REGIONE DEL VENETO

PIANO REGIONALE PREVENZIONE

ANNI 2010 - 2012

QUADRO STRATEGICO

Indice

PREMESSA 5

PARTE 1

Il quadro di riferimento regionale 15

Profilo demografico 17

Profilo socio-economico 21

Profilo di salute 27

- Percezione dello stato di salute 27
- Mortalità 28
- Incidenza di tumori 33
- Fattori di rischio per le malattie cardiovascolari 34
- Malattie infettive 35
- Le malattie professionali 47
- Gli infortuni negli ambienti di lavoro 52

Ambiente e salute 63

- Il contesto epidemiologico in generale e la situazione nella Regione Veneto 63
- Esposizione ad inquinamento atmosferico 65
- Esposizione all'amianto 66
- Esposizione a radiazioni non ionizzanti 67
- Inquinamento di acque sotterranee da sostanze chimiche 70
- Esposizione ad altri inquinanti ambientali 71
- REACH 72
- Inquinamento Indoor 74
- Esposizione a radon 75

Profilo dei comportamenti 79

- Abitudine al fumo di tabacco 80
- Alimentazione 81
- Consumo di alcol 83
- Attività fisica 84
- Sicurezza domestica 85
- Sicurezza Stradale 86

Sanità animale 89

- Piani di risanamento 89
- Piani di controllo salmonellosi 94
- Blue Tongue – West Nile Disease – Rabbia 97

- Alimentazione animale 103
- Piano Nazionale Residui 105
- Anagrafe animale 106
- Benessere animale 107

Igiene alimentare 115
- Igiene degli alimenti 115
- Molluschicoltura 126
- Attività di controllo ufficiale in relazione all'esportazione di prodotti alimentari 131
- Controllo acque 132
- Nutrizione 133

PARTE 2

Le criticità 135

PARTE 3

La programmazione regionale 145

PARTE 4

Le priorità del PRP 2010-2012: gli Obiettivi e le Azioni 171

Premessa

IL CONTESTO DI CRISI ATTUALE: perché POTENZIARE gli interventi di PREVENZIONE e perché INVESTIRE IN SICUREZZA

"Le risorse , tutte le risorse sono limitate".

Come incide questa ovvietà sul modo in cui libertà e diritti operano?

Forse, a prima vista, il problema delle risorse può sembrare influente solo per i diritti sociali, i quali richiedono prestazioni da parte degli organi pubblici e devono perciò conciliarsi con le disponibilità finanziarie delle casse pubbliche. Le recenti vicende dei "tagli"alla spesa sanitaria e della riforma del sistema previdenziale sono manifestazioni eclatanti e spesso drammatiche di come la ristrettezza delle ***risorse*** *incida sul livello di effettività dei diritti sociali: ma problemi del tutto analoghi si pongono anche per le classiche libertà individuali.*

Anche perché non è affatto vero che esistano diritti " che costano" quelli sociali, e diritti "che non costano" . Le libertà, ed i diritti, esistono se disponiamo degli strumenti per esercitarli.

Il problema di tutti i diritti e di tutte le libertà è come li si possa esercitare in concreto, in modo che siano garantiti mezzi sufficienti: quando queste condizioni vengono a mancare, allora viene leso il "contenuto minimo" di quel diritto, rimasto garantito solo sulla carta.

Queste considerazioni (Roberto Bin *Capire la Costituzione* 2008) sono di grandissima attualità in considerazione della grave crisi economica e del taglio ai finanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale.

Oggi le Regioni sono chiamate a rivedere in modo pesante i loro bilanci e stabilire quali prestazioni riusciranno ad assicurate ai cittadini a fronte di disavanzi consistenti e di conseguenti piani di rientro finanziario. In questa situazione vi è il rischio concreto che siano ridotte, in modo evidente, le prestazioni minime di assistenza.

In questo difficile momento è necessario rammentare e ribadire che gli interventi di prevenzione e promozione della salute riducono gli accessi ospedalieri, le prestazioni sanitarie di cura, il consumo di farmaci, favorendo nel contempo la riduzione della spesa sanitaria.

I progressi terapeutici disgiunti dalla prevenzione riducono la mortalità ma non la morbilità, contribuiscono a creare una società cronicamente ammalata e quindi progressivamente più costosa, considerato che le spese sanitarie crescono proporzionalmente al numero dei soggetti ammalati ed all'invecchiamento della popolazione.

Quando la medicina curativa non è adeguatamente affiancata dagli interventi di prevenzione delle malattie e di promozione della salute si crea una società bisognosa di essere seguita con esami e trattata con farmaci spesso costosi.

Sui fattori di rischio e sulle condizioni sociali e ambientali è infatti possibile agire con interventi efficaci, per ridurre l'insorgenza di malattie, morti premature e disabilità. Gli interventi di promozione della salute agiscono sui fattori di rischio in un *processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla, secondo una strategia che punta a favorire la salute rendendo facili le scelte salutari, in quanto le scelte più sane devono essere quelle più facili da realizzare.*

Anche gli interventi di promozione della **sicurezza** rappresentano un investimento perché "g*ran parte dei costi per la mancata sicurezza ricadono sui sistemi di sicurezza sociale e sulla spesa pubblica.*

Gli ingenti costi economici dei problemi associati alla salute e alla sicurezza sul posto di lavoro frenano la crescita economica e incidono sulla competitività delle imprese nell'Unione Europea.

Questo è quanto ha dichiarato la Commissione Europea al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni, come emerge dal Documento "Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro".

La prevenzione degli incidenti stradali e degli incidenti domestici, così come la prevenzione degli infortuni sul lavoro, rappresentano anche un impegno sociale, considerato che spesso questi accadimenti colpiscono le fasce più giovani della popolazione.

Investire in salute e sicurezza significativa promuovere lo sviluppo sociale, economico e personale e favorire una dimensione importante della qualità della vita.

I cambiamenti dei modelli di vita, di lavoro e del tempo libero hanno un importane impatto sulla salute: il lavoro e il tempo libero dovrebbero essere una fonte di salute per le persone, il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana.

E' essenziale inoltre

che venga svolta una sistematica valutazione dell'impatto che può avere sulla salute un ambiente in rapida trasformazione, con particolare riguardo alla tecnologia, al lavoro, alla produzione di energia e all'urbanizzazione: tale valutazione deve essere seguita da azioni che garantiscano benefici alla salute. La protezione degli ambienti naturali e modellati dall'uomo, e la conservazione delle risorse naturali dovrebbe essere considerate in ogni strategia di promozione della salute (da La Carta di Ottawa per la promozione della salute, dalla Prima Conferenza Internazionale sulla promozione della salute. 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada).

Alla luce delle considerazioni precedenti, che confermano l'importanza di investire in prevenzione delle malattie e promozione della salute, le Regioni, le Province Autonome ed il Governo hanno approvato con l'Intesa del 29 aprile 2010, il *Piano Nazionale Prevenzione per gli anni 2010-2012* impegnandosi a sviluppare i contenuti del nuovo documento di pianificazione.

In particolare le Regioni e le Province Autonome si sono impegnate ad adottare entro il termine del 31.12.2010 (termine prorogato dall'Intesa del 7 ottobre 2010) un proprio Piano della Prevenzione "*per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale"* secondo una articolazione per macroaree e linee di intervento, in relazione al contesto demografico, socio-economico, ed al profilo di salute della propria realtà territoriale.

La Regione Veneto ha così provveduto alla definizione del Quadro di Riferimento Regionale e, sulla scorta dei dati sanitari forniti dai sistemi di sorveglianza, ha elaborato il nuovo Piano Regionale della Prevenzione per gli anni 2010-2012.

Il nuovo Piano assicura - rispetto al passato - continuità per quanto riguarda il completamento degli obiettivi di salute definiti dai Piani della prevenzione adottati negli anni scorsi (Piano 2005-2007, Piani 2007-2008-209). In particolare il Piano consolida le Linee di lavoro dei precedenti Piani in relazione alla: valutazione del rischio cardiovascolare (utilizzo della carta del rischio cardiovascolare), prevenzione degli eventi infortunistici stradali, in ambito lavorativo e in ambito domestico, prevenzione delle patologie lavoro correlate, prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, promozione di stili di vita salutari in relazione alla alimentazione, all'attività fisica, prevenzione dei tumori e avvio di programmi di screening (mammografico, colon retto, citologico), diabete. Nel contempo il nuovo Piano sviluppa nuove aree di intervento, in sintonia con quanto definito dal Piano nazionale quali: la prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni, la prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non professionali, ad agenti chimici - fisici - biologici, la prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua, la promozione degli stili di vita in relazione a tutti i fattori di rischio individuati dal Documento Guadagnare salute, la prevenzione delle malattie osteoarticolari, i disturbi psichiatrici, la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.

Per quanto attiene ai sistemi di sorveglianza è obiettivo del Piano la messa a regime: del sistema di sorveglianza sugli eventi epidemici e per la gestione del paziente con malattia tubercolare, del sistema di sorveglianza delle patologie correlate alle vaccinazioni, alle meningiti, alle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione, alle zoonosi, alle malattie emergenti, alle tossinfezioni alimentari, ai fattori di rischio comportamentale (Passi, Passi d'Argento, Okkio).

La logica cui risponde il Piano è di favorire: il coinvolgimento di tutti i settori della società accanto al sistema sanitario, l'integrazione e la trasversalità degli interventi di sanità pubblica, la continua valutazione del rischio per gli aspetti ambientali, della sicurezza alimentare, della sicurezza negli

ambienti di vita e di lavoro, con una attenzione particolare per la sanità animale considerato che proteggere gli animali e la loro salute significa proteggere la salute dell'uomo.

