.610	55.594
perizie autoconsumo per privati	81	518

4.2 UNITÀ OPERATIVA DI IGIENE DELLA NUTRIZIONE

Premessa

Compito di questa unità operativa è la prevenzione di malattie quali obesità, diabete mellito, malattie cardiovascolari, cancro ed osteoporosi, in cui dieta e nutrizione sono riconosciute come fattori di rischio. Le principali tematiche affrontate sono riportate nella seguente tabella.

Tab. 4.2.1: Prevenzione di malattie in cui dieta e nutrizione sono fattori di rischio.

Prevenzione nutrizionale	Informazione e educazione alimentare: interventi finalizzati a promuovere stili di vita salutari, corrette abitudini alimentari e motorie in gruppi di popolazione (genitori, insegnanti, infanzia ed età evolutiva, anziani ed altre specificità).
Ristorazione collettiva	Pareri, validazione di menù e tabelle dietetiche per la ristorazione scolastica degli asili nido e delle case di riposo;
	indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti all'utenza;
	consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione con l'apporto tecnico degli altri Servizi e unità operative di competenza (Servizi veterinari, Unità Operativa Igiene alimenti e bevande);
	esecuzione di piani o progetti, regionali o locali, finalizzati al miglioramento della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica;
	consulenza per l'aggiornamento in tema nutrizionale per il personale delle strutture di ristorazione collettiva pubblica e privata.
Sorveglianza nutrizionale	Raccolta mirata di dati epidemiologici per gruppi di popolazione (es. rilevamento stato nutrizionale, abitudini alimentari), in esecuzione di piani o progetti regionali o locali.

Prevenzione nutrizionale

In accordo con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e con il Piano Triennale Sicurezza Alimentare 2002-2004 della Regione Veneto, si sono realizzati interventi di informazione ed educazione alimentare finalizzati a diffondere raccomandazioni per una sana alimentazione alla popolazione, con particolare attenzione a scuola e a ristorazione scolastica.

Sono proseguiti e sono stati attivati nuovi percorsi di educazione alimentare con coinvolgimento di scuole dei Comuni di San Giovanni Lupatoto, San Martino Buon Albergo, Castel D'azzano e scuole dell'infanzia afferenti alla FISM (Federazione Italiana Scuole Materne). E' continuata la collaborazione col Settore Istruzione del Comune di Verona, anche con interventi informativi rivolti ai genitori, nonché con organizzazioni sindacali mediante interventi formativi rivolti agli operatori di cucina. Altri interventi rivolti alla cittadinanza, in tema di etichettatura e alimentazione, sono stati realizzati in collaborazione con il Comune di Verona (Circoscrizione Centro storico) e l'Istituto Professionale di Stato per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione "Angelo Berti" di Verona; altri ancora sono stati indirizzati al personale sanitario (dietiste, assistenti sanitari) in collaborazione con l'azienda ULSS di Bussolengo e altri a gruppi selezionati della popolazione quali anziani, agricoltori, su richiesta di varie associazioni e in accordo con le strategie di comunicazione dell'Azienda. Si è proseguita la collaborazione a livello di Dipartimento di Prevenzione alla scheda 5.1 SISP "Tutela della salute nell'attività fisica e/o sportiva - Lotta alla sedentarietà" partecipando all'attività didattica del Master Universitario di I livello in Attività motoria preventiva ed adattata organizzato dalla facoltà di Scienze motorie dell'Università di Verona. Si è consolidata la collaborazione con la Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT).

E' proseguito anche nel 2004 nel Comune di San Martino Buon Albergo, il progetto di educazione alimentare "Il miglioramento della qualità della ristorazione scolastica", con azioni rivolte alla scuola e alla comunità esterna. Il progetto avviato nel 2002 ha coinvolto 4 scuole

dell'infanzia e 3 scuole primarie per un totale di circa 1000 bambini in età compresa fra 3-5 e 6-10 anni, i loro docenti e famiglie e il servizio di ristorazione scolastica comunale. Numerose sono state le iniziative di sensibilizzazione della comunità sui corretti stili di vita con particolare riferimento all'alimentazione, anche con azioni trasversali di promozione dell'attività motoria in cui le famiglie hanno avuto un ruolo attivo.

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), 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 laboratori di educazione al gusto per i bambini e laboratori di cucina per i genitori. Le azioni sono proseguite in quest'anno scolastico 2004-05 col programma di educazione alimentare regionale condiviso fra settore primario (Agricoltura) e quello della Prevenzione (Sanità) Una revisione per valutare l'efficacia degli interventi di promozione della salute nelle scuole, evidenzia che programmi di educazione alimentare rivolti al miglioramento dei pasti scolastici e all'aumento dell'attività fisica sono ragionevolmente efficaci: gli studi sperimentali hanno mostrato un impatto positivo sul consumo giornaliero di vegetali, carboidrati complessi, sale, latticini e cibi ricchi di grassi. Tutti gli studi che hanno coinvolto i genitori hanno avuto un esito positivo sull'apporto calorico giornaliero. I programmi che combinavano interventi nelle classi, modifiche dei pasti scolastici ed ampliamento della scelta alimentare corretta hanno avuto un impatto positivo (Rif.:Liter-Sharp D. et al., Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. NHS R&D Health Technology Assessment programme Southampton:HTA; 1998; <http://www.saperidoc.it>).

Nella nostra esperienza c'è stato un impatto positivo, verificato prima e dopo l'intervento, sul pasto della scuola sia in termini nutrizionali che di gradimento. Dalle rilevazioni effettuate si è stimato un incremento del consumo delle verdure e variazioni dell'atteggiamento dell'utenza, specie nella fascia d'età 3-6 anni. I menù sono stati modificati, prestando particolare attenzione al loro equilibrio nutrizionale e alle richieste dell'utenza, diversificandoli per stagionalità e fasce d'età' e inserendo alcune novità come ad esempio il piatto unico.

Ristorazione collettiva

Nel 2004 sono stati verificati e formulati pareri sui menù riferiti a circa 350 mense (tabella 4.2.2), coprendo una utenza di bambini fruitori dei servizi di ristorazione collettiva, stimata attorno alle 32.000 unità (fasce d'età: 0-3 anni, asili nido; 3-5 anni, scuole dell'infanzia; 6-10 anni, scuole primarie; 11-13 anni, scuole secondarie di primo grado), che corrisponde a circa il 57% della popolazione dell'ULSS 20 in fascia di età fra 0-13 anni.

Tab. 4.2.2: Pareri sui menù

	n° mense	n° utenti stimato	Fasce d'età (anni)
Valutazioni riferite a:	350	32.000 = 57% popolazione ULSS 0-13 anni	0-3 (asili nido) 3-5 (sc. infanzia) 6-10 (sc. primarie) 11-13 (sc. sec. I)

Sono stati svolti controlli di iniziativa sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti, nonché elaborate linee di indirizzo o modelli base di tabelle dietetiche e menù con indicazioni modulate sulle singole realtà scolastiche locali. Particolare attenzione è stata data alla questione delle intolleranze alimentari avviando azioni di supporto e consulenza per la formulazione di diete speciali, che comportano una particolare attenzione in ogni fase del servizio: dalla stesura del menù, all'acquisto delle materie prime, alla preparazione dei pasti. E'risultato che i bambini che necessitano di regimi dietetici particolari certificati rappresentano circa il 6-7% della popolazione scolastica.

La delicatezza e la trasversalità della questione ha portato a collaborazioni con i pediatri, i servizi distrettuali, i servizi di ristorazione scolastica e le amministrazioni comunali.

Ai Comuni che ne hanno fatto richiesta sono stati forniti pareri e consulenze, nonché supporto tecnico a commissioni e comitati mensa. Sono state diffuse e distribuite sul territorio (Amministrazioni Comunali, Scuole pubbliche e private e Ditte di ristorazione) le Linee Guida Regionali in materia di miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica, alla cui stesura ha contribuito il SIAN di questa ULSS.

Sorveglianza nutrizionale

Si è partecipato allo Studio multicentrico per la rilevazione della crescita staturo-ponderale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto (DGRV 3723 del 20.12.2002), rilevando quali misure antropometriche peso ed altezza e calcolando il BMI peso / h² (peso espresso in kg ed altezza espressa in metri), in bambini delle classi terze e quinte delle scuole elementari (l'unità campionaria dello studio è stata la classe). Le rilevazioni sul territorio sono state condotte fra maggio e giugno 2004 da personale SIAN appositamente addestrato, il coordinamento generale e tecnico operativo dello studio è stato a livello regionale, mentre i relativi aspetti metodologici e l'elaborazione dei dati sono stati condotti dal Laboratorio di Epidemiologia Ambientale e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Padova.

Per la formulazione del campione si è ricorsi al metodo di estrazione casuale e proporzionale al bacino d'utenza delle Aziende ULSS, comprendendolo fra il 15 e il 20 % della popolazione interessata sulla falsariga di analoghi studi descritti in letteratura. Le misure ritenute valide ai fini dello studio sono risultate sul territorio regionale pari ad un campione totale di 12.853 bambini nati negli anni 1993 e 1995, e sul territorio della nostra Azienda pari ad un numero totale di 1.185 bambini.

I dati ottenuti sono stati confrontati con i valori soglia internazionali dei BMI sesso ed età specifici per la definizione del sovrappeso e dell'obesità in età evolutiva secondo quanto proposto da Cole et al. che ha definito il sovrappeso e l'obesità su dati di riferimento internazionali e sul criterio che i valori soglia del BMI specifici per età e per sesso siano collegati con quelli del BMI dell'adulto, stabiliti sulla base dei fattori di rischio di malattia e di mortalità

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa contenente l'elaborazione di alcuni dati dello studio riferiti al sovrappeso ed obesità. Nel territorio della nostra Azienda il 17,3% del campione è risultato in sovrappeso ed il 4,22% obeso. L'analisi dell'intera rilevazione è prevista in una prossima divulgazione a cura della Regione Veneto.

*17,3% in
sovrappeso
4,2% obesi*

Tabella 4.2.3: Sovrappeso ed obesità

Totale misure considerate valide per lo studio (anni di nascita 1995 e 1993)*	Femmine	Maschi	Tot	Sovrappeso		Obesità	
					%		%
Territorio Veneto**	6334	6519	12853	2722	21,17	712	5,53
Territorio ULSS 20	581	604	1185	205	17,30	50	4,22

* Le misure considerate valide ai fini dello studio sono state corrette, sottraendo l'entità delle misure effettuate su bambini non appartenenti alle classi di età considerate; infatti, in parecchie classi sorteggiate, sia terze che quinte, veniva registrata la presenza di bambini nati in anni diversi da quelli presi in considerazione (1993 e 1995) che, pur effettuando anche per questi le misure, non potevano rientrare nel computo.

** (comprensivo del territorio di tutte le ULSS della Regione del Veneto ad eccezione di una)

Progetti regionali

Il SIAN dell'ULSS 20 ha avviato come capofila per la Regione Veneto il progetto operativo denominato "Alimentazione e sicurezza: scegliere in salute" (DGRV n. 2202 del 09/08/2002) per l'informazione e l'educazione del cittadino, diretto in maniera particolare agli operatori agricoli, scolastici e sanitari, sui possibili rischi derivanti dall'introduzione nell'alimentazione degli alimenti indicati all'art. 1 della L.R. n.6 del 1 Marzo 2002 "Norme in materia di consumo di alimenti nelle mense prescolastiche e scolastiche, negli ospedali e nei luoghi di cura e di assistenza", ossia alimenti contenenti: a) organismi geneticamente modificati (OGM) o prodotti derivati da OGM; b) sostanze indesiderate.

In considerazione delle tematiche affrontate - educazione ed informazione alimentare - e della necessità di un approccio multisetoriale e interdisciplinare, il progetto è stato inserito fra le azioni del Gruppo di lavoro 8 "Nutrizione" del Piano triennale sicurezza alimentare.

I sottoprogetti e le principali azioni sviluppate al dicembre 2004 sono riportati nella tabella 4.2.4, cui segue una breve sintesi descrittiva per i sottoprogetti SP1, SP3, SP6.

Tab. 4.2.4: I sottoprogetti e le azioni sviluppate al dicembre 2004.

	Sottoprogetti	Azioni
SP 1	Conoscere il consumatore	Ricerca esplorativa su "consumer stakeholder".
SP 2	Informazione ed alleanza con il consumatore	Integrazione azioni G.d.L. 6 "Comunicazione del rischio" Piano Triennale Sicurezza Alimentare.
SP 3	Il piccolo consumatore a scuola	Integrazione progetti regionali di educazione alimentare rivolti alle scuole, condivisi fra Agricoltura e Sanità. Avvio: a.s. 2004/05.
SP 4	La ristorazione scolastica ed i cittadini competenti	"Linee Guida in materia di miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica" DGRV 3883 31/12/2001 D.D.P. 517 30/12/2003.

SP 5	La cultura della rintracciabilità	Supporto Regional Framework Operation (RFO) e proposta programma - progetto Interreg IIIc "Sustainable public food systems and the promotion of health in the regions of Europe (Sapphire)".
SP 6	Comunicare informati in sanità	Corso di formazione "Alimenti OGM: conoscere e comunicare" (ECM).

- **SP 1** Ricerca esplorativa su "consumer stakeholder"

La ricerca è stata condotta mediante focus group sugli atteggiamenti e bisogni informativi dei cittadini sul tema degli alimenti geneticamente modificati. Sono state coinvolte 5 tipologie di soggetti. Tra queste, dal gruppo dei consumatori è emersa una grande attenzione del cittadino rispetto a questo tema. Il consumatore non è privo di informazioni anche se è difficile per lui distinguere fra dati obiettivi e posizioni preconcepite. Il tema degli OGM è in genere affrontato in maniera emotiva da tutti i soggetti. Non si sono evidenziate delle posizioni dichiaratamente a favore degli OGM, ma piuttosto una gradualità nell'atteggiamento che va da un cauto possibilismo a un rifiuto netto. Tutti i gruppi hanno espresso la necessità di un'informazione più imparziale rispetto ad un tema sul quale è difficile rimanere neutrali. È stato inoltre evidenziato un bisogno di informazione specifico per categorie di soggetti.

- **SP 3** Integrazione progetti di educazione alimentare rivolti alle scuole

La progettazione è stata svolta dal SIAN di Verona in qualità di capofila, in collaborazione con il gruppo 8 Nutrizione e la Direzione Politiche Agroalimentari per le imprese, previa ricognizione dei bisogni formativi, indagati fra le scuole della Regione mediante questionario. Fra gli interventi formativi più frequentemente richiesti risulta la tematica "alimentazione e salute". Fra gli obiettivi generali del progetto, ci sono la promozione di uno stile di vita sano e di comportamenti alimentari consapevoli ed equilibrati; l'educazione al gusto; la diffusione di conoscenze su alimentazione, caratteristiche degli alimenti, benessere e salute, sicurezza alimentare e nutrizionale, filiera alimentare, certificazione, etichettatura, produzioni agricole e tradizioni storico-culturali del territorio. Tutti i 21 SIAN della Regione Veneto hanno aderito al progetto.

Fra le proposte di progetti specifici sono state avviate azioni volte a promuovere il consumo di frutta e verdura e l'attività fisica, in accordo con le strategie promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità "Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health" <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/> e dal rapporto OMS-FAO "Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases" Ginevra 2003 www.who.int/hpr/nutrition/ExpertConsultationGE.htm.

Il rapporto, fra gli obiettivi nutrizionali per la prevenzione delle patologie cronicodegenerative dieta-correlate basati sulle prove di evidenza, indica come valore di sicurezza un consumo giornaliero di ortaggi e frutta ≥ 400 g, che nella tabella 4.2.5 viene raffrontato con altre indicazioni riportate in letteratura.

Tab. 4.2.5: Consumo giornaliero raccomandato di ortaggi e frutta.

Autore	Apporti raccomandati	1 porzione	g/die raccomandati	Razionale
U.S. NCI 1986 Five a day for a better health Program	5 porz/die	Mezza cup frutta/ortaggi crudi/cotti (75-80g) una cup ortaggi a foglia	375-400 g/die	Prevenire alcune forme di tumore

OMS 2003	<400 g/die	Non indicata	<400 g/die	Coprire fabbisogni micronutrienti, prevenire obesità, NCD
INRAN (Italia) Linee guida per una sana alimentazione	5-6 porz/die	Frutta 150 g Ortaggi 250 g (a foglia 50g)	Min 950g/die Max 1100 g/die	Coprire fabbisogni micronutrienti; prevenire NCD

Un basso consumo di frutta e verdura è la causa del 19% del tumore gastro-intestinale, del 31% della malattia ischemica e dell'11% dell'infarto. Globalmente, il 4,9% delle morti (2,7 milioni) e l'1,8% (26,7 milioni) del DALY - disabilities adjusted life years, misura del peso di una malattia su una popolazione definita - vengono attribuiti ad un basso consumo di frutta e verdura; nei Paesi europei afferenti all'OMS, il basso consumo è associato al 7,6% dei decessi ed al 4,3% del DALY negli uomini, nonché al 7,4% dei decessi ed al 3,4% del DALY nelle donne (Fonte: WHO, The world health report, 2002)

SP 6 Corso di formazione regionale "Alimenti OGM: conoscere e comunicare" svolto A Verona il 10/17/18 marzo 2004 in collaborazione con CRRPS (Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute). Il corso, accreditato con 18 punti ECM, è stato rivolto a medici, veterinari e biologi che operano prevalentemente nei SIAN delle ULSS del Veneto. Si è avvalso della partecipazione di docenti dell'Università di Verona, Dipartimento Scientifico e Tecnologico della facoltà di Scienze Matematiche Fisiche e Naturali, dell'Università di Padova, Master di comunicazione scientifica e giornalismo e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Regional Office for Europe).

Altre azioni a livello regionale

Coordinamento del gruppo di lavoro 8 "Nutrizione" del piano triennale Sicurezza alimentare 2002-2004.

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Sicurezza+alimentare/Piano+sicurezza+alimentare/>

PERSONALE DEL SERVIZIO:

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.

5. SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Finalità del servizio

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

Premessa

*>55 anni
infortuni
più gravi*

Le politiche di prevenzione promosse dall'U.E. per gli anni futuri si basano sulla considerazione che, a fianco dei rischi occupazionali di tipo tradizionale, sono sempre più evidenti le necessità di prevenzione rispetto all'invecchiamento della popolazione attiva e alle trasformazioni delle forme del lavoro. I raffronti eseguiti in base all'età dei lavoratori mostrano, da un lato, che i più giovani sono più spesso vittima di infortuni sul lavoro, determinati anche dalla condizione di precarietà, e dall'altro i lavoratori di età superiore ai 55 anni subiscono gli infortuni più gravi con una mortalità superiore alla media europea. Sono sempre i lavoratori anziani ad essere i più colpiti da malattie professionali a lenta insorgenza, quali i tumori (in maggioranza ancora dovuti all'esposizione all'amianto).

Tra le nuove forme di lavoro, le modalità più flessibili di organizzazione dell'orario di lavoro e una gestione delle risorse umane più individuale e maggiormente orientata al risultato hanno un'incidenza profonda sui problemi legati alla salute sul luogo di lavoro o, più in generale, sul benessere sul luogo di lavoro.

Secondo una ricerca condotta dall'Agenzia Europea per la Sicurezza del Lavoro le malattie considerate emergenti quali lo stress, la depressione o l'ansia, nonché la violenza sul luogo di lavoro, le molestie e l'intimidazione rappresentano ben il 18% dei problemi di salute legati al lavoro, un quarto dei quali comporta un'assenza dal lavoro pari o superiore alle due settimane. Tali patologie presentano una frequenza due volte più elevata nella scuola e nei servizi sociali e sanitari.

*25% di infortuni
in immigrati*

Nell'ambito dei cambiamenti in corso nel mondo del lavoro occorre considerare l'inserimento di cittadini extracomunitari, fenomeno ormai non trascurabile se si considera che, in Veneto, questa fascia di lavoratori è colpita dal 25 % degli infortuni che avvengono nell'industria e nei servizi. In questo caso ai tradizionali problemi derivanti dalle difficoltà di integrazione sociale e di accettazione della diversità etnica e culturale nell'impresa si aggiungono problemi di sicurezza derivanti da carenze di comunicazione, di formazione.

La precarietà del lavoro portata all'estremo riguarda le forme di lavoro irregolare, sicuramente di difficile stima, ma sicuramente non irrilevante in termini sociali. In questo caso, i lavoratori extracomunitari, spesso irregolari, sono oggetto di forme di ricatto che arrivano alla tratta di manodopera clandestina e di caporalato. Si tratta di condizioni lavorative ove, prima della sicurezza, non trovano rispetto i più elementari diritti civili.

Nell'ULSS 20, come in Veneto, è in atto una contrazione delle forme più tradizionali di patologia occupazionale, come gli infortuni e le malattie professionali assicurate dall'INAIL. Tuttavia siamo ancora lontani dal raggiungimento di risultati soddisfacenti e, comunque, stiamo assistendo all'intensificarsi delle patologie di natura neoplastica e a danni legati a nuovi rischi occupazionali come i movimenti ripetitivi, lo stress, il disagio organizzativo, la mobilità stradale, i turni e la precarietà lavorativa.

La strategia che si intende sviluppare per gli anni prossimi prevede:

un'impostazione globale del benessere sul luogo di lavoro, prendendo in considerazione le trasformazioni del mondo del lavoro e l'insorgenza di nuovi rischi, in particolare psicosociali,

focalizzando il miglioramento della qualità del lavoro e dell'ambiente e sullo sviluppo dei Sistemi Aziendali di Gestione della Sicurezza (S.G.S.);

il consolidamento della cultura di prevenzione dei rischi, e la combinazione di strumenti differenziati (vigilanza, dialogo sociale, spinta al progresso, individuazione delle pratiche migliori, responsabilità sociale delle imprese);

realizzazione di partenariati tra tutti i soggetti nel campo della salute e della sicurezza che permettono sinergie e risparmi sociali.

Il quadro epidemiologico degli infortuni e malattie professionali nella Azienda ULSS 20 e nella provincia di Verona

Il fenomeno infortunistico in Italia comporta ogni anno circa un milione di eventi superiori a tre giorni di assenza dal lavoro. Tale realtà, che rappresenta sicuramente una priorità di sanità pubblica è comune a tutti i paesi dell'Unione Europea. Il confronto dei dati italiani con quelli europei evidenzia come in Italia l'incidenza degli infortuni, superiori a tre giorni, sia pari a 42 casi ogni 1.000 addetti, sostanzialmente allineata con l'indice medio dell'Unione Europea che è di 42,2 (Portogallo 70, Finlandia 30).

L'accadimento degli infortuni nell'industria negli ultimi 17 anni si è ridotto di quasi tre volte. Questo risultato, in senso generale, è correlabile alle condizioni favorevoli di ordine economico e sociale delle quali ha beneficiato il nostro paese. Tuttavia, non è secondario sottolineare come l'arco di tempo considerato corrisponda al periodo d'azione della Legge di Riforma Sanitaria e prospetti un impatto positivo della stessa nei confronti della sicurezza del lavoro.

*Infortuni
in calo*

La partecipazione del mondo del lavoro all'implementazione dei processi di sicurezza in azienda, la sperimentazione di modelli territoriali di prevenzione ed il loro favorevole impatto sociale, culturale ed economico, hanno contribuito, insieme all'innovazioni dei sistemi produttivi, a quei cambiamenti strutturali che oggi si evidenziano anche in positivi risultati di salute.