Dal punto di vista della collaborazione istituzionale questo importante percorso è stato condiviso con alcune regioni che, per collocazione geografica, hanno problemi sanitari analoghi a quelli della Regione Veneto. Alcuni progetti pertanto potranno essere realizzati insieme con altri partner regionali mentre l'individuazione delle linee di lavoro è stata definita con la collaborazione di un collegio ristretto di Direttori di Dipartimento rappresentativi delle diverse aree territoriali e di sanità pubblica.

La stesura del Piano Regionale Prevenzione, e dei relativi progetti attuativi, è stata possibile grazie alla collaborazione assicurata dai referenti aziendali delle Ulss, che con grande disponibilità hanno affiancato la Direzione regionale, ed alla volontà e alla capacità del Personale della Direzione Regionale Prevenzione.

Dal punto di vista metodologico il nuovo Piano regionale Prevenzione risponde all'esigenza di raccogliere in un unico documento le iniziative delle prevenzione, secondo gli obiettivi di salute ritenuti prioritari in relazione al contesto ed alla realtà regionale, garantire omogeneità di interventi sul territorio indirizzando l'azione delle strutture sanitarie Aulss verso interventi di salute efficaci. Non tutta l'attività assicurata dalla Prevenzione è ricompresa in questo Documento, in quanto alcune iniziative non sono contemplate ma organizzate da altri provvedimenti regionali, quali ad esempio le attività di accertamento sanitario di invalidità civile, ed i protocolli operativi sulle emergenze.

I CINQUE PRINCIPI ISPIRATORI DEL NUOVO PIANO REGIONALE PREVENZIONE

CINQUE sono gli elementi che caratterizzano il PIANO REGIONALE, ed in particolare la necessità di:

1. ASSICURARE la ricerca e sperimentare nuove linee di lavoro considerata la rapida trasformazione sociale, della tecnologia, l'urbanizzazione ed il mutamento climatico. Oggi più che mai è indispensabile integrare le conoscenze rafforzando la ricerca soprattutto in alcune aree quali le malattie infettive emergenti o riemergenti, per prevenire la diffusione di nuove malattie infettive o la ricomparsa di malattie debellate, con la collaborazione dei Centri e Laboratori Specializzati regionali, con lo scambio di dati ed informazioni tra Regioni, con il Ministero, l'ISS, il CCM, e - in prospettiva- con altre Nazioni;
2. MIGLIORARE la catena dell'informazione tramite sistemi informativi in coordinamento tra di loro e con i flussi nazionali, per avere dati completi ed aggiornati, per comprendere i collegamenti tra le fonti di inquinamento e gli effetti sulla salute;

3. GARANTIRE una risposta rapida tramite procedure semplificate e coordinate;

4. ARMONIZZARE LE INIZIATIVE IN UN SISTEMA A RETE coinvolgendo tutti gli interlocutori;

5. RESPONSABILIZZARE IL SINGOLO per promuovere scelte consapevoli, in grado di assicurare il benessere riducendo i rischi, nell'ottica di avviare azioni capillari sul territorio.

IL RUOLO DELLE REGIONI E IL SISTEMA DELLE AZIENDE ULSS

L'importanza che riveste la **sanità** per la Regione è dimostrata dal fatto che una parte cospicua del bilancio di ogni regione (circa 70%) è destinata a finanziare e coprire le spese sanitarie secondo meccanismi di erogazione e distribuzione di finanziamenti definiti annualmente dalle leggi finanziarie.

Nel Sistema Sanitario le Regioni rivestono un ruolo fondamentale: **il Sistema Sanitario Nazionale è infatti la somma dei sistemi sanitari regionali come prevede chiaramente l'art.** 1 del dlg n. 229 del 1999 "La tutela della salute è garantita attraverso il Sistema sanitario nazionale quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali."

La legislazione sanitaria emanata prima dell'entrata in vigore della Legge Costituzionale n.3/2001 e la stessa ***Riforma costituzionale del 2001 confermano la collocazione strategica e centrale assegnata alle regioni nel settore della tutela della salute .***

Il nuovo art. 117 comma 3 della Costituzione, (come modificato dalla legge costituzionale), include la **tutela della salute** tra le materie di legislazione concorrente tra lo Stato e le Regioni con ciò ampliando la precedente formula costituzionale che considerava **l'assistenza sanitaria** tra le materie di competenza concorrente regionale. **In definitiva la legge costituzionale ha confermato un processo di progressiva e inarrestabile "regionalizzazione" del Sistema Sanitario.**

Alla tutela della salute sono inoltre strettamente connesse **altre materie** a competenza concorrente regionale quali " l'alimentazione", " la tutela e sicurezza del lavoro", "la tutela della concorrenza"(con riguardo alla tipologia dei rapporti tra soggetti istituzionali del servizio pubblico e gli operatori privati), " la perequazione delle risorse finanziarie" di modo che l'ambito di azione *regionale è ampio e articolato*.

Per quanto concerne in particolare le prestazioni sanitarie (LEA) e i relativi finanziamenti, spetta allo Stato determinare il nucleo irriducibile delle prestazioni connesse al diritto fondamentale della persona di cui all'articolo 32 della Costituzione e il relativo finanziamento statale, ma resta fondamentale il potere delle regioni di determinare la disciplina relativa alla erogazione dei livelli essenziali di assistenza e l'organizzazione del sistema. Tale disciplina è infatti demandata alla legislazione concorrente delle Regioni, art 117 co 3.

I livelli essenziali di assistenza si inseriscono nel rapporto tra i diversi livelli di governo coinvolti nella tutela della salute e sono funzionali al godimento del diritto fondamentale, ma i LEA nazionali non costituiscono un limite invalicabile a prestazioni aggiuntive erogate dalle Regioni, infatti con risorse proprie le Regioni possono erogare servizi e prestazioni sanitarie ulteriori rispetto a quelli definiti dallo Stato.

Ma è evidente che la determinazione dei LEA non può essere disgiunto dalla individuazione degli strumenti finanziari in grado di garantire il contenuto essenziale dei relativi diritti.

La legge sul federalismo fiscale cerca di porre rimedio ad un sistema da troppi anni retto dal principio della deresponsabilizzazione.

Da anni il finanziamento statale è stato ripartito tra le regioni secondo il criterio della spesa storica, cioè secondo il criterio per cui il finanziamento veniva commisurato a quanto speso in passato, premiando così sistematicamente le gestioni inefficienti e penalizzando le regioni virtuose.

Il criterio delle spesa storica e quindi il patto di stabilità annullavano le responsabilità e appiattivano i sistemi, penalizzando le regioni più virtuose.

Con la nuova *legge 5 maggio 2009 n 42 attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale contenute nell'art.119 della Costituzione* oggi viene meno il criterio della spesa storica, e d'ora in poi per ogni servizio erogato si individuerà un costo standard, cui dovranno uniformarsi tutti durante un periodo transitorio di 5 anni.

L'intesa del 3.12.2009 Nuovo Patto per la salute ha dato certezza di risorse al Servizio sanitario Nazionale su un arco pluriennale 2009-2011 e in attuazione dell'Accordo dell'8 luglio 2010 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n.281." (Rep. Atti n. 76/CSR) sono stati individuati i finanziamenti statali a sostegno del Piano nazionale Prevenzione per l'anno 2010. Infine con la Delibera n. 2400 del 14 ottobre 2010 recante "Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge n. 662/96. Anno 2010 sono stati erogati per l'anno 2010 alle aziende sanitarie i finanziamenti del FSR, pari a 44.503.296 euro.

La delibera di approvazione del Nuovo Piano regionale sosterrà, con apposito finanziamento, l'avvio dei progetti di Piano.

I Dipartimenti di Prevenzione sono gli interlocutori istituzionali della Direzione Prevenzione, i riferimenti istituzionali per l'attuazione di questo Piano.

L'articolo 17 bis del decreto legislativo n.502 del 1992 ha individuato nell'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie

Il decreto legislativo n.229 del 19 giugno 1999 ha modificato l'articolo 7 del decreto legislativo

30.12.1992 n.502 prevedendo agli articoli 7bis, 7ter, 7 quater il Dipartimento di Prevenzione, le sue funzioni e la sua organizzazione.

La Regione Veneto con la legge regionale **n. 56/1994 ha** definito all'art.23 il Dipartimento di prevenzione e le relative funzioni, e con la **delibera n. 3415 del 2002** ha approvato le Linee guida per la predisposizione dell'Atto aziendale e per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Ulss.

In particolare la delibera prevede che il *Dipartimento di Prevenzione sia la struttura tecnico funzionale preposta alla promozione della tutela della salute della popolazione. Sua missione è quindi garantire la tutela della salute collettiva e di fornire una risposta unitaria ed efficace alla domanda di salute della popolazione. L'assetto organizzativo si basa sull'articolazione in servizi ma deve comunque realizzare un'integrazione delle attività degli stessi secondo i principi dei processi per obiettivi, della interdisciplinarietà delle azioni, della unireferenzialità per l'utenza.*

In base alle indicazioni dell'art.7 quater del decreto legislativo n.229/1999 il Dipartimento è articolato in Servizi: igiene e sanità pubblica; igiene degli alimenti e della nutrizione; prevenzione , igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro; sanità animale, igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e derivati; igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

E' prevista la possibilità di istituire il Servizio con funzioni di medicina legale e necroscopica, il Servizio di promozione ed educazione della salute, e il Servizio tutela della salute nelle attività sportive.