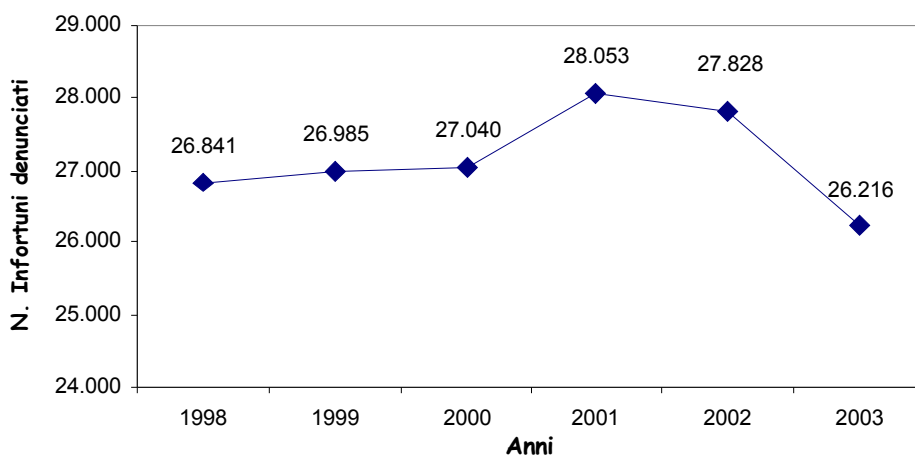
L'andamento favorevole del fenomeno infortunistico interessa in maniera, quasi omogenea, tutte le regioni del paese. Le differenze ancora esistenti rispecchiano le diversità dei modelli produttivi ed economici regionali.

Il progressivo incremento della base degli assicurati INAIL a partire dal 1990 ha determinato un andamento apparentemente costante del numero assoluto degli infortuni che annualmente accadono.

Il quadro provinciale

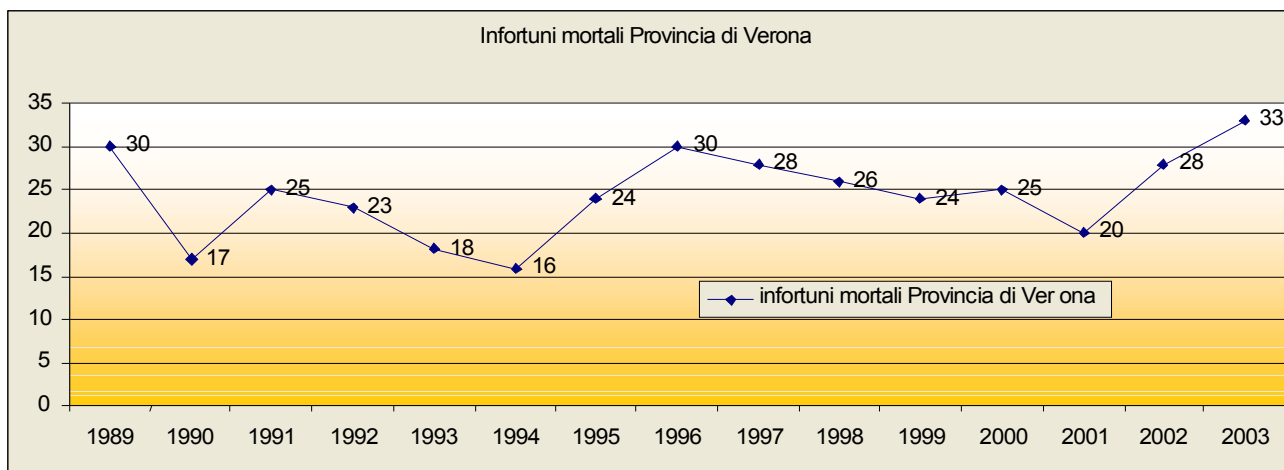
Negli ultimi anni la Provincia di Verona si caratterizza come la provincia che detiene il maggior numero, in assoluto, degli infortuni denunciati nel Veneto, con una percentuale che oscilla intorno al 22%.

Graf. 5.1: Infortuni denunciati - Provincia di Verona (Dati INAIL-web)



Circa il 40-45% degli infortuni denunciati non viene poi riconosciuto dall'INAIL in quanto non rientranti nei parametri medico legali dell' Istituto assicuratore.

Graf. 5.2: Infortuni mortali rilevati nella Provincia di Verona: anno 1989-2003 (dati INAIL-web)



Gli infortuni nella azienda ULSS n. 20

*Incidenti stradali
> al 50%*

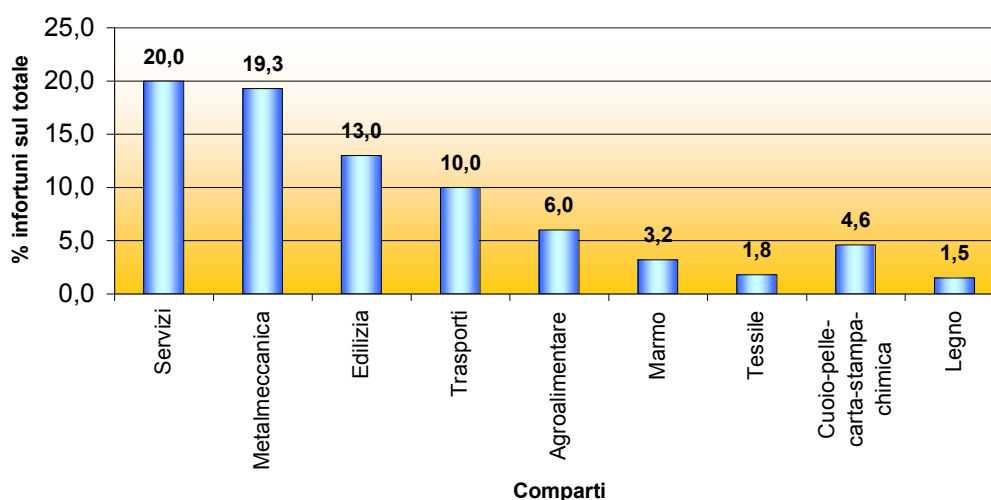
Per quanto riguarda la gravità del fenomeno si segnala l'alto peso derivante dagli incidenti stradali soprattutto per le forme permanenti e mortali. Gli incidenti mortali, avvenuti alla guida di un mezzo, costituiscono una quota elevata, 7 su 13 nel 2000 e 6 su 10 nel 2001 (ultimi dati INAIL definiti). Nel 2002 e nel 2003 gli infortuni mortali in totale, non ancora definiti nelle loro cause, sono rispettivamente 12 e 14.

Tab. 5.1: Infortuni nell'ULSS 20 definiti dall'INAIL

Anni	Infortuni Mortali	Infortuni Permanenti
2000		
inf. sul lavoro	5	181
inf. alla guida	7	25
inf. in itinere	1	33
TOT	13	239
2001		
inf. sul lavoro	2	210
inf. alla guida	6	20
inf. in itinere	2	37
TOT	10	267
2002		
inf. sul lavoro	n.d	
inf. alla guida	n.d	
inf. in itinere	n.d	
TOT	12	272
2003		
inf. sul lavoro	n.d	
inf. alla guida	n.d	
inf. in itinere	n.d	
TOT	14	133

* compresi infortuni non indennizzati per vari motivi (ritardata comunicazione, studenti di scuole private ecc.)

Graf. 5.3: Percentuale di infortuni nei principali comparti: anno 2000



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

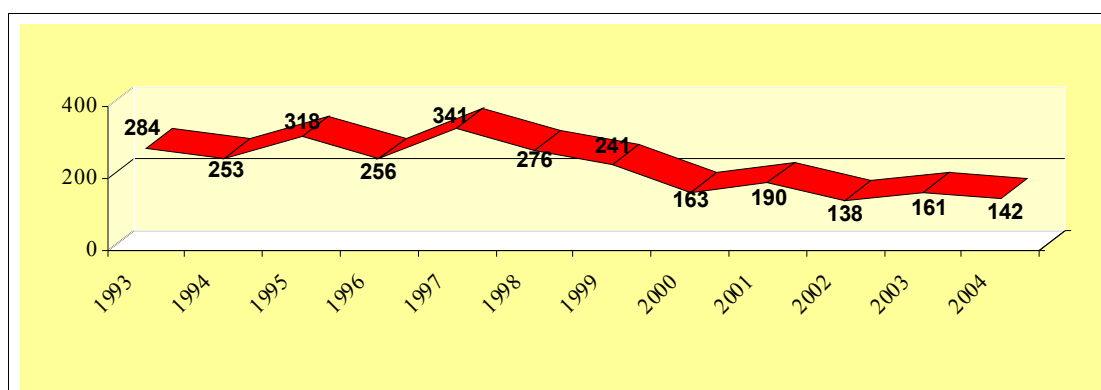
Le malattie professionali nella ULSS n. 20

Dal 1997 le malattie professionali nella ULSS 20 mostrano un trend calante, ciò indica che siamo in presenza di un miglioramento delle condizioni generali di prevenzione nei confronti dei rischi di tipo fisico e chimico.

Calano le malattie professionali

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.

Graf. 5.4: Malattie professionali denunciate allo SPISAL dell'ULSS 20, nel periodo 1993 - 2004



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

Tab. 5.2: Malattie professionali denunciate allo SPIRAL, nel periodo 2001-2004

	N°	%	T.I. *
Ipoacusia da rumore	298	56	44
Patologie dell'apparato respiratorio	89	17	13
Patologie dell'apparato muscolo-scheletrico	63	12	9.2
Dermatite da contatto	33	6.2	4.9
Tumori professionali	32	6	4.6
Di cui:			
Mesotelioma pleurico	22	4.2	3.2
Epatiti da virus C	6	1.1	0.9
Disturbo dell'adattamento da condizione lavorativa avversativa (mobbing)	4	0.7	0.6
Altre	3	0.6	0.4
Totale	528	100	78

* Il tasso di incidenza T.I. (n° casi anno/100.000) è stato calcolato rispetto al totale degli occupati nell'ULSS 20 = 171.952.

*Aumentano le
patologie muscolo
scheletriche*

Sono in aumento le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico da sovraccarico bio-meccanico sia degli arti superiori (tendiniti, 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.

Da segnalare l'elevata 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.

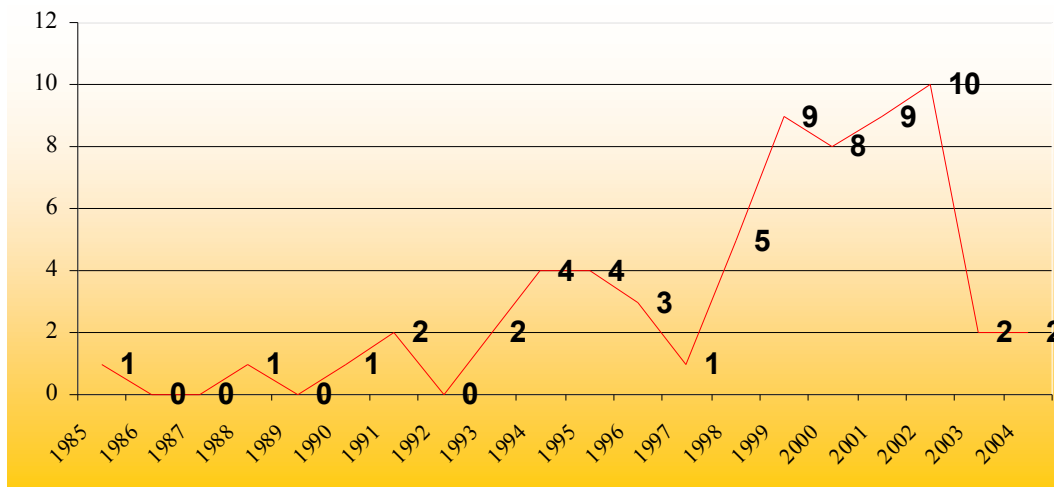
Sono inoltre sempre più frequentemente riscontrate patologie dell'apparato respiratorio (placche pleuriche, neoplasie parenchimali e pleuriche) in lavoratori che in passato sono stati esposti a fibre d'amianto; tenuto conto dei tempi di latenza per la manifestazione dei danni da amianto (specie per la patologia neoplastica) si stima un loro trend in crescita sino al 2010.

*L'eredità
dell'amianto*

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 2004 evidenzia l'aumento del numero di casi accertati negli ultimi anni e conferma quanto previsto in base ai periodi di esposizione ad amianto il cui culmine, sia per livello che per diffusione nella popolazione, si colloca negli anni settanta. Va ricordato il lungo periodo di latenza di questo tipo di tumore, 30 anni in media.

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

Graf. 5.5: Casi di mesotelioma accertati in provincia di Verona dal 1985 al 2004



RISULTATI DI ATTIVITÀ: ANNO 2004

In questa sezione vengono descritte le attività istituzionali del servizio erogate nell'anno 2004 e che afferiscono all'area Medicina del Lavoro, alla area informazione e formazione, all'area della vigilanza.

MEDICINA DEL LAVORO

Nel corso del 2004 l'Ambulatorio SPISAL ha erogato circa 1.700 prestazioni, comprensive di visite mediche, accertamenti strumentali e certificazioni medico-legali.

Le attività ambulatoriali hanno riguardato interventi per lavoratrici madri, lavoratori disabili, lavoratori ex esposti ad amianto e ad altri cancerogeni, lavoratori affetti da malattie professionali, certificazioni di idoneità al lavoro.

Sorveglianza sanitaria lavoratori ex esposti all'amianto

Nell'ambito del progetto regionale "Sperimentazione di un modello di sistema di sorveglianza e di assistenza sanitaria ai lavoratori con pregresse esposizione professionali a cancerogeni (amianto)", presso il nostro Ambulatorio sono stati indagati lavoratori che in passato erano stati addetti ad attività in acciaieria e fonderia, alla manutenzione di rotabili ferroviari, alla produzione di manufatti in cemento amianto.

Dall'inizio dello studio (anno 2001) sono stati individualmente contattati con lettera di illustrazione delle motivazioni e delle finalità del progetto 716 lavoratori; di questi 260 hanno aderito alla proposta di sottoporsi agli accertamenti previsti dal protocollo sanitario che comprende l'effettuazione della visita medica generale, esame spirometrico e TAC spirale del torace.

Nell'anno 2004 sono stati visitati 26 nuovi soggetti; 23 sono stati ricontrrollati con TAC torace in corso di follow up.

Tab. 5.3: Tabella riassuntiva dei dati relativi ai risultati della TAC torace.

Contattati i v.a.	Adesioni i v.a.	Visitate i v.a.	Negative i v.a.	In follow up v.a.	Nodulazioni parenchimali v.a.	Lesioni pleuriche v.a.	Asbestos i v.a.	Mesotelioma a v.a.	Carcinoma v.a.
716	260	260	170*	27**	27	33	2	0	0

* Per 27 soggetti, in attesa di definirne il livello di esposizione, non è stata effettuata la TAC spirale del torace

** Ai controlli TAC torace a distanza sinora effettuati, le nodulazioni parenchimali e pleuriche studiate risultano essere morfologicamente e di dimensioni invariate rispetto al primo esame radiologico.

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

Monitoraggio delle condizioni sanitarie di cittadini italiani che hanno soggiornato in Bosnia-Herzegovina e Kosovo.

Le notizie, riportate dai mezzi di informazione, di una possibile esposizione ad uranio impoverito e dei rischi per la salute connessi hanno suscitato un vasto allarme tra i cittadini residenti in Italia che, a qualsiasi titolo, si erano recati o avevano soggiornato dopo il 1° agosto 1994 nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosowo, oggetto di operazioni belliche a seguito del conflitto con i paesi della NATO.

Nel 2001 la Regione Veneto ritenuto necessario acquisire oggettivi dati sanitari, tramite la Direzione Regionale per la Prevenzione incaricava gli SPISAL di effettuare un intervento di screening sanitario a favore di detti cittadini, che su base volontaria ne facessero richiesta ai Servizi. Per i residenti nella provincia di Verona faceva da riferimento lo SPISAL dell'ULSS 20.

Il protocollo sanitario adottato prevedeva una valutazione delle condizioni generali di salute, una accurata anamnesi per la determinazione dell'eventuale rischio da esposizione ad uranio impoverito e la valutazione di dati sanitari rilevanti riferibili all'esposizione specifica, la raccolta di un campione d'urina per la successiva determinazione isotopica dell'uranio urinario. Erano state visitate 7 persone; tutte si presentavano in buone condizioni generali di salute; non erano lamentati disturbi/sintomi di rilievo.

In tutti i campioni di urina la concentrazione totale urinaria era risultata ampiamente nei limiti di riferimento adottati per la popolazione generale; era stata rilevata la presenza del solo isotopo U 238; non era stata rilevata la presenza dell'isotopo U 235 che caratterizza il cosiddetto "uranio impoverito".

Nel 2003 la Direzione Regionale per la Prevenzione, a seguito dell'Accordo Governo e Regioni del 30.05.2002 che definiva a livello nazionale il protocollo per il monitoraggio sanitario dei cittadini italiani che avevano soggiornato nei territori di Bosnia-Herzegovina e del Kosowo, confermava la scelta di affidare agli SPISAL la gestione di tale attività.

Al dicembre 2004 sono stati visitati, su richiesta dei diretti interessati, 10 soggetti tutti ex militari congedati (di leva e di carriera). Tutti i soggetti risultano in buona salute; dagli accertamenti di laboratorio, effettuati secondo protocollo pre-determinato, non sono state rilevate significative alterazioni dei parametri biologici indagati.

PROMOZIONE E BENESSERE ORGANIZZATIVO E COMPORTAMENTI SALUBRI

Inserimento e mantenimento lavorativo delle categorie deboli

E' stata attivata la collaborazione con il Servizio di Integrazione Lavoro dell'ULSS 20 (SIL) ed il Servizio Medialabor dell'Istituto Don Calabria, riconosciuti dall'Amministrazione della Provincia quali servizi territoriali di mediazione lavoro, finalizzata all'attuazione di specifici interventi volti a favorire l'inserimento lavorativo di persone disabili, anche attraverso la valutazione delle condizioni ambientali e le mansioni lavorative possibili nelle aziende soggette agli obblighi ex Legge 68/99.

Disability management Comune di Verona

Si tratta di un intervento finalizzato all'inserimento e al mantenimento lavorativo delle categorie deboli nel mondo del lavoro attraverso interventi di formazione e supporto del contesto organizzativo dell'ambiente di lavoro

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.

Interventi di counselling antitabagico.

Nel corso del 2004 è cessata l'attività di sensibilizzazione-informazione dell'utenza che accede all'Ambulatorio di Medicina del lavoro sui problemi di salute fumo correlati, a seguito del trasferimento dell'Assistente Sanitaria Visitatrice che era stata formata allo scopo.

In attesa di poter riprendere questa importante attività di sensibilizzazione si sono attivati corsi di disassuefazione al fumo per i lavoratori ex esposti ad amianto, in considerazione dell'effetto sinergico fumo-amianto rispetto al rischio di tumore polmonare.

Dei lavoratori ex esposti ad amianto, ancora 24 risultavano fumatori al momento dell'indagine. 21 di questi hanno aderito ad un primo incontro di sensibilizzazione tenuto da personale del SerT e dello SPISAL; 18 lavoratori ex esposti (o familiari) hanno aderito al corso di disassuefazione; 13 hanno partecipato a tutti gli incontri programmati per la prima settimana di corso intensivo; 7 ai successivi 5 incontri di rinforzo a cadenza settimanale. A cinque mesi di distanza 5 lavoratori, su 18, risultavano aver sospeso l'abitudine a rischio.

L'esperienza positiva condotta ha dimostrato come percorribile dal mondo del lavoro tale linea di prevenzione che si intende perciò intensificare per il 2005 estendendo anche ad altri campi l'intervento.

In particolare, l'intervento appare opportuno in quanto dal gennaio 2005 con l'entrata in vigore dell'art. 51 della Legge n.3 del 16 gennaio 2003 finalizzata al divieto di fumo nei locali pubblici, che integra la normativa relativa alla sicurezza e alla salute dei lavoratori relativa al divieto di fumo negli ambienti di lavoro in quanto agente cancerogeno e quindi rientrando negli obblighi di prevenzione definiti dal D.Lgs. 626/94. Sul piano operativo lo Spisal nel corso del 2004 si è impegnato nella proibizione del fumo nelle sale Bingo, nella partecipazione al gruppo di lavoro aziendale per l'implementazione nell'Ulss 20 della legge sul divieto di fumo e negli interventi di formazione necessari.

INTERVENTI DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE NEL MONDO DEL LAVORO

Le rapide trasformazioni del mondo del lavoro, caratterizzate dal passaggio dalla dimensione uomo-macchina alla dimensione uomo-organizzazione-comunicazione, determinano nuove problematiche di sicurezza legate agli individui, ai gruppi ed ai loro comportamenti.

E' da ritenersi strategico, al fine della prevenzione negli ambienti di lavoro, prevedere il potenziamento del progetto di formazione, condiviso dalle associazioni imprenditoriali e dalle organizzazioni sindacali, con l'adozione di metodologie adeguate alla formazione degli adulti.

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

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

Nella tabella che segue sono riportati gli interventi realizzati nel corso del 2004 erogati direttamente o in partenariato con altri Enti o Associazioni di categorie.

Tab. 5.4: Formazione erogata nell'anno 2004

Periodo	n.° ore erogate	n.° partecipanti
<u>EROGATA DIRETTAMENTE</u>		
Marzo-Dicembre	270	860
<u>CORSI AMIANTO</u>		
Marzo - Novembre	110	53
<u>EROGATA INDIRETTAMENTE</u> (attraverso Associazioni o Enti Formatori)		
Gennaio - Dicembre	327	409

Portale Safetynet: www.safetynet.it e la Formazione a Distanza

Nel corso del 2004 è stata sperimentata la Formazione a Distanza con la sperimentazione di corsi di formazione a distanza per responsabili dei servizi di prevenzione e protezione (circa 10 partecipanti), per l'inserimento di personale Spisal (12 partecipanti), un corso per medici e ASV sulla malaria (50 partecipanti), un corso sviluppato sperimentalmente accreditato ECM dal Ministero della Salute per 350 operatori dell'area chirurgica di 10 Aziende Sanitarie del Veneto, un corso per i circa 100 rappresentanti dei lavoratori della sicurezza delle Aziende Ulss del Veneto.

L'innovativa esperienza svolta, in collaborazione con la società Edulife, permette di mettere a disposizione del mondo del lavoro un innovativo e fruibile strumento di formazione ed aggiornamento.

SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA SALUTE NEL TERRITORIO DELLA ULSS 20

Vigilanza delle lavorazioni con presenza di amianto

Nel corso del 2004 è proseguita la vigilanza sulle attività in cui vi è presenza di amianto, con il controllo dei cantieri e degli ambienti nei quali vengono svolte lavorazioni di rimozione di amianto compatto (tetti in eternit) e friabile (condotti, tubature, pannelli, ecc).

Rientra nell'attività di routine il controllo semestrale, con monitoraggio ambientale, degli unici due ambienti di lavoro fissi dove ancora si effettuano lavorazioni di bonifica di rotabili ferroviari, presso le Officine Grandi Riparazioni delle FS e presso le Officine Ferroviarie Veronesi.