Tutti i Dipartimenti di Prevenzione sono articolati in Servizi, come prevedono le Linee guida regionali, in tutti i Dipartimenti sono presenti i Servizi igiene e sanità pubblica; igiene degli alimenti e della nutrizione; prevenzione, igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro; sanità animale, igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e derivati; igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. In otto Ulss sono presenti anche i Servizi di medicina legale di cui 1 in staff alla Direzione Sanitaria, in quattro Dipartimenti sono presenti anche i Servizi di tutela della salute nelle attività sportive e in quattordici Dipartimenti sono presenti i Servizi di promozione della salute.

I Dipartimenti di Prevenzione sono il naturale riferimento istituzionale della Direzione regionale prevenzione, anche se non sono gli unici riferimenti istituzionali per quanto attiene alle iniziative di prevenzione e promozione della salute, come stabilisce in modo chiaro il documento ministeriale Guadagnare salute e lo stesso Piano nazionale prevenzione.

I dipartimenti sono il riferimento istituzionale e territoriale, all'interno dell'Azienda, per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Di seguito viene definito il profilo demografico, socio- economico e di salute della Regione Veneto, mentre nell'ultima parte di questo importante documento (Parte quarta) sono confermate le priorità di salute del Piano; un Piano perfezionabile, sicuramente, ma un buon punto di partenza per garantire nel tempo interventi preziosi per la nostra salute.

Il quadro di riferimento regionale

PRIMA PARTE

Il Profilo demografico

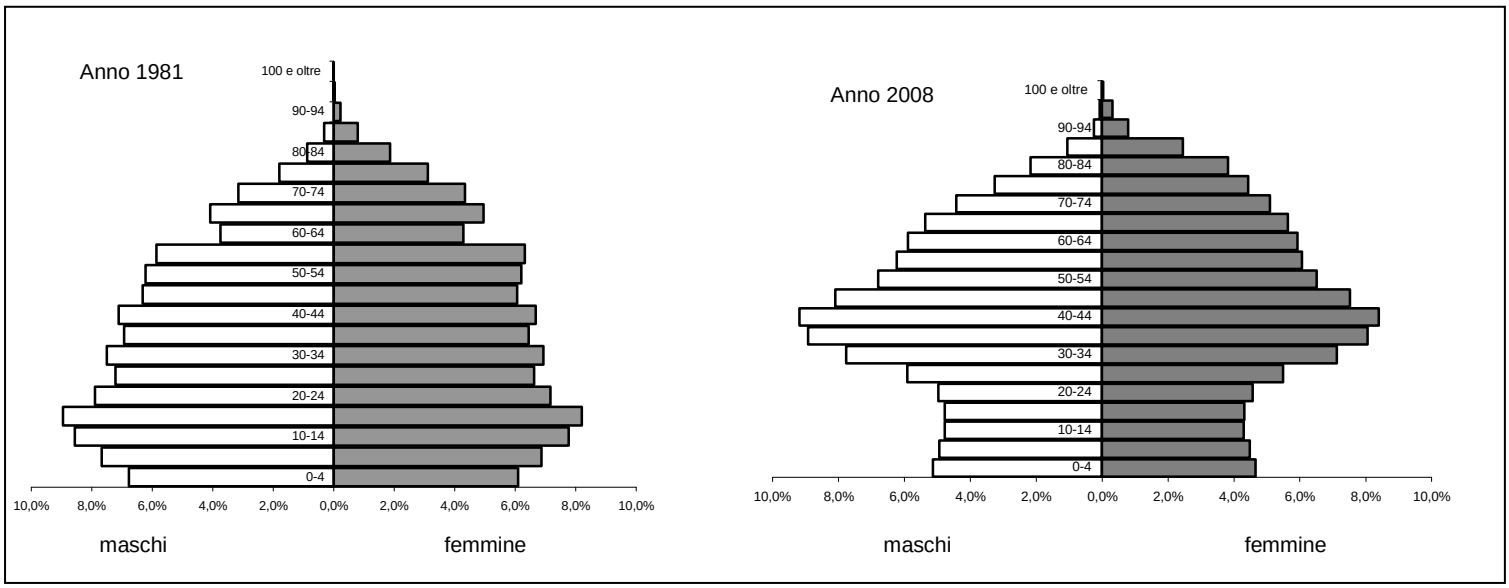
La popolazione veneta al 01.01.2009 è composta da 2.392.663 uomini e 2.492.885 donne, per un totale di 4.885.548 persone. Negli ultimi 30 anni la popolazione è cresciuta del 13% con un ritmo di 3,7 persone all'anno ogni 1.000 abitanti. Il saldo naturale (differenza tra nati vivi e morti), dopo un periodo di valori negativi, si conferma dal 2000 con valori positivi crescenti; in aumento è anche la componente migratoria; i nuovi iscritti dall'estero nel 1990 erano 12.311, nel 2009 sono saliti a 40.182.

Struttura della popolazione per età e sesso

Osservando le piramidi per età costruite sui dati del Censimento 1981 e sulla popolazione residente nel 2008 (figura 1), si osserva come si stia passando dalla classica forma piramidale delle popolazioni giovani ad una forma più a botte. In particolare le forme diverse delle due piramidi portano alle seguenti considerazioni:

a) le prime classi di età sono percentualmente minori nella popolazione 2008 rispetto alla percentuale rilevata nel Censimento del 1981.
b) e' aumentata la popolazione nelle fasce di età anziane. Tale fenomeno, presente in tutta Italia, è leggermente inferiore in Veneto (l'indice di vecchiaia nel 2008 è pari a 139,2 contro il valore italiano 143,4).

Figura 1: Piramidi per classi quinquennali di età

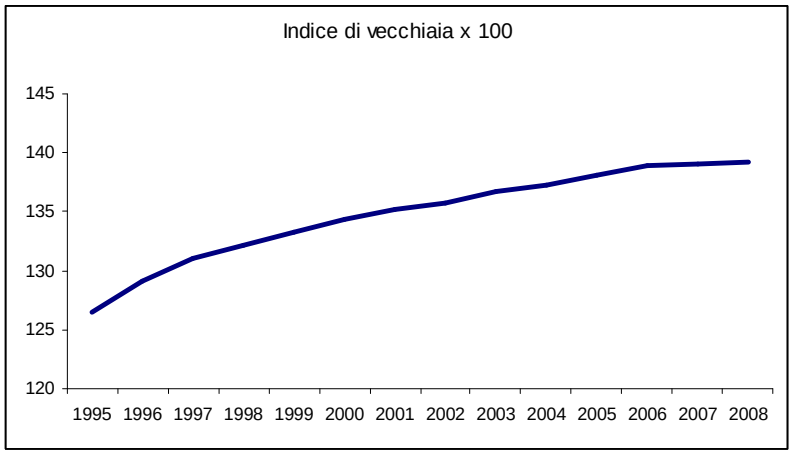


c) la struttura per età della popolazione è diversa nei due sessi: considerata la maggiore sopravvivenza delle donne, nella classi di età più anziane risultano sia in termini percentuali che assoluti più presenti le donne, arrivando ad un rapporto di oltre due donne per ogni uomo ultrasettantenne.

Gli anziani

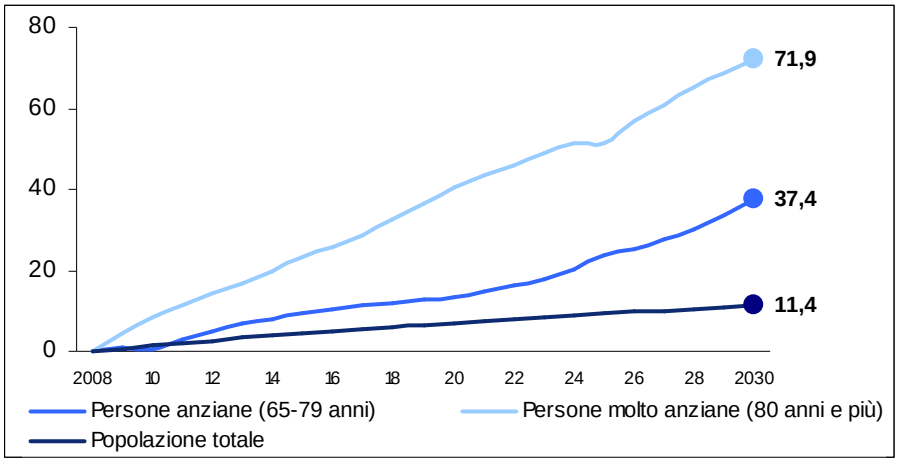
Analizzando la popolazione ultrasessantacinquenne del Veneto, risulta interessante notare come l'incremento sia maggiore in alcune fasce di età e differente per i due sessi. Tra i 65 e 79 anni, dal 2002 al 2008 la popolazione veneta è aumentata del 10% (per entrambi i sessi); tuttavia l'incremento più sensibile si ha negli ottantenni, con un aumento percentuale del 34%: l'incremento è risultato maggiore negli uomini (+40%), ma in termini assoluti rimangono decisamente più numerose le donne.
L'indice di vecchiaia nel 2008 è pari a 139,2, sensibilmente più elevato nelle donne (168,1 donne venete; 111,8 uomini veneti). Nel grafico che segue è riportato l'andamento temporale dell'indicatore in Veneto: l'aumento è stato più sensibile dal 1997 al 2005 (figura 2).
Nella figura 3, è rappresentato l'invecchiamento della popolazione veneta, con la previsione al 2030: il peso delle persone ultraottentenni è in costante e veloce aumento e nel 2030 si prevede che rispetto al 2008 saranno aumentate del 72%.

Figura 2: Andamento temporale dell'indice di vecchiaia, Veneto



Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati e previsioni Istat

Figura 3: Invecchiamento della popolazione: previsioni di crescita della popolazione anziana (variazioni percentuali con base 2008). Veneto - Previsioni 2009:2030



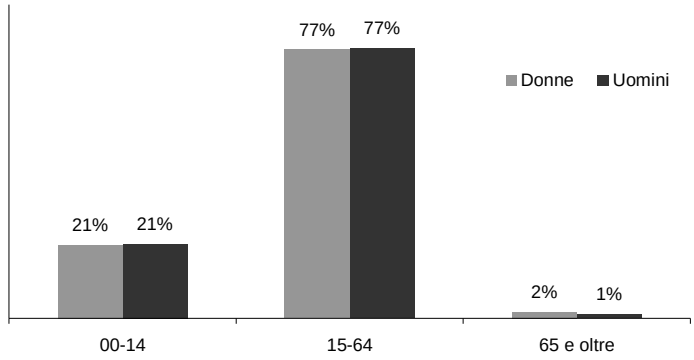
Popolazione Immigrata

Un fenomeno demografico indubbiamente interessante nel Veneto è l'aumento della popolazione straniera.

Nel 2008 gli stranieri residenti in veneto sono 454.453, e in dieci anni sono quasi quintuplicati: infatti nel 1999 gli stranieri residenti nel territorio veneto rappresentavano poco più del 2% della popolazione, nel 2008 sono il 9,3% della popolazione residente.

Nel 1999 la percentuale di donne era attorno al 40%, ora tra i due sessi non c'è gran differenza numerica (220.940 donne – 233.513 uomini), come pure non differisce la distribuzione per fascia di età (figura 4).

Figura 4: Stranieri residenti nel Veneto – Elaborazioni per fascia di età e sesso, anno 2008



Il 77% degli stranieri residenti è tra i 15 e 64 anni: tuttavia l'età media è piuttosto bassa, 29 anni sia per gli uomini che per le donne. Il 24,3% degli stranieri residenti sono minorenni, e rappresentano il 13% della popolazione minorenne veneta. La variazione percentuale della popolazione minorenne negli ultimi anni oscilla attorno al 12% per entrambi i sessi, variazione leggermente inferiore rispetto a quella riscontrata nell'intera popolazione straniera.

Il 68% delle donne è in età feconda: il tasso di natalità delle immigrate è il 23,4 per 1000 contro il 9,2 delle donne venete.

Nel 2008, la maggior parte degli stranieri proveniva dalla Romania, seguiti dal Marocco e Albania: rispetto al 2003, si assiste ad un costante incremento di arrivi dai paesi dell'Est (figura 5).

Figura 5: Stranieri residenti nel Veneto – Elaborazioni per i principali paesi di cittadinanza

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	Var% 2004/03	Var% 2005/04	Var% 2006/05	Var% 2007/06	Var% 2007/08
Marocco	54.105	49.653	46.781	43.682	40.361	35.201	14,7	8,2	7,1	6,1	9
Romania	91.355	76.861	48.207	43.093	36.559	27.347	33,7	17,9	11,9	59,4	19
Albania	40.788	37.798	35.654	33.318	30.644	26.352	16,3	8,7	7	6	8
Serbia e Montenegro	21.397	23.655	22.415	21.468	18.647	16.493	13,1	15,1	4,4	5,5	-10
Cina	24.782	21.558	19.112	16.418	14.063	10.602	32,6	16,7	16,4	12,8	15
Macedonia	20.688	16.551	15.610	13.696	12.914	10.381	24,4	6,1	14	6	25
Moldova	25.686	19.407	15.560	13.473	10.826	7.174	50,9	24,5	15,5	24,7	32
Ghana	11.985	11.143	10.645	10.258	9.911	9.159	8,2	3,5	3,8	4,7	8
Bangladesh	16.095	13.659	12.340	10.746	9.101	7.195	26,5	18,1	14,8	10,7	18
Nigeria		10.135	9.480	8.671	7.866	6.716	17,1	10,2	9,3	6,9	-100
India	12.378	10.725	9.663	8.654	7.505	6.042	24,2	15,3	11,7	11	15
Ucraina	12.289	10.380	9.268	8.209	7.362	5.148	43	11,5	12,9	12	18
Bosnia-Erzegovina	9.206	8.525	8.240	7.571	6.904	5.913	16,8	9,7	8,8	3,5	8
Senegal	8.064	7.490	7.215	7.089	6.833	6.111	11,8	3,7	1,8	3,8	8
Sri Lanka	10.374	9.102	8.197	7.330	6.571	5.628	16,8	11,6	11,8	11	14

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

Profilo demografico - ALCUNI INDICATORI

Profilo socio- demografico	Anno	Veneto	Italia
Popolazione (migliaia)	**2008**	**4.886**	**60.045**
Stranieri (% sul totale della popolazione)	**2008**	**9,3**	**6,5**
Popolazione 65 anni e più	**2008**	**961**	**12.085**
% Popolazione 65 anni e più	**2008**	**19,6%**	**20,1%**
Indice di dipendenza anziani x100	**2008**	**29,7**	**30,6**
Indice di vecchiaia x100	**2008**	**139,2**	**143,4**
Età media donne	**2008**	**44,2**	**44,1**
Età media uomini	**2008**	**41**	**41**
Tasso di natalità (x 1000 residenti)	**2009**	**9,7**	**9,5**
Tasso di mortalità (x 1000 residenti)	**2009**	**9,1**	**9,8**

Fonte: Istat ed elaborazioni Regione Veneto – Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

Profilo socio-demografico	Anno	Veneto	Italia
Variazione % 2007/01 abitazioni (stima)	**2007/01**	**9,7**	**5,5**
Famiglie con casa di proprietà (valori %)	**2007**	**73,5**	**68,4**
Famiglie in arretrato nel pagare spese per l'abitazione (valori %)	**2007**	**6,3**	**9,9**
Indicatore sintetico finale sulla qualità delle caratteristiche strutturali dell'abitazione (a)	**2007**	**82,6**	**79,9**
Indice sintetico complessivo di sostenibilità (percepita ed economica) (b)	**2007**	**75,9**	**76,1**
Indice sintetico di percezione della qualità della zona di residenza (c)	**2007**	**63,6**	**59,2**
Indice sintetico di accessibilità dichiarata ai servizi della zona di residenza (d)	**2007**	**62,8**	**60,1**
Famiglie che si dichiarano soddisfatte o molto soddisfatte dell'abitazione in cui vivono (valori %)	**2007**	**85,9**	**84,5**

(a) L'indicatore varia tra 0 e 100, dove 0 indica bassa qualità e 100 qualità elevata.

(b) L'indicatore varia tra 0 e 100, dove 100 rappresenta la situazione più favorevole

(c) L'indicatore varia tra 0 e 100, dove 0 rappresenta la qualità peggiore e 100 quella migliore.

(d) L'indicatore varia tra 0 e 100, dove 0 rappresenta la qualità peggiore e 100 quella migliore.

Profilo socio- economico

Il quadro economico produttivo

Il quadro economico produttivo della Regione del Veneto appare oggi segnato dalla crisi che sembra aver avuto il suo culmine nel 2009. Il mondo produttivo dopo la crisi apparirà mutato dal punto di vista organizzativo nel quadro di una tendenza già presente negli ultimi anni ed accelerata dalla crisi: spostamento dell'occupazione dalla produzione ai servizi, utilizzo intensivo di tecnologie di comunicazione, esternalizzazione delle lavorazioni pericolose, nuove forme di collaborazione e di integrazione di attività di imprese, tendenza alla riduzione dei livelli gerarchici interni, flessibilità, nuove forme di organizzazione del lavoro, nuovi lavori con alto contenuto di conoscenza e nuove modalità di svolgimento che portano alla marginalizzazione di chi non è adeguatamente formato, ridotta importanza di competenze manuali tradizionali, individualizzazione delle forme di contrattazione, superamento della fatica fisica e nuovi rischi legati al sovraccarico cognitivo.

Le aziende del Veneto (circa 460.000) rappresentavano nel 2009 l'8,7% delle Unità Locali (UL) italiane con una lieve diminuzione percentuale rispetto all'anno precedente (- 0,9%) che ha interessato soprattutto le ditte individuali e le società di persone mentre, in controtendenza, sono aumentate le società di capitale e altre forme, cooperative, consorzi etc. La variazione non è stata uniformemente distribuita per tipo di attività, ma ha riguardato prevalentemente le industrie manifatturiere, l'agricoltura, i trasporti e le costruzioni.

La **produzione manifatturiera** ha iniziato a diminuire nelle aziende con meno di 10 addetti fin dall'inizio del 2008; in quelle più grandi vi è stato un rallentamento nel 2008, soprattutto alla fine, e una vera e propria diminuzione nel 2009 (-22% nel 2° e 3° trimestre dell'anno).

Lo stesso trend evidenziato per le aziende è rilevabile dall'indagine campionaria ISTAT trimestrale sugli occupati. Saldi positivi sono riscontrabili nei servizi (in parte pubblici) a famiglie e imprese mentre vi è una netta diminuzione nel manifatturiero. La variazione tendenziale (1° trim 2010 contro 1° trim 2009) degli occupati leggermente positiva (+11.000 unità) è l'esito di una persistente flessione dei dipendenti (-32.000) e di un significativo recupero degli indipendenti (43.000).