Tab. 5.5: Attività svolta nel 2004.

ATTIVITÀ DI VIGILANZA - BONIFICHE AMIANTO	
Piani di lavoro pervenuti ed analizzati	Totale 286 di cui per amianto friabile 30
Risposte a comunicazioni su piani di lavoro	Totale 286
Notifiche ex art. 9 c. 1 L. 257/92	54
Piani di bonifica amianto controllati con sopralluogo	73
Piani di bonifica amianto friabile controllati con sopralluogo	30
Certificati di restituibilità rilasciati	30
Materiali con amianto rimossi	Tonn. 1.434
Prelievi effettuati dallo Spisal	60

Vigilanza nelle aziende

Nel corso del 2004, l'attività di vigilanza è proseguita nelle aziende con oltre 5 addetti, secondo la pianificazione per tipologia di azienda e per rischio, che prevede il controllo completo dei comparti a rischio per la sicurezza (metalmeccanica, legno e marmo) e per la salute (cancerogeno, chimico).

98 aziende controllate

In totale sono state controllate 98 aziende, 2 nel terziario, 68 metalmeccaniche, 2 nel legno, 4 nel marmo e 22 negli altri comparti.

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

1. Carenze di ordine organizzativo-gestionale; in questo ambito rientra oltre il 71% delle carenze riscontrate nelle aziende. In particolare, sono risultate prevalenti carenze relative agli obblighi del datore di lavoro in materia di disponibilità dei D.P.I. o di vigilanza sull'uso degli stessi da parte dei lavoratori (16%), coordinamento sui temi della sicurezza nei confronti delle imprese appaltatrici o a lavoratori autonomi (12%), di adeguata manutenzione di macchine, impianti ed edifici (12%), di carenze di igiene del lavoro (11%), di cura e gestione degli ambienti di lavoro e delle vie di passaggio (4%), di carenze nella individuazione e definizione dei rischi lavorativi e delle misure opportune (4%), di inadeguata informazione e formazione dei lavoratori (2%). Seguono da altro.

Carenze rilevate

2. Carenze di ordine tecnico-impiantistico; il 20% delle carenze di sicurezza riscontrate ha riguardato aspetti relativi alle condizioni di sicurezza tecnica di macchine ed attrezzature, in particolare di carente protezione degli organi lavoratori.

Un altro 9% può essere classificato in altro generico.

La percentuale di bonifica delle carenze riscontrate, pari a 1.003, è stata pari al 99%.

Da quanto detto emerge in maniera evidente l'importanza di orientare, sempre più, gli interventi verso lo sviluppo ed il mantenimento di un sistema di gestione della sicurezza, da parte delle aziende, che verifichi a 360° gli aspetti sostanziali del SGS: struttura organizzativa, pianificazione, coinvolgimento e valorizzazione del personale, responsabilità sociale.

Vigilanza in Agricoltura

L'agricoltura rappresenta un settore ad elevato rischio di infortunio, con caratteristiche sociali, culturali che rendono difficile lo sviluppo della cultura della prevenzione. Da anni si sono sviluppate strategie di promozione della salute in collaborazione con le Associazioni, con i coltivatori diretti, con gli enti e le istituzioni collegate al mondo agricolo.

12.000 aziende agricole

La presenza di numerose aziende (circa 12.000) prevalentemente a carattere familiare, in condizioni di lavoro spesso prive di requisiti di sicurezza, dove si aggiungono anche problemi legati all'utilizzo di manodopera a tempo determinato di lavoratori extracomunitari, rende conto delle problematiche inerenti la sicurezza tuttora presenti in agricoltura.

In collaborazione con il SIAN per le competenze relative ai pesticidi, nel corso del 2004 sono state controllate 46 aziende agricole.

Trattori pericolosi

Tali aziende nella quasi totalità di casi (39) presentavano problemi di sicurezza per mancata presenza di protezioni alle macchine ed attrezzature. Le principali carenze riguardavano la mancata protezione del posto di guida del trattore, con ricaduta nelle cause di infortunio mortale che si verificano tuttora in provincia di Verona e come secondo problema in ordine di frequenza e gravità, la mancata protezione dell'albero cardanico e delle prese di forza delle macchine, che sono causa di lesioni gravi e permanenti.

Vigilanza nel comparto Edile e Cantieristica

4 morti nel 2004

Rappresenta il comparto a maggior rischio di infortunio grave e mortale (4 morti nel 2004, tre dei quali estranei ai cantieri), in cui la presenza di gravi problemi di sicurezza si affianca all'espandersi di altri fattori sociali come l'impiego di manodopera immigrata più soggetta a rapporti di lavoro irregolare e l'utilizzo di lavoratori autonomi e ditte artigiane nella forma di appalti e sub-appalti a cascata.

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

Il programma di lavoro nel 2004 in attuazione del Piano triennale "Prevenzione nel comparto edile" si è articolato pertanto in diverse azioni: di vigilanza, di incontri con i coordinatori per la sicurezza.

In totale nel 2004 sono stati controllati 457 cantieri edili per un totale di 604 imprese e lavoratori autonomi.

Dall'attività di vigilanza si possono fare alcune considerazioni:

- E' sempre più frequente una parcellizzazione dei lavori, con contratti solo verbali, all'insaputa dello stesso committente, che sconfinano nell'illegittimità del lavoro, nel sub-appalto di prestazioni di lavoro. In questi cantieri cade l'azione di coordinamento di prevenzione prevista dalla direttiva cantieri, viene annullato lo sforzo di progettazione e di pianificazione della sicurezza.

- Le morti sul lavoro del 2004 rispecchiano situazioni di estrema criticità che permangono: la sicurezza dei cantieri stradali e la caduta dall'alto. Mentre tra le cause di infortunio grave ancora emergono: le cadute dall'alto per mancata difesa delle aperture, le cadute da scale e gli investimenti. Casi che potevano essere evitati con l'adozione di semplici misure di protezione tecnica od organizzativa.
- Rispetto ai problemi di sicurezza in edilizia, sono state riscontrate 537 carenze, anche in questo caso in larghissima parte sanate, anche se in una percentuale leggermente inferiore a quanto indicato per le aziende.

Anche per l'edilizia è possibile individuare due ordini principali di problemi:

1. carenze di ordine tecnico: pari al 70 % dei casi accertati, in particolare caratterizzate dal rischio di caduta dall'alto e di seppellimento
2. carenze di ordine organizzativo-gestionale: pari al 30 %, in particolare nel coordinamento applicativo del piano Operativo della Sicurezza di cantiere.

Inchieste infortuni gravi e mortali

Nel corso del 2004 si sono valutati 293 infortuni gravi, 143 di questi hanno comportato un'indagine complessa.

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

Le cause degli infortuni oggi provano che permangono le forme più tradizionali di accadimento dovute a carenze di tipo tecnico, quali per esempio: nei cantieri, i lavori in altezza senza protezioni, le macchine-attrezzature prive di protezioni, oltre la movimentazione con carrello elevatore, soprattutto nell'ambito delle cooperative di servizi. Accanto a questi casi, sono sempre più in causa carenze organizzative e procedurali, ritmi di lavoro intensi, procedure errate e pericolose, mancanza di addestramento e formazione.

Un problema sempre più allarmante che investe le agenzie di lavoro interinale e le cooperative di servizi e facchinaggio è il forte turn over della manodopera.

Tab. 5.6: Inchieste infortuni. Anno 2004

INCHIESTE INFORTUNI	
Inchieste brevi n.	150
Inchieste complesse	143
Con responsabilità	46
	(3 per omicidio colposo)
Articoli contestati	65
Attrezzature di lavoro non idonee	23
Mancata vigilanza/procedure scorrette/coordinamento	19
Ambienti di lavoro	5
Mancata inf/formazione/addestramento	15
Manutenzione	3
Segnalazione infortuni (indagini complesse)	
Procura	2
Questura	14
C.C.	18
Vr_Emergenza	8
P.soccorso	39
Altro (avvocato, referti, etc.)	41

La questione diossina presso la Riva Acciai

Il riscontro del monitoraggio biologico finalizzato al rischio cancerogeno da Idrocarburi Aromatici Policiclici, documentato dal medico competente per gli anni 1993, 1997, 1998 evidenzia che i valori di 1- idrossiprene urinario rientrano nei limiti della popolazione non esposta (valore max. di 0.71, microgrammi/gr di creatinina rispetto a valori di riferimento di 0.60 per la popolazione di non fumatori e 1.0 per i fumatori).

Rispetto all'esposizione a metalli pesanti il monitoraggio biologico documentato dal medico competente relativo agli anni 1989, 1990, 1992, 1996, 1997, 1998, evidenzia per il piombo, valori rientranti nei limiti indicati dalle legge (D.Lgs 626/94). Gli altri metalli per i quali ACGIH propone un BEI: cromo e cadmio i valori monitorati rientrano nei limiti biologici proposti.

Rispetto alla possibile esposizione occupazionale a diossine la relazione sanitaria richiesta al medico competente non documenta alcun caso di patologia cutanea di cloracne (patologia che ha interessato la popolazione di Severo nel caso dell'incidente dell'ICMESA) il solo caso di acne riscontrata era già diagnosticato al momento dell'assunzione del lavoratore. Il rischio cancerogeno sulla base della stima attribuita dall'ARPAV, pari a 0.07 casi su 100.000 esposti ad inalazione di diossine, non appare significativamente rapportabile alla popolazione esposta pari a 450 lavoratori circa.

Il rischio occupazionale di tumore per inalazione, nell'ipotesi che la concentrazione nelle polveri all'interno dell'unità produttiva sia la stessa di quella rilevata nell'ambiente esterno, secondo la stima ARPAV è di 0.7×10^{-6} . Tale valore è largamente inferiore ad altri rischi valutati e gestiti nell'ambito della prevenzione negli ambienti di lavoro.

Il rischio da ingestione, in considerazione che la cinetica del tossico nell'uomo evidenzia come preponderante l'assunzione alimentare, per i lavoratori della Riva Acciai non si differenzia da quello attribuito alla popolazione in generale residente nelle aree limitrofe all'insediamento produttivo, risultante dalla sommatoria del rischio da alimenti contaminati e di quello da polveri depositate.

Quanto indicato è una prima stima di rischio, effettuata sulla base dei dati disponibili, valutazioni più precise potranno essere formulate in funzione dei dati dell'indagine ambientale che ha effettuato la Fondazione Clinica del Lavoro di Pavia.

PERSONALE DEL SERVIZIO:

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.

6.
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DEI LORO DERIVATI

SERVIZI SANITÀ ANIMALE, IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

Il campo di intervento

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

- n. 2.935 allevamenti di animali di tutte le specie da produzione con una popolazione animale *2.935 allevamenti* così ripartita:

Tab.6.1: Popolazione animale

Specie animale	Numero capi
Bovini da riproduzione	34.632
Bovini da carne	64.866
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	238
Itticolture	9

(*) Numero animali presenti per ciclo di allevamento.

Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE)

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

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

In effetti, proprio grazie all'introduzione della sorveglianza attiva, l'Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE) viene segnalata in Italia per la prima volta, in animali nati nel nostro paese, nel gennaio 2001. Questa è stata eseguita in macelli ed allevamenti del territorio per 1.033 esami complessivi.