L'analisi dei flussi occupazionali testimonia dei cambiamenti in atto nel mondo del lavoro, come le imprese abbiano nei primi tempi gestito le contrazioni occupazionali soprattutto "rinunciando" al rinnovo o all'instaurazione di contratti di lavoro flessibili, successivamente con la riduzione dei contratti a tempo indeterminato

In fase di ripresa si rileva la straordinaria performance dei contratti di lavoro intermittente. Nel secondo trimestre 2010 ne sono stati stipulati oltre 17.000. Questa tipologia contrattuale interessa particolarmente il commercio-turismo e i servizi alle famiglie. Sono coinvolti soprattutto i giovani under 30.

Di particolare interesse è la rilevazione dello sfasamento temporale esistente sia in fase di ingresso nella crisi che nella fase successiva di inizio ripresa. La riduzione della produzione precede la diminuzione dell'occupazione di alcuni mesi mentre in fase di ripresa l'aumento dell'occupazione non si è ancora del tutto concretizzato e probabilmente lo seguirà con un ritardo analogo di alcuni mesi. Nelle fasi di minor produzione, con conservazione dei posto di lavoro all'inizio della crisi, sono stati impiegati gli strumenti del ricorso alle ferie e alla CIG. Questa evidenza ha profondi riflessi sulla valutazione dell'andamento degli infortuni e in particolare sui tassi. In fase di crescita, coesistono tutti i fattori (nuovi assunti con poca esperienza e formazione, aumento del carico di lavoro individuale, possibile acquisizione di nuove lavorazioni etc.) che potranno determinare un aumento del numero assoluto di infortuni ma anche del rischio individuale (incidenza e frequenza).

Le aziende assicurate INAIL

L'analisi della struttura produttiva del Veneto attraverso gli archivi INAIL disegna un quadro generale costituito da 365.835 posizioni assicurative attive nel 2008.

La diversa distribuzione delle PAT e della somma degli addetti per classe di dimensione aziendale fa si che nel 2008, nelle PAT con oltre 10 addetti (6,6 % delle PAT) operi il 58,9% dei lavoratori, nelle PAT con oltre 30 addetti (1,8% del totale delle PAT) operi il 42,1% degli addetti; come si vedrà anche gli infortuni hanno una distribuzione analoga.

La presenza di aziende costituite da artigiani senza dipendenti o soci, molto consistente sul totale (23,4 %) è prevalente nelle costruzioni, nei servizi, nei trasporti, in metalmeccanica e nell'industria del legno.

Tabella 1: Numero di posizioni assicurative per anno e comparto in Veneto

Comparti	2006	2007	2008
01 Agrindustria e pesca	3.525	3.608	3.726
02 Estrazioni minerali	280	274	269
03 Industria Alimentare	5.109	5.046	5.007
04 Industria Tessile	11.129	11.134	11.110
05 Industria Conciaria	818	801	789
06 Industria Legno	11.318	11.193	11.030
07 Industria Carta	3.428	3.401	3.412
08 Industria Chimica e Petrolio	2.474	2.438	2.420
09 Industria Gomma	469	460	466
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	3.407	3.315	3.232
11 Industria Metalli	303	299	296
12 Metalmeccanica	27.389	27.226	27.121
13 Industria Elettrica	3.427	3.344	3.307
14 Altre industrie	7.734	7.553	7.446
15 Elettricità Gas Acqua	200	196	188
16 Costruzioni	67.640	69.995	70.751
17 Commercio	37.266	38.526	37.808
18 Trasporti	15.602	15.216	14.884
19 Sanita’	7.144	7.466	7.658
20 Servizi	142.761	145.484	148.235
99 Comparto non determinabile	6.683	6.630	6.680
TOTALE	**358.106**	**363.605**	**365.835**

Il 23,4 % delle PAT è costituito da artigiani autonomi, la percentuale nelle costruzioni raggiunge il 58,5 %, come altrettanto elevata resta nei trasporti nel legno e nell’agroindustria. La tabella seguente documenta la prevalenza degli artigiani autonomi per comparto (tabella 2).

Tabella 2 : Numero di Artigiani e percentuale sul totale delle PAT per comparto nel 2008

Comparti	Artigiani singoli	Tutte le PAT	% di autonomi su totale PAT
16 Costruzioni	41.362	70.751	**58,5**
20 Servizi	9.513	148.235	**6,4**
18 Trasporti	8.276	14.884	**55,6**
12 Metalmeccanica	8.098	27.121	**29,9**
06 Industria Legno	4.526	11.030	**41,0**
04 Industria Tessile	3.355	11.110	**30,2**
14 Altre industrie	2.927	7.446	**39,3**
19 Sanita’	1.471	7.658	**19,2**
01 Agrindustria e pesca	1.435	3.726	**38,5**
13 Industria Elettrica	1.217	3.307	**36,8**
07 Industria Carta	1.080	3.412	**31,7**
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	808	3.232	**25,0**
03 Industria Alimentare	650	5.007	**13,0**
08 Industria Chimica e Petrolio	283	2.420	**11,7**
17 Commercio	274	37.808	**0,7**
99 Comparto non determinabile	165	6.680	**2,5**
05 Industria Conciaria	129	789	**16,3**
09 Industria Gomma	113	466	**24,2**
02 Estrazioni minerali	29	269	**10,8**
11 Industria Metalli	21	296	**7,1**
15 Elettricità Gas Acqua	2	188	**1,1**
TOTALE	**85.734**	**365.835**	**23,4**

Gli occupati

Gli occupati italiani e stranieri per settore d'impiego (migliaia) sono indicati nella tabella 3.

Tabella 3

	Stranieri					Italiani					Totale				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Veneto															
Agricoltura	2	2	3	3	4	73	76	70	58	56	75	78	74	61	60
Industria in senso stretto	58	67	71	85	85	574	569	578	590	551	632	635	648	675	636
Costruzioni	18	31	32	34	32	159	149	143	145	140	177	180	176	180	172
Servizi	65	60	76	91	102	1.114	1.148	1.145	1.152	1.141	1.179	1.208	1.221	1.243	1.243
TOTALE	143	160	182	214	223	1.920	1.941	1.937	1.945	1.888	2.063	2.101	2.119	2.159	2.112
Italia															
Agricoltura	53	52	52	59	76	894	929	871	837	798	947	982	924	895	874
Industria in senso stretto	292	320	349	407	401	4.736	4.707	4.699	4.579	4.370	5.028	5.026	5.048	4.985	4.771
Costruzioni	184	232	257	286	313	1.729	1.668	1.698	1.683	1.631	1.913	1.900	1.955	1.970	1.944
Servizi	641	744	844	1.000	1.108	14.035	14.336	14.451	14.555	14.328	14.675	15.080	15.295	15.555	15.436
TOTALE	1.169	1.348	1.502	1.751	1.898	21.393	21.640	21.719	21.654	21.127	22.563	22.988	23.222	23.405	23.025

Fonte: elab. Veneto Lavoro su dati Istat, Rcfl

Nel 2009, in Veneto il 10,5 % degli occupati è di origine straniera, superiore al dato nazionale pari all'8,2 %. In Veneto circa il 10 % dei residenti sono di origine straniera, mentre il dato nazionale è pari al 6,5 %.
La distribuzione degli addetti per comparto in Veneto è di seguito indicata.

Tabella 4: Numero degli addetti stimati per comparto

Comparti	2006	2007	2008
01 Agrindustria e pesca	7.871	8.293	9.790
02 Estrazioni minerali	1.850	1.815	1.760
03 Industria Alimentare	29.961	30.821	34.265
04 Industria Tessile	68.441	66.839	65.834
05 Industria Conciaria	12.017	11.296	10.852
06 Industria Legno	52.521	54.104	53.702
07 Industria Carta	25.071	25.081	24.943
08 Industria Chimica e Petrolio	39.476	39.491	38.950
09 Industria Gomma	2.610	2.616	2.608
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	27.622	27.579	27.426
11 Industria Metalli	13.375	14.801	15.902
12 Metalmeccanica	179.966	179.453	185.450
13 Industria Elettrica	22.759	22.197	22.793
14 Altre industrie	56.773	57.800	63.834
15 Elettricità Gas Acqua	3.651	3.494	3.056
16 Costruzioni	164.133	172.136	173.126
17 Commercio	128.017	133.197	133.367
18 Trasporti	48.986	50.757	51.415
19 Sanita'	99.124	97.989	106.019
20 Servizi	664.581	669.904	706.335
99 Comparto non determinabile	22.981	23.413	22.286
TOTALE	**1.671.782**	**1.693.075**	**1.753.710**

Lavoro irregolare

Le stime nazionali ufficiali diffuse da ISTAT e i dati provenienti dai risultati delle attività ispettive di INAIL, INPS e del Ministero del Lavoro (DPL) evidenziano che in Italia, nel 2008, il valore aggiunto prodotto nell'area del sommerso

economico è compreso tra un minimo di 255 e un massimo 275 miliardi di euro. Il peso dell'economia sommersa è compreso tra il 16,3% e il 17,5% del Pil (nel 2000 era tra 18,2% e 19,1%).

Tra il 2000 e il 2008 l'ammontare del valore aggiunto sommerso registra una tendenziale flessione, pur mostrando andamenti alterni: la quota del sommerso economico sul Pil raggiunge nel 2008 il 17,5%.

Dal 2001 al 2009 si assiste ad una riduzione dei lavoratori non regolari e ad una crescita corrispondente di quelle regolari. Oltre a fattori strettamente legati all'andamento del sistema economico, le diverse dinamiche del lavoro regolare e non regolare sembrano essere riconducibili anche ad interventi normativi, rivolti sia al mercato del lavoro che a regolamentare il lavoro degli stranieri non residenti sul territorio.

Dal 2001 gli irregolari residenti rappresentano la componente più rilevante delle unità di lavoro non regolari e si attestano nel 2009 intorno a 1 milione e 652 mila unità. L'altra componente rilevante è rappresentata dalle unità di lavoro riferibili alle posizioni plurime (937 mila unità). Gli stranieri clandestini rappresentano, invece, la componente più piccola del lavoro non regolare (377 mila unità di lavoro nel 2009).

La crisi economica dell'ultimo biennio, sebbene ancora basato su evidenze statistiche che dovranno essere consolidate, evidenzia una riduzione complessiva dell'occupazione a fronte di un lieve aumento dell'irregolarità.

Profilo economico - ALCUNI INDICATORI

Profilo economico	Anno	Veneto	Italia
Tasso di disoccupazione totale	**2009**	**4,8**	**7,8**
Variazione % numero occupati	**2009/2008**	**-2,2**	**-1,6**
Variazione % numero occupate femmine	**2009/2008**	**-2,4**	**-1,1**
Variazione % numero occupati maschi	**2009/2008**	**-2,1**	**-2,0**
Tasso di disoccupazione giovanile	**2008**	**10,7**	**21,3**
Variazione % dei lavoratori licenziati e entrati in lista di mobilità	**2009/2008**	**69,7**	**-**

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Inps, Istat e elab.Veneto Lavoro su dati Silv, Amm.ni provinciali, Silrv-Archivi Amm.ni Netlabor

	Anno	Veneto	Italia
PIL a prezzi concatenati base anno 2000 (mln euro)	**2008**	**121.015**	**1.276.578**
Variazione percentuale del PIL	**2008/07**	**-0,8**	**-1,3**
PIL pro-capite a prezzi correnti (euro)	**2008**	**30.456**	**26.278**
Variazione percentuale del PIL pro-capite a prezzi correnti (euro)	**2008/07**	**0,7**	**1,0**
Spesa per consumi finali delle famiglie base anno 2000 (mln euro)	**2008**	**68.787**	**759.065**
Variazione percentuale della spesa per consumi finali delle famiglie	**2008/07**	**-0,9**	**-0,8**

Fonte: Elaborazioni Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale su dati Istat

Profilo di salute

Percezione dello stato di salute

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

Percezione dello stato di salute, Veneto - PASSI 2009		
	%	**IC 95%**
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	68,9	67,6 – 70,1
Numero di giorni riferiti con limitazioni di attività per cattiva salute fisica o psicologica		
0 giorni	84,4	83,4 – 85,4
1 - 13 giorni	12,4	11,4 – 13,3
≥ 14 giorni	3,2	2,7 – 3,7

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

La misura dello stato di salute percepito, e in particolare il suo monitoraggio nel tempo, possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di AULSS: il "sentirsi male" piuttosto che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema sanitario.

In Veneto il 69% degli intervistati tra i 18 e 69 anni ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 28% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

Salute percepita Veneto - PASSI 2009			
Caratteristiche	**%**	**IC 95%**	
Classi di età			
18-34	83,3	*81,3*	*85,4*
35-49	71,5	*69,4*	*73,7*
50-69	54,1	*51,8*	*56,4*
Sesso			
uomini	74,0	*72,2*	*75,6*
donne	63,7	*61,8*	*65,6*
Livello di istruzione			
nessuna/elementare	46,0	*42,0*	*49,9*
media inferiore	65,6	*63,2*	*67,9*
media superiore	75,2	*73,3*	*77,0*
laurea	78,6	*75,0*	*82,0*
Difficoltà economiche			
molte	54,3	*49,0*	*59,5*
qualche	62,8	*60.5*	*65,0*
nessuna	74,9	*73,3*	*76,5*

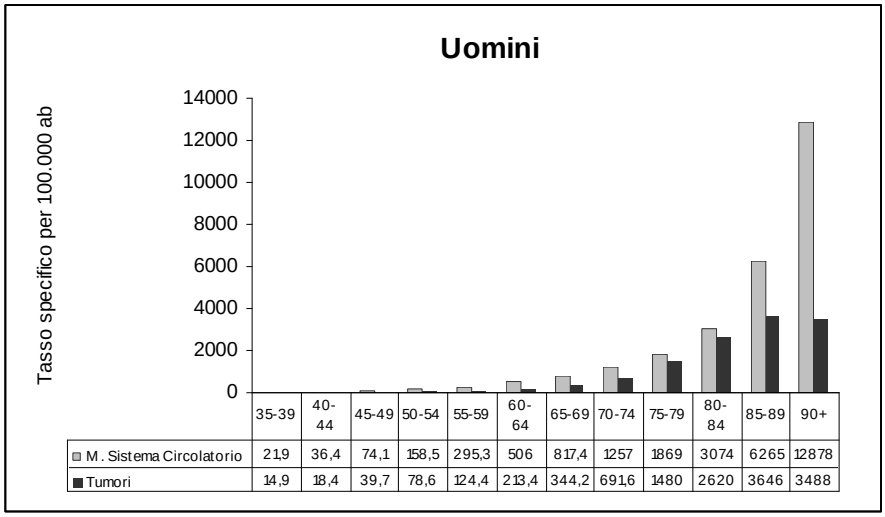
In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

- i giovani nella fascia 18-34 anni
- gli uomini
- le persone con elevato livello di istruzione
- le persone senza difficoltà economiche
- le persone senza patologie severe.

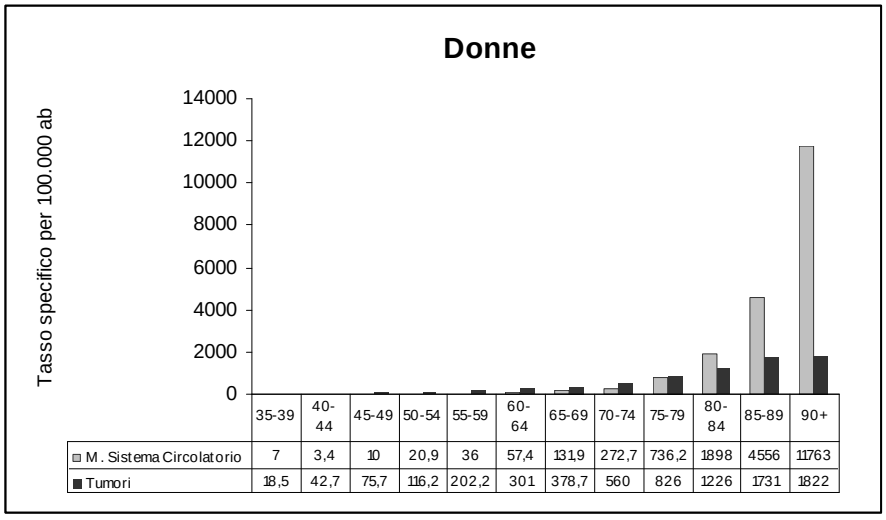
Lo studio della mortalità rappresenta uno degli strumenti più idonei per valutare lo stato di salute di una popolazione. I dati utilizzati provengono dal Registro regionale di mortalità (elaborazioni del SER) e si riferiscono ai decessi registrati tra i residenti veneti nel 2008.

Malattie del sistema circolatorio e tumorali

Le malattie del sistema circolatorio e le neoplasie sono le principali cause di morte nella popolazione del Veneto sia nei maschi che nelle femmine. A questi due settori nosologici sono attribuiti circa 7 decessi ogni 10.



	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
M. Sistema Circolatorio	21,9	36,4	74,1	158,5	295,3	506	817,4	1257	1869	3074	6265	12878
Tumori	14,9	18,4	39,7	78,6	124,4	213,4	344,2	691,6	1480	2620	3646	3488



	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
M. Sistema Circolatorio	7	3,4	10	20,9	36	57,4	131,9	272,7	736,2	1898	4556	11763
Tumori	18,5	42,7	75,7	116,2	202,2	301	378,7	560	826	1226	1731	1822

Nei grafici è riportata la distribuzione percentuale per fascia di età dei due gruppi di cause, distinta per sesso. Si osserva che le patologie tumorali rimangono in termini numerici sempre inferiori rispetto a quelle cardiovascolari e meno frequenti nelle donne rispetto agli uomini.

Malattie del sistema circolatorio

La mortalità per **malattie del sistema circolatorio** è in diminuzione. Il tasso standardizzato di mortalità negli ultimi 10 anni è calato del 29% in entrambi i sessi.

La mortalità per **malattie ischemiche del cuore** è in lieve calo nei maschi e sostanzialmente stazionaria nelle femmine, mentre la mortalità per le **malattie cerebrovascolari** è in decisa diminuzione sia nei maschi che nelle femmine. In aumento invece, per entrambi i sessi, i decessi per **malattie ipertensive**.

Malattie tumorali

La mortalità per tumore tra i residenti in Veneto è in diminuzione, pur in modo meno marcato rispetto a quella per malattie del sistema circolatorio. Negli ultimi 10 anni il tasso standardizzato di mortalità per tumore è calato del 20% negli uomini e di circa il 10% nelle donne.

I principali tumori, tra le cause di morte, sono il tumore maligno del **polmone**, il tumore maligno del **colon-retto** e il tumore maligno del **fegato** negli uomini; il tumore maligno della **mammella**, il tumore maligno del **colon-retto** e **il tumore maligno del polmone** nelle donne.
Nel periodo considerato si registra un calo di mortalità per **i tumori maligni del polmone**, della **prostata** e dello **stomaco** negli uomini e una tendenza alla diminuzione della mortalità per tumore maligno della **mammella** e dello **stomaco** nelle donne. La mortalità per tumore maligno del **colon-retto** e del **pancreas** è stazionaria.