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

Tab.6.2: Dati di frequenza aggiornati al 14/02/2005 (Italia)

Anno	Test eseguiti	Casi autoctoni	Casi complessivi	Prevalenza (casi autoctoni/10.000 test)	Prevalenza complessiva	Bovini età > 24 mesi (EUROSTAT)	Incidenza Cumulativa (casi autoctoni/milione capi adulti)
<u>2001</u>	465.589	48	50	1,03	1,07	3.410.000	14,1
<u>2002</u>	746.678	34	36	0,46	0,48	3.410.000	10,0
<u>2003</u>	787.567	31	31	0,39	0,39	3.410.000	9,1
<u>2004</u>	785.296	7	7	0,09	0,09	3.410.000	2,1
<u>2005</u>	94.416	0	0	0,00	0,00	3.410.000	0,0

Nessun caso di BSE

Nella nostra ULSS nessuno dei circa 900 controlli effettuati è risultato positivo.

Buoni i mangimi

Nel 2004 sono stati effettuati n° 127 campioni di mangime, per la ricerca di eventuali farine animali, tutti con esito negativo. Si è completata l'anagrafe bovina (migliorando l'aggiornamento dei dati e l'accesso dell'utenza ai distretti), e si è continuato l'educazione sanitaria usufruendo per questa di corsi per dirigenti formatori organizzati dal Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria. A questi corsi organizzati dal Servizio Veterinario hanno partecipato n°79 addetti del settore.

Alimenti

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

Attività di ispezione e vigilanza

Oltre alla attività di ispezione di tutti gli animali macellati negli impianti autorizzati, anche le industrie alimentari e gli allevamenti vengono periodicamente sottoposti a controlli di vario tipo a seconda delle esigenze. Negli allevamenti i controlli mirano alla verifica dello stato sanitario, del benessere degli animali, dell'utilizzo dei farmaci, dei mangimi, ecc.; mentre nelle industrie alimentari verificano l'aspetto igienico sanitario dei prodotti e delle lavorazioni. A completamento dell'attività di vigilanza trovano applicazione i campionamenti, mirati o casuali, contemplati nel Piano Nazionale Residui e quelli demandati alle A.ULSS da parte delle Autorità doganali.

Sono stati eseguiti 17.000 sopralluoghi ed effettuate 12 sanzioni: due sanzioni riguardano il controllo del benessere degli animali in allevamento (numero superiore alla norma) e dieci riguardano le condizioni igienico-sanitarie degli esercizi di vendita al dettaglio di prodotti alimentari di origine animale.

Tab.n.6.3: Statistica macellazioni

Macellazione carni rosse		Differenza	Macellazioni carni bianche		Differenza
Capi 2003	Capi 2004	2004-2002	Capi 2003	Capi 2003	2003-2002
62.538	66.140	+3602	30.541.901	28.886.756	-1.655.145

I dati riportati in tabella evidenziano:

- il calo delle produzioni di carni bianche (avicole) dovuto al fermo delle attività previsto dal Piano vaccinale di emergenza (attuato a causa della nota epidemia di Influenza Aviare) e da un calo nei consumi è comunque minore rispetto a quanto registrato l'anno precedente;
- l'incremento nella produzione di carni rosse, conferma la ritrovata fiducia dei consumatori per questo alimento, dopo la crisi BSE.

Piano nazionale residui

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

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

Numero esami 1.016: nessuna positività per anabolizzanti, cortisonici e antibiotici una positività per coccidiostatici (sostanze utilizzate per la profilassi di parassitosi intestinali)

Altri esami

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

Aflatossine nel latte

Il problema era stato evidenziato nel 2003 durante la normale attività di vigilanza ed è stato risolto prontamente controllando l'utilizzo di mais contaminato nei mangimi destinato ai bovini. Sono stati effettuati 193 esami con il riscontro 13 positività con conseguente distruzione del prodotto.

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

La constatazione del superamento di tali parametri obbliga ad utilizzare il latte solo per prodotti che richiedono tempi di maturazione superiori ai sessanta giorni.

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

*Alimenti ad
origine
rintracciabile*

Tracciabilità

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.

In particolare 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 ed infine sezionato e infine un numero che permetta di risalire all'animale singolo o al gruppo di animali.

Anche 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.

Malattie Infettive

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

*Leishmania 12
cani infetti*

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.

Nel corso del 2004 sono stati effettuati, in collaborazione con le Amministrazioni dei Comuni dell'est veronese, l'Università di Padova e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie oltre 750 prelievi di sangue dei quali 666 riguardavano cani che non avevano mai soggiornato in aree a rischio. Di questi 12 sono risultati positivi agli esami sierologici con una prevalenza di infezione variabile, per le varie zone, dall'1% di Illasi al 3,5% di Lavagno e una media dell' 1,8 %. Particolare importanza viene inoltre attribuita al monitoraggio entomologico dell'insetto vettore del parassita, il Flebotomo, al comportamento biologico e alla diffusione nel territorio. Nel 2004 sono state rilevate in fase di macellazione alcune cisti idatidee in bovini provenienti da allevamenti collinari e montani, fatto che richiederà una verifica epidemiologica più approfondita.

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. I risparmi realizzati sono stati utilizzati per la profilassi dell'I.B.R. (Rinotracheite Infettiva Bovina) e di altre malattie come la Paratubercolosi e la Blue Tongue. Lo scorso anno si è verificato un focolaio di Tubercolosi Bovina prontamente estinto con l'abbattimento di 4 animali risultati infetti.

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

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

Su indicazione del Ministero della Salute gli addetti al settore avicolo sono stati sensibilizzati ad effettuare nella campagna vaccinale antinfluenzale.

Il settore apicoltura è sempre interessato dalla Varroa e dalla Peste America mentre stanno assumendo un ruolo di rilievo le infezioni virali e gli interventi di vigilanza e di educazione sanitaria svolti da veterinari e tecnici risultano essere sempre più importanti.

Benessere animale

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

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

Totale allevamenti n° 91

Sanzioni comminate n° 1

Educazione sanitaria

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

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

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

PERSONALE DEL SERVIZIO ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE: 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.

PERSONALE DEL SERVIZIO SANITA' ANIMALE: 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.

7. SERVIZIO VETERINARIO MULTIZONALE

Randagismo canino

Il SVM ha il compito di catturare i cani randagi, prevenire il randagismo e gestire il Canile Sanitario di Via Campo Marzo, 20 - VERONA

Problemi ed Azioni di contrasto

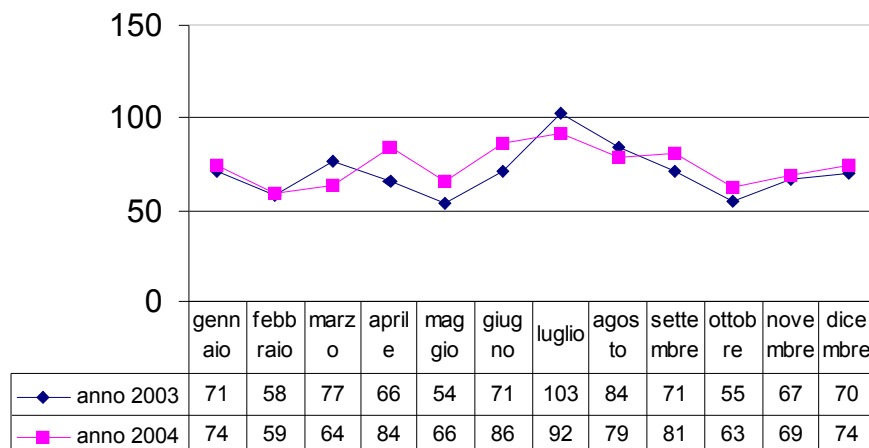
Cani in fuga

Per randagismo si intende la presenza continua sul territorio di cani, liberi di compiere azioni autonome e di spostarsi, senza alcun controllo o vigilanza dell'uomo. E' una evenienza rara sul territorio della Provincia di Verona, che si è verificata solo in un caso a gennaio 2004. Si è trattato di due soggetti rinselvatichiti catturati dai nostri operatori in località Prada del Comune di Brenzone, tramite la telenarcosi con carabina lanciasiringhe ad alta precisione, coadiuvati dalla Polizia Municipale, dal Corpo Forestale e dai Carabinieri. In questo caso i due cani si erano organizzati ed aggredivano tutte le persone che transitavano nella zona.

La presenza di cani liberi attiva tempestivamente la rete di sorveglianza, che inizia con la segnalazione di un cittadino, la quale viene sottoposta ad una prima analisi da parte della Amministrazione Comunale competente, di norma la Polizia Municipale. In molti casi si risolve in loco con l'identificazione del proprietario. Se non è possibile identificare il proprietario viene attivato il Servizio Veterinario Multizonale, per la cattura degli animali.

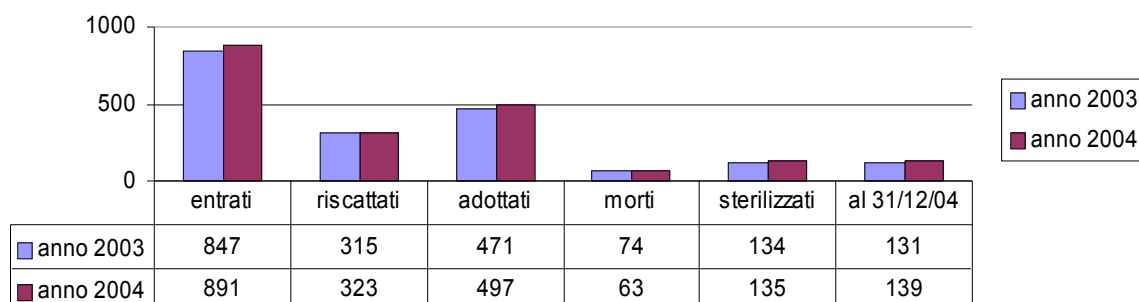
Tutti gli interventi vengono registrati su una scheda con i dati della richiesta di cattura, operatore e data dell'intervento. All'ingresso nel canile sanitario si controlla se sull'animale sono presenti eventuali contrassegni identificativi (tatuaggio, microchip, collari) per la ricerca del proprietario. Se ne sono sprovvisti si applica il microchip, come disposto dalla Legge Regionale 60/93. Il protocollo operativo prevede di seguito la visita clinica con rilievo dei parametri fisiologici ed eventuali sintomi di patologie. Tutti i cani che non risultano di proprietà vengono sottoposti a vaccinazione contro le principali malattie della specie, trattati contro i parassiti interni ed esterni, le femmine fertili sterilizzate chirurgicamente, i maschi sterilizzati se necessario. Sugli entrati a campione si eseguono monitoraggi per la ricerca di leishmania e filaria.

Graf. 7.1: Flusso mensile delle catture di cani



I picchi di entrata sono in coincidenza con i periodi di ferie invernali, primaverili ed estivi, riferibili non all'abbandono volontario, piuttosto a smarrimenti dovuti all'assenza dei proprietari o disorientamenti dei cani, condotti in luoghi sconosciuti, diversi dalla dimora abituale. Gli operatori del Servizio hanno effettuato nell'anno 2004 la cattura di 434 cani randagi e vaganti sul territorio dell'Azienda ULSS 20 di Verona (48,70%), 322 (36,13%) cani sul territorio dell'Azienda ULSS 22 di Bussolengo e 135 (15,15%) sul territorio dell'Azienda ULSS 21 di Legnago.

Graf .7.2: Flusso nel canile sanitario



Le variazioni più significative sono la diminuzione dei cani morti da 74 a 63, di cui 34 sottoposti ad eutanasia e 29 deceduti per cause naturali o traumatiche a seguito di incidenti stradali e l'aumento delle catture, compensate dall'incremento delle adozioni e dei riscatti. I cani identificati e restituiti ai proprietari, come previsto dalla Legge Regionale 60/93, sono stati pari al 36,25 %; è un indicatore importante di efficienza dell'anagrafe canina e dell'impianto tecnico-amministrativo.

323 cani restituiti

Il canile sanitario è un centro di sanità pubblica veterinaria. Oltre alla cattura dei cani, i medici veterinari e gli operatori tecnici dipendenti, con la collaborazione volontaria di un medico pediatra pensionato, svolgono nei confronti dei visitatori (circa 6.000 ogni anno) una azione di educazione al benessere animale, all'adozione responsabile e prevenzione al randagismo canino e felino.