Malattie dell'apparato respiratorio

L'andamento della mortalità per **malattie dell'apparato respiratorio**, pur con una tendenza complessiva in diminuzione, mostra delle fluttuazioni legate a situazioni estemporanee. In particolare si nota un picco nel 2003, seguito da un recupero nell'anno successivo e un nuovo picco nel 2005. Il picco del 2003 è legato agli effetti dell'ondata di calore (le malattie dell'apparato respiratorio sono state tra le cause di morte più influenzate dall'ondata di calore, assieme ai disturbi cerebrovascolari e alle demenze).
Tra le malattie dell'apparato respiratorio, le principali sono le **broncopneumopatie croniche ostruttive** (BPCO) e le **polmoniti**.

Incidenti stradali

Gli **incidenti stradali** hanno causato circa 500 decessi tra i residenti in Veneto; rispetto alla maggior parte delle cause di morte, i decessi per incidente stradale avvengono mediamente in età precoce: le fasce di età giovanili sono tra le più colpite e pertanto gli incidenti stradali hanno un rilevante impatto sugli anni di vita potenziale perduti al di sotto dei 65 anni di età.
Dal 2000 al 2008 il numero di decessi per incidente stradale è in diminuzione. Osservando l'andamento temporale di questo fenomeno è possibile constatare come il numero di evento mortale comincia a diminuire in modo sistematico a partire dal 2004, probabilmente anche come conseguenza dell'introduzione della patente a punti nel luglio 2003.

La mortalità per gruppi di età

Le tabelle che seguono permettono di comprendere meglio la mortalità, in quanto analizzano gli eventi per fascia di età: sono riportate le cause di morte più frequenti con il rispettivo tasso specifico (x100.000 abitanti). L'anno di rilevazione è sempre il 2008. I colori dovrebbero aiutare a valutare anche graficamente il peso di una stessa causa di morte nelle diverse fasce di età.

I giovani

La mortalità nei giovani è soprattutto dovuta agli incidenti stradali e ai suicidi, cause legate ad una situazione che, nella maggior parte dei casi, evidenzia un comportamento deviante.

Le stesse cause sono presenti per entrambi i sessi, anche se comunque nelle ragazze le numerosità non raggiungono i valori riscontrati nei coetanei: per i suicidi ad esempio, il tasso specifico nelle giovani è circa 4 volte inferiore rispetto a quello dell'altro sesso.

Uomini

	15-19	20-24	25-29	30-34
1°	Accidenti da trasporto 23,8	Accidenti da trasporto 23,1	Accidenti da trasporto 24,9	Accidenti da trasporto 18,9
2°	Autolesioni intenzionali 2,6	Autolesioni intenzionali 6,8	Autolesioni intenzionali 8,3	Autolesioni intenzionali 9,4

Donne

	15-19	20-24	25-29	30-34
1°	Accidenti da trasporto 8,5	Tumori 6,3	Tumori 8,6	Tumori 8,8
2°	Tumori 4,7	Accidenti da trasporto 4,5	Accidenti da trasporto 2,9	Accidenti da trasporto 5,5

Gli adulti

Nelle tabelle che seguono, nella prime due righe sono riportati i due grandi gruppi di cause che complessivamente determinano la gran parte dei decessi. Nella righe successive vengono analizzate le singole cause di morte.

Uomini

La fascia 35-44 ha una storia di mortalità ancora simile alle classi più giovani. Dai 55 anni in poi, il tumore al polmone rimane la prima causa di morte, con un tasso specifico che raddoppia ad ogni incremento di classe di età. Analogo comportamento anche per le cardiopatie ischemiche, con valori di diffusione comunque inferiori a quelli del tumore del polmone. Da notare la diffusione di alcuni tumori (fegato, intestino) e della cirrosi dai 50anni in poi.

Donne

Per le donne la causa principale di morte sono i tumori. Il tumore alla mammella è la prima causa di morte, con un tasso specifico crescente da una classe all'altra. Per le ultracinquantenni la seconda causa di morte risulta essere il tumore del polmone.

Uomini

	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
	Tumori 21,9	Tumori 36,4	Tumori 74,1	Tumori 158,5	Tumori 295,3	Tumori 506
	Circolatorio 14,9	Circolatorio 18,4	Circolatorio 39,7	Circolatorio 78,6	Circolatorio 124,4	Circolatorio 213,4
1°	Accidenti da trasporto 14,5	Accidenti da trasporto 17,5	Cardiopatie ischemiche 18,6	Cardiopatie ischemiche 36,5	T. polmone 72,5	T. polmone 132,2
2°	Autolesioni intenzionali 7	Autolesioni intenzionali 12,4	T. polmone 11,8	T. polmone 30,8	Cardiopatie ischemiche 65,8	Cardiopatie ischemiche 108,9
3°	Altre malattie cardiache 7	T. polmone 6	Accidenti da trasporto 16,6	Altre malattie cardiache 22	T. colon-retto 33,3	T. colon-retto 50,1
4°	Cardiopatie ischemiche 4,2	Cardiopatie ischemiche 6	Altre malattie cardiache 14	T. colon-retto 18,2	Cirrosi e altre ep. 25,3	Cirrosi e altre ep. 47,2
5°	T. polmone 3,7	Altre malattie cardiache 6	Cirrosi e altre ep. 13,4	Cirrosi e altre ep. 17,6	Altre malattie cardiache 21,9	T. fegato 44,3

Donne

	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
	Tumori 18,5	Tumori 42,7	Tumori 75,4	Tumori 116,2	Tumori 202,2	Tumori 301,0
	Circolatorio 7,0	Circolatorio 3,4	Circolatorio 10,0	Circolatorio 20,9	Circolatorio 36,0	Circolatorio 57,4
1°	T.Mammella 4,5	T.Mammella 13,1	T.Mammella 23,9	T.Mammella 30,5	T.Mammella 48,4	T.Mammella 72,0
2°	Altre malattie cardiache 3,5	T. polmone 4,4	T. colon-retto 8,9	T. polmone 20,3	T. polmone 31,4	T. polmone 40,1
3°	Autolesioni intenzionali 2,5	T. colon-retto 3,4	T. polmone 7,2	T. colon-retto 14,0	T. colon-retto 24,2	T.pancreas 24,9
4°	Mal. cerebro-vasc. 2,0	HIV 2,4	T. ovaio 5,6	Cardiopatie ischemiche 7,6	T.pancreas 13,7	T. colon-retto 23,5
5°	Accidenti da trasporto 1,5	T.pancreas 1,9	Cirrosi e altre ep. 5,6	T.pancreas 7	Cardiopatie ischemiche 12,4	Altre malattie cardiache 20,8

Gli anziani

Uomini

Il tumore del polmone rimane fino agli 80 anni ancora la prima causa di morte tra gli uomini. Negli ultraottantenni la malattie cardiache diventano causa primaria di mortalità. Tra vle prime 5 cause di morte compare anche il tumore del colon-retto.

Donne

Il tumore alla mammella rimane prima causa di morte fino ai 69 anni, oltre i 70 anni la prima causa di morte risultano essere le cardiopatie ischemiche. Oltre gli 80 anni compaiono tra le prime cause di morte i disturbi psichici e comportamentali quali la demenza.

Uomini

65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Tumori 817	Tumori 1256,8	Tumori 1868,9	Circolatorio 3073,8	Circolatorio 6264,9	Circolatorio 12877,6
Circolatorio 344	Circolatorio 691,6	Circolatorio 1479,7	Tumori 2620,4	Tumori 3645,9	Tumori 3487,8

1°	T. polmone 236	T. polmone 368,6	T. polmone 578,6	Cardiopatie ischemiche 1291,5	Cardiopatie ischemiche 2574,1	Cardiopatie ischemiche 4969,1
2°	Cardiopatie ischemiche 157	Cardiopatie ischemiche 312,2	Cardiopatie ischemiche 639,9	Mal. cerebro-vasc. 696,8	Malattie sistema respiratorio 1408,1	Mal. sistema respiratorio 3604,3
3°	Altre malattie cardiache 75,4	Altre malattie cardiache 142,3	Mal. cerebro-vasc. 326,5	T. polmone 696,8	Mal. cerebro-vasc. 1394,7	Mal. cerebro-vasc. 2764,5
4°	T. fegato 73,8	Mal. cerebro-vasc. 125,5	Altre malattie cardiache 304,3	Altre malattie cardiache 651,7	Altre malattie cardiache 1255,7	Altre malattie cardiache 2764,5
5°	Mal. cerebro-vasc. 59,8	T. colon-retto 118,6	T. colon-retto 171,1	T. colon-retto 274,8	T. polmone 753,4	M. Sistema nervoso 606,6

Donne

65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Tumori 378,7	Tumori 560,0	Tumori 826,0	Circolatorio 1898,1	Circolatorio 4556,3	Circolatorio 11762,6
Circolatorio 131,9	Circolatorio 272,7	Circolatorio 736,2	Tumori 1225,7	Tumori 1730,8	Tumori 1822,1