Gli animali dopo la cattura sono stati sottoposti ad accurata visita clinica (n° 2.348), profilassi vaccinali (n° 1.171), trattamenti antiparassitari interni ed esterni (n° 1.028), esami sierologici per leishmania donovani (n° 336) con un solo esito positivo, esami microscopici per ricerca di dirofilaria immitis e repens (n° 102) con 9 positivi.

Tutte le cagne fertili, non di proprietà, vengono sterilizzate chirurgicamente, mediante ovariectomia bilaterale.

Si è registrato a fine anno un piccolo incremento dei cani presenti, in linea con l'aumento degli entrati.

Con un mese di anticipo, rispetto alla data prevista dalle deroghe, è stato avviato il rilascio dei passaporti ai cani, gatti e furetti, previsti dal Regolamento CE/998/2003 e dalla Decisione 2003/803/CE; in totale da settembre a dicembre 2004 sono stati rilasciati n° 385 passaporti.

Randagismo felino

Con le finalità di tutela sanitaria e controllo demografico previste dalla Legge Regionale 60/93, il Servizio Veterinario Multizonale, definisce e gestisce un programma di intervento pluriennale.

Problemi ed azioni di contrasto

Gatti liberi

In modo diverso rispetto ai cani, il legislatore con la Legge quadro n° 281 del 14 agosto 1991, ha voluto tutelare i gatti che vivono in libertà, quindi in una condizione di randagismo legale. Non possono essere maltrattati, viene ammessa la cattura da parte dell'autorità sanitaria solo per eseguire le sterilizzazioni, con l'obbligo di riportarli nel gruppo di origine dopo l'intervento. Enti ed Associazioni protezionistiche possono prendersi cura delle colonie di gatti liberi.

L'attuazione della Legge quadro disciplinata dalla Legge Regionale Veneto 60/93, ha richiesto un salto culturale. Precedentemente l'opinione pubblica considerava i gatti liberi come *res nullius*; oggi invece sono tutelati con diritto di esistere nel luogo dove si è formata la colonia. La salvaguardia dell'Igiene Pubblica, si dovrebbe attuare tramite l'individuazione da parte dei Comuni di appositi spazi destinati a luogo di alimentazione e di riferimento per i gatti liberi.

Nei fatti ciò non è stato possibile, perché le colonie si erano formate prima della emanazione della Legge e non è stato praticabile lo spostamento o concentrazione di gruppi diversi, in una area definita, per motivi di tipo logistico e sanitario. Nel territorio dell'Azienda ULSS 20, il problema gatti liberi è particolarmente evidente nel Comune di Verona, in misura minore nei Comuni di San Giovanni Lupatoto e San Bonifacio.

Si è scelto di modificare gradualmente la situazione preesistente tramite :

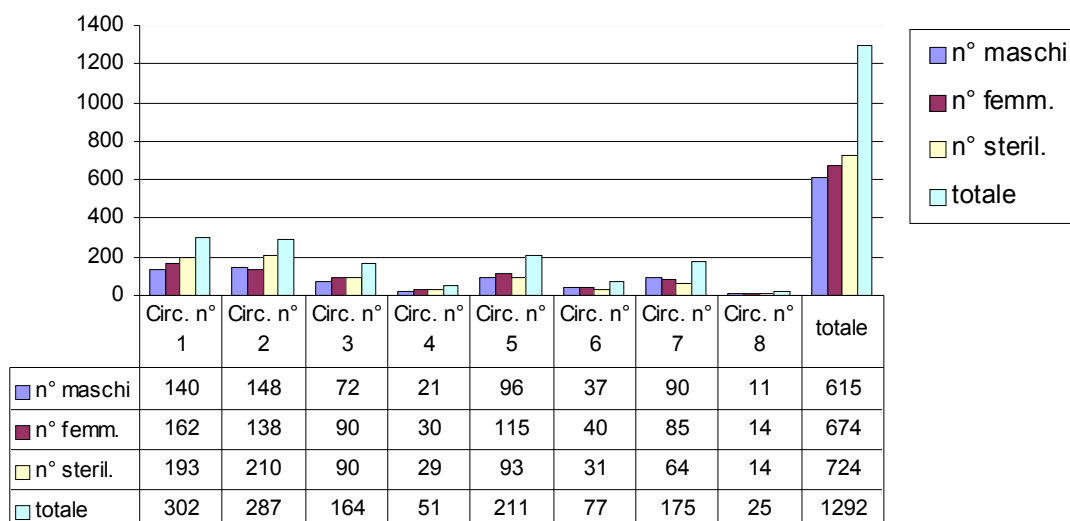
- censimento delle colonie di gatti liberi
- cattura e sterilizzazione dei maschi e femmine presenti
- collaborazione con le associazioni protezionistiche
- educazione ed informazione dei residenti

Nel Comune di Verona il censimento è stato fatto nell'anno 2000 e ripetuto in collaborazione con i gattofili nell'anno 2003/2004.

*... in
diminuzione*

I dati rilevati, che ovviamente non sono statici ma in continua evoluzione, sono riportati nel grafico 7.3. Rispetto al censimento dell'anno 2000 c'è stata una sensibile flessione del numero delle colonie, ridotte da 142 a 89, e del numero complessivo dei gatti presenti, con una riduzione di circa 200 unità.

Graf. 7.3 - Censimento dei gatti liberi del Comune di Verona



Il Servizio Veterinario Multizonale, con proprio personale, provvede alle catture di gatti nelle colonie censite, al controllo sanitario, alla sterilizzazione chirurgica dei maschi e delle femmine ed alla loro marcatura con tatuaggio, prima della liberazione nei luoghi di origine.

La continuità negli ultimi anni di questo programma ha consentito di sterilizzare circa il 60% dei soggetti presenti nelle colonie. I risultati sarebbero più evidenti se non venissero abbandonati in continuazione nuovi soggetti fertili nel gruppo di gatti liberi. E' indispensabile la vigilanza della Polizia Locale e dei gattofili (201 tesserati) per il contenimento degli abbandoni e rendere più efficace l'azione dell'Azienda ULSS 20. Nell'anno 2004 sono stati fatti interventi di cattura e sterilizzazione anche nei comuni di San Bonifacio (n° 18) di San Giovanni Lupatoto (n° 34) di Tregnago (n° 6) di Boscochiesanuova (n° 9) di Cerro Veronese (n° 15). In totale sono stati sterilizzati chirurgicamente n° 235 gatti dell' Azienda ULSS 20 e n° 128 e per conto della Azienda ULSS 22 di Bussolengo.

*60% di gatti
sterilizzati*

Le patologie, prevalentemente riscontrate nei gatti liberi delle colonie cittadine, sono a carico dell'apparato respiratorio; forse riferibili alla maggior concentrazione di inquinanti ai quali i gatti sono esposti, respirando entro i 30 cm. dal suolo.

Sono frequenti anche le patologie a carico del condotto uditivo esterno, prevalentemente riferibili ad otocariasi, difficilmente controllabili in soggetti costantemente liberi.

Controllo sanitario dei colombi di città

Con finalità di indagine epidemiologica e prevenzione delle malattie infettive, trasmissibili alla fauna aviaria di città ed alle persone, vengono effettuati controlli sanitari periodici dei colombi. Lo status giuridico di tali animali è particolare. Non essendo inclusi nell'elenco della Legge n° 157/1992 (Norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio) sono automaticamente considerati specie domestica, pertanto a disposizione delle Amministrazioni Comunali competenti.

I problemi correlati alla eccessiva presenza sono relativi ai danni degli edifici, al carico fecale, agli odori e rumori molesti. Per contenere il numero di soggetti le Amministrazioni Comunali hanno intrapreso diverse azioni che consistono in programmi di sterilizzazione chirurgica o farmacologica, emissione di Ordinanze che vietano ai cittadini la somministrazione di cibo e impongono ai proprietari degli immobili, di bonificare i punti di sosta e di posizionare i dissuasori.

*Danni da
colombi*

Alcuni Sindaci hanno autorizzato i cittadini a catturare colombi di città con qualsiasi metodo, a condizione che non produca sofferenze sull'animale. Malgrado la molteplicità di azioni i risultati non sono soddisfacenti e talvolta sono stati riscontrati episodi di avvelenamento.

Tornando alla premessa, è compito delle Aziende Sanitarie Locali contrastare il rischio di esposizione a malattie zoonosiche, cioè nello specifico potenzialmente trasmesse dai colombi di città. La valutazione del rischio avviene tramite il controllo fisico visivo sull'intero gruppo, la cattura di alcuni soggetti per un esame clinico generale e particolare e una batteria di analisi di laboratorio per determinare la presenza di agenti patogeni specifici e zoonosici, ivi compreso lo stato immunitario degli animali. Nell'anno 2004 sono stati visitati i colombi presenti nella città di Verona, nei seguenti luoghi:

Via Selinunte, Via Redipuglia, Piazza Vittorio Veneto, Piazza Libero Vinco, Porta Vescovo, Piazza Pradaval, Piazza Maria Ausiliatrice, Giardino Raggio di Sole, Piazzetta Pescheria, Via Pallone, Via dell'Industria, Lungadige Capuleti.

Non sono stati evidenziati sintomi clinici riferibili a malattie e lo stato di nutrizione delle colonie esaminate era da discreto e buono.

Nei luoghi indicati sono stati catturati 66 esemplari per effettuare le seguenti ricerche di laboratorio: salmonella spp, virus di Newcastle, clamidia psittaci, borrelia, virus influenza aviaria, toxoplasma gondii, campylobacter spp, tenie, con referti per:

- Salmonella spp - nessuna positività
- Anticorpi per virus di Newcastle - positivi 30,30 %
- Anticorpi per clamidia psittaci - positivi 42,42 %
- Anticorpi borrelia - positivi 3,03 %
- Anticorpi per H7 influenza aviaria - nessuna positività
- Anticorpi per toxoplasma gondii - positivi 50,0 %
- Campylobacter spp - nessuna positività
- Tenie specifiche - positivi 96,96 %

La ricerca microbiologica diretta all'isolamento dei patogeni salmonella spp e campylobacter spp, risultata negativa, indica che il rischio di esposizione per i cittadini è ragionevolmente assente. Le positività per toxoplasma gondii sono equiparabili, se non inferiori a quelle riscontrate in altre città e derivano dalla contaminazione con il materiale fecale dei gatti, infestato da oocisti toxoplasmiche. Non essendo il colombo l'ospite definitivo non è rilevante il rischio di trasmissione alle persone. I virus di Newcastle ed H7 che provocano nelle specie aviarie la pseudopeste e l'influenza aviaria, secondo la letteratura non costituiscono rischi per la salute delle persone, ma esclusivamente per le specie avicole. L'elevatissima infestazione da tenie dei campioni, non rappresenta un rischio per le persone, in quanto sono specifiche dei colombi. Sicuramente determina una selezione naturale e deprime l'ovodeposizione e la fertilità, conseguentemente il numero di colombi presenti.

Dai rilievi clinici e di laboratorio non sono stati evidenziati rischi particolarmente evidenti di malattie trasmissibili dai colombi alle persone se vengono allontanate con regolarità, a cura del servizio di igiene urbana preposto, le deiezioni concentrate in prossimità dei posatoi notturni e diurni.

Attività di disinfezione e disinfestazione

Il mandato è stato attuato tramite programmi di controllo preventivo e d'urgenza, rivolti alle strutture dell'Azienda, Ospedali, Ceod, Uffici e Servizi, concordati con le Direzioni delle varie Sedi; gli interventi necessari sono stati effettuati da personale tecnico assegnato al Servizio. Sono state eseguite disinfezioni negli allevamenti infetti da leucosi, tubercolosi, brucellosi ed influenza aviaria, per questi ultimi focolai sono stati disinfettati 61.000 metri quadri.

In via transitoria, fino alla completa attuazione dei Piani Triennali SISP del Veneto, che prevedono la dismissione degli oneri derivati dai trattamenti sul territorio pubblico dei Comuni, sono stati elaborati programmi di intervento contro le zanzare e ratti, affidandoli a Ditte Appaltatrici.

Problema infestazione da zanzare ed azioni di contrasto

Come negli anni precedenti la diffusione della nota zanzara tigre ha provocato le maggiori molestie alla popolazione residente. In base alle segnalazioni registrate, ai campionamenti delle larve ed all'andamento delle catture con ovitrappole, sono stati approntati specifici interventi larvicidi ed adulticidi da maggio ad ottobre, nelle aree pubbliche dei centri urbani.

I trattamenti larvicidi sono stati eseguiti da 4 operatori della Ditta Appaltatrice, tramite compresse o soluzioni acquose di un formulato a base di TEMEPHOS, poco tossico per gli animali e pesci.

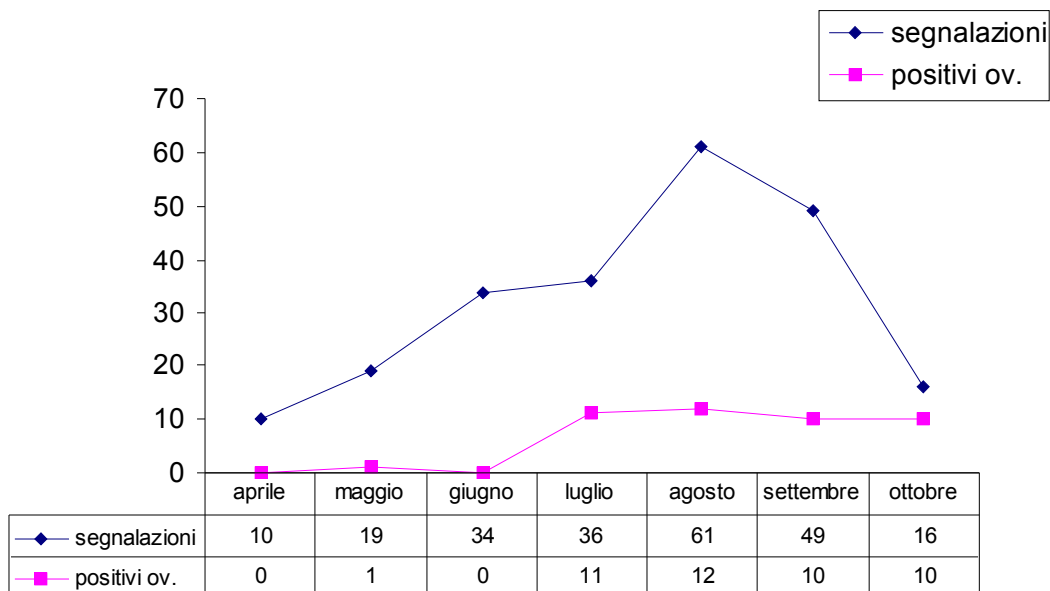
I trattamenti adulticidi sono stati eseguiti da una squadra aggiuntiva, tramite unità mobile di disinfestazione, dotata di atomizzatore, che irrorava le aree verdi e gli alberi delle zone residenziali, con una soluzione acquosa di CIPERMETRINA, piretroide autorizzato per la moderata tossicità.

I trattamenti larvicidi sono programmati con lo scopo di contrastare preventivamente la proliferazione di insetti adulti e ripetuti secondo un calendario, concordato con la Ditta Appaltatrice.

I trattamenti diretti contro gli insetti adulti, detti anche interventi di emergenza, per la tipologia di rischio sono effettuati in ambiti limitati, identificati in base alle segnalazioni ed alle positività rilevate.

La raccolta e registrazione delle segnalazioni e delle positività è evidenziata nel grafico seguente.

Graf.: 7.4: raccolta e registrazione delle segnalazioni e delle positività



Le segnalazioni seguono l'andamento delle positività, ma non sono direttamente proporzionali, in quanto dipendono dalla diversa sensibilità della popolazione, nei confronti della molestia prodotta dalle zanzare. In genere sono molto sensibili i residenti nella città di Verona e nei grossi centri urbani di San Giovanni Lupatoto e San Bonifacio, mentre i residenti nei piccoli Comuni sono più tolleranti.

Gli 82 prelievi di acque stagnanti, eseguiti da maggio ad ottobre, hanno evidenziato 337 larve di zanzara del genere Culex. Solo i campioni prelevati a: Borgo Trento, Borgo Venezia, Cà di David, Montorio, San Giovanni Lupatoto, Monteforte, Mezzane, Arcole, San Bonifacio e Pressana; erano del genere Aedes albopictus. Dalle postazioni di ovitrappole, selettive per zanzara tigre (Aedes albopictus), sono stati prelevati 1.008 campioni, dei quali 44 positivi, distribuiti nei punti della cartina, contrassegnati con pallino. Ormai l'insetto si è insediato

stabilmente sul territorio, specialmente nelle zone periurbane, confinanti con le aree agricole ed i parchi.



Oltre ai siti di Verona illustrati nella cartina, sono risultati positivi i campioni di Albaredo d'Adige, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella e Zimella.

C'è stato un forte impegno pubblicitario e di informazione della popolazione, tramite locandine, depliant, articoli di giornale e servizi radiotelevisivi. L'obiettivo è quello di stimolare tutti coloro che dispongono di una area privata ad attuare azioni di prevenzione, o le disinfestazioni se necessarie.

*Integrare il
pubblico con il
privato*

I risultati sono evidenti; zone che nel biennio 2002-2003 (es: Golosine, Santa Lucia, Borgo Milano, San Massimo, Saval, Borgo Trento) avevano una fortissima presenza di zanzara tigre, nel 2004 hanno presentato una modesta infestazione, a dimostrazione che l'integrazione pubblico-privato è una formula vincente; l'unica strada da perseguire per contrastare la diffusione della zanzara tigre.

Non si è trascurato il momento formativo, con due lezioni tenute dal dott. Francesco Ferrarini ai medici specializzandi in Igiene, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona.

Problema infestazione da ratti ed azioni di contrasto

Questi mammiferi, commensali dell'uomo, sono sempre stati considerati nocivi e pericolosi, talvolta a sproposito. Le abilità organizzative e fisiologiche hanno consentito la sopravvivenza a tutte le campagne di eradicazione, escluso il caso del pifferaio di Hamelin, ma questa è un'altra storia.

La proliferazione si accompagna sempre allo stato di abbandono di aree ed edifici, nei quali possono stabilire le tane di rifugio e riproduzione; a ciò si aggiunge la disponibilità di alimenti lasciati incustoditi (cassonetti aperti, alimentazione irrazionale di gatti e colombi, scorte di frutta e verdura non protette, avanzi di pasti abbandonati nelle aree di sosta, ecc.). Le derattizzazioni periodiche e di emergenza mirano a contenere l'infestazione. Tramite 4 operatori per la città di Verona ed altri 3 per i restanti 36 Comuni dell'Azienda ULSS 20 per un totale di 503 giornate/operatore, sono stati trattate tutte le aree pubbliche urbane, con esche alimentari a base cereali impregnati con anticoagulanti.

Sono state segnalate alcune situazioni critiche, la cui soluzione è complessa:

- Abitato adiacente le sponde dell'Adige, per la vegetazione incolta ed i rifiuti
- Via Marconi a Verona, persiste da anni il cantiere dell'ex Teatro Ristori
- Parcheggi di Via Città di Nimes e Porta Palio, aree di sosta con abbandono di rifiuti
- Piazza del Popolo, P.tta Santa Toscana, Piazza xxv Aprile, aree di ritrovo con abbandono rifiuti
- Stradone S. Lucia ed ex Manifattura Tabacchi, fosso Conagro interrato e sottopassi chiusi
- Campi Nomadi di Boscomantico, La Rizza, Alpo, condizioni di igiene precarie e presenza di animali
- Edifici ex Magazzini Genetrali, abitati da irregolari in strutture degradate
- Ex Cartiera di Basso Acquar, abitata da irregolari in strutture degradate
- Linea FFSS Verona-Mantova dismessa adiacente Santa Lucia, con vegetazione in abbandono
- San Giovanni Lupatoto, aree adiacenti a stabilimenti industriali dismessi
- Soave, edifici in disuso del Centro storico
- San Bonifacio, frequenti segnalazioni di grossi ratti in realtà si trattava di nutrie

I trattamenti preventivi e di emergenza non possono e non devono essere l'unico strumento di contrasto alla proliferazione dei ratti.

E' necessario che le diverse componenti di gestione dell'abitato: sociali, strutturali, di servizio, culturali e normative; si esprimano su livelli accettabili. In caso contrario ogni trattamento sarà destinato all'insuccesso, con impiego di risorse certo e benefici dubbi.

PERSONALE DEL SERVIZIO:

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

8. QUANTO COSTA IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

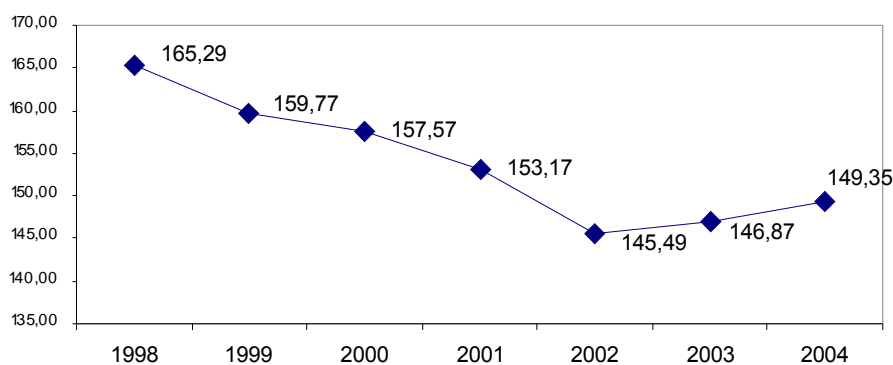
Tab. 8.1: Bilancio consuntivo spese Servizi (1)

SERVIZI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Spese 2003	Spese 2004
Ufficio Amministrativo Unico	1.362.815,70	1.381.535,32
Servizio Igiene e Sanità Pubblica	4.382.000,58	3.712.127,08
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	916.466,17	872.247,68
Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	1.474.814,73	1.593.842,40
Servizio Veterinario Ufficio Coordinamento	10.021,45	8.058,59
Servizio Sanità Animale ed Igiene degli Allevamenti	2.163.572,60	2.131.388,64
Servizio Controllo Igiene Alimenti di Origine Animale	2.113.842,65	2.140.963,47
Servizio Veterinario Multizonale	850.820,52	982.557,85
Totale	13.274.354,40	12.822.721,03

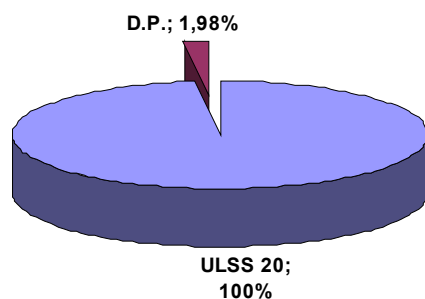
(1) Dati ex Unità Controllo di Gestione 1 e 30/3/05

Introiti del Dipartimento 2004: Euro 1.808.763,57

Graf. 8.1: Presenze medie di personale dipendente



Graf. 8.2: Incidenza costi anno 2004.



Anno	Costi	€	Incidenza costi DP
2004	A.ULSS 20	647.008.972	1,98%

Dati ex Unità Controllo di Gestione (proiezioni)