1°	T.Mammella 70,9	Cardiopatie ischemiche 93,6	Cardiopatie ischemiche 248,7	Cardiopatie ischemiche 686,0	Cardiopatie ischemiche 1627,2	Cardiopatie ischemiche 4311,3
2°	Cardiopatie ischemiche 53,2	T.Mammella 84,7	Mal. cerebro-vasc. 219,1	Mal. cerebro-vasc. 466,1	Mal. cerebro-vasc. 1102,1	Mal. cerebro-vasc. 2619,3
3°	T.polmone 48,2	Mal. cerebro-vasc. 79,0	Altre malattie cardiache 142,7	Altre malattie cardiache 435,6	Altre malattie cardiache 1015,2	Altre malattie cardiache 2554,3
4°	Altre malattie cardiache 39,0	T.polmone 78,1	T.Mammella 105,9	Malattie ipertensive 239,9	Malattie ipertensive 639,8	Malattie ipertensive 1802,6
5°	T. colon-retto 38,3	T. colon-retto 61,9	T.polmone 96,1	Demenza 191,5	Demenza 549,2	Mal.sistema respiratorio 1630,2

Incidenza di tumori nel Veneto

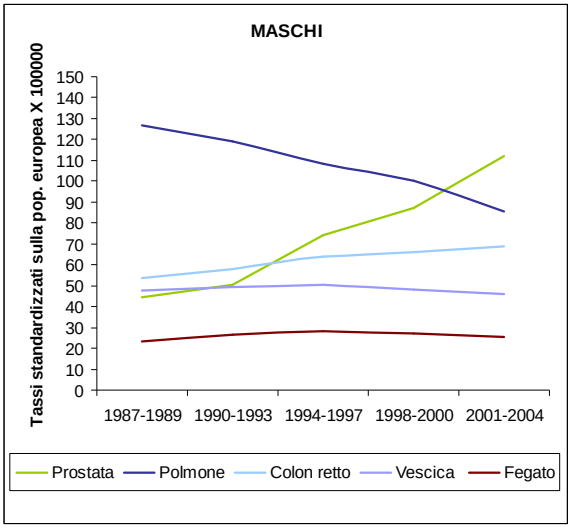
Il Registro Tumori del Veneto è attivo dal 1987 e dispone dati del 48% della popolazione veneta. Dai dati relativi al periodo di registrazione più recente (2000-2004) si calcolano circa 6 nuovi casi di tumore all'anno ogni 1000 persone.
Due terzi dei casi si verificano nei soggetti oltre i 64 anni e sono colpiti più gli uomini delle donne.
Nei maschi il tumore più frequente è il **tumore della prostata**, che costituisce il 20% dei tumori, seguito dal **tumore del polmone**, che rappresenta il 16% delle neoplasie.
Nelle donne il 31% dei tumori è costituito dal **tumore della mammella**, seguito dal **colon retto** (12%). A partire dai dati osservati di incidenza, considerando la variazione nel tempo della malattia e l'invecchiamento della popolazione, si stimano per il 2009 in Veneto 32.000 nuovi casi di tumore, 18.000 tra gli uomini e 14.000 tra le donne.

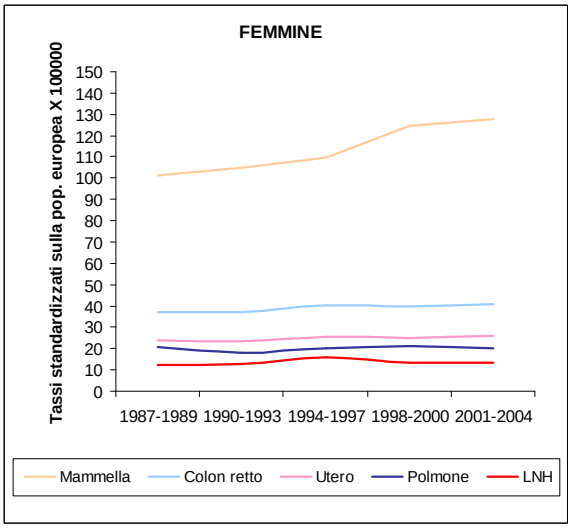
Nella tabella che segue, sono riportati **i tumori più frequenti** per sesso e fascia di età.

	MASCHI			FEMMINE		
	0-44	45-64	65+	0-44	45-64	65+
1°	Testicolo 12.9%	Prostata 17.1%	Prostata 22.9%	Mammella 39.7%	Mammella 42.5%	Mammella 23.4%
2°	Linfomi non Hodgkin 11.4%	Polmone 13.7%	Polmone 17.9%	Melanoma 9.7%	Colon retto 10.3%	Colon retto 14.7%
3°	Melanoma 10.4%	Colon retto 12.8%	Colon retto 12.8%	Tiroide 8.6%	Utero 8.4%	Polmone 7.4%
4°	Colon retto 6.7%	Vescica 7.4%	Vescica 9.1%	Utero 7.8%	Polmone 4.4%	Pancreas 5.1%
5°	Linfoma di Hodgkin 6.2%	Cavità orale 5.9%	Fegato 4.7%	Colon retto 4.3%	Ovaio 3.5%	Stomaco 4.9%

Andamento nel tempo

Valutando l'andamento dell'incidenza degli ultimi 15 anni si osserva un incremento medio annuo dei tassi standardizzati di 0,3% nei maschi e 0,9% nelle donne. Considerando le sedi tumorali più frequenti risultano in crescita, in entrambi i sessi, il **tumore del colon retto**, del **pancreas** e i **melanomi**; nei maschi è in aumento il **tumore della prostata**, mentre nelle femmine l'aumento riguarda il **tumore del polmone**, della **mammella**, **dell'utero** e del **rene** e **vie urinarie**. Per mammella e prostata il trend crescente è in parte spiegabile dalla diffusione, negli anni più recenti, dei programmi di screening e di diagnosi precoce che permettono un'anticipazione del momento della diagnosi, rilevando forme tumorali che avrebbero dato segni clinici in tempi successivi.
Una riduzione di incidenza riguarda invece, in entrambi i sessi, il **tumore dello stomaco** e nei maschi anche i tumori delle **vie aerodigestive superiori** e del **polmone**.





Ipertensione arteriosa

L'85,5% degli intervistati con il sistema di sorveglianza PASSI (anno 2009) riferisce di essersi sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa. Al 7,5% non è mai stata misurata o non lo ricorda.
Il 21% delle persone a cui è stata misurata la pressione riporta di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa; in particolare, tra i 50 ed i 69 anni, il 41% riferisce di essere iperteso. Le persone ipertese dichiarano di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di sale (80%), controllare il proprio peso corporeo (77%) e svolgere regolare attività fisica (81%). Il 74% degli ipertesi riferisce un trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia

Il 79% della popolazione intervistata tra i 18 e 69 anni riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia ed il 26% di questi dichiara di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia. In particolare, tra le persone di 50 ed i 69 anni il 38% circa riporta di avere elevati livelli di colesterolo. Il 24% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico. L'85% degli ipercolesterolemici ha ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di carne e formaggi, l'81% di svolgere regolare attività fisica, il 74% di aumentare il consumo di frutta e verdura ed il 74% di controllare il proprio peso corporeo.

Introduzione: la sorveglianza delle malattie infettive

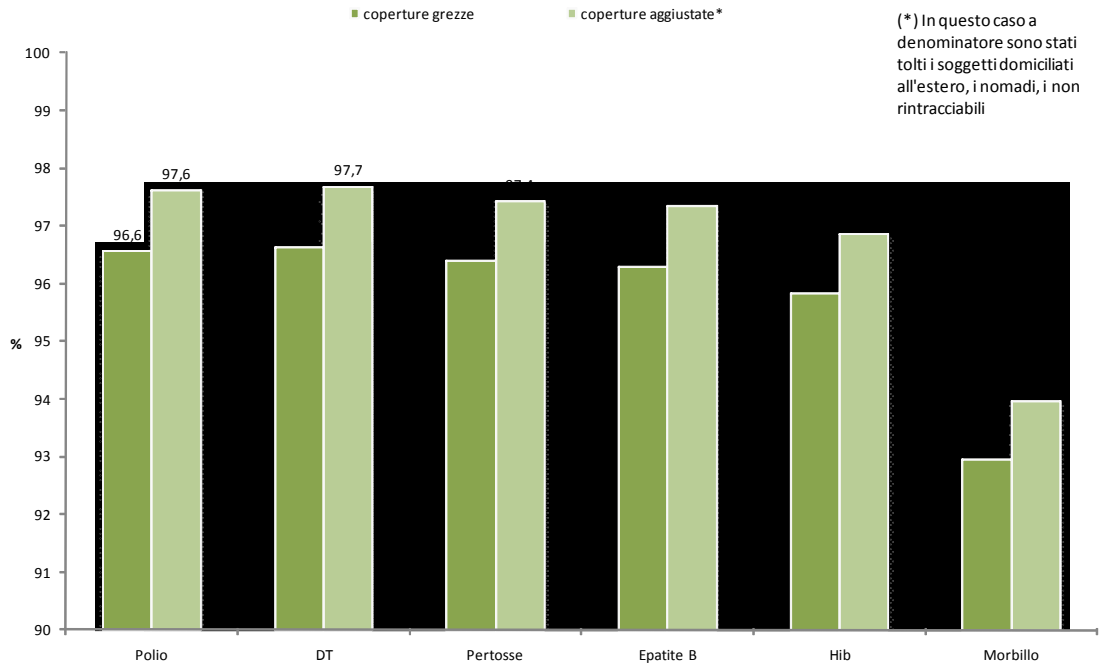
In Veneto, nel 2009 sono stati 233 i nuovi casi d'infezione da Hiv e 422 quelli da tubercolosi. Nella stagione 2009-2010 il numero di soggetti vaccinati contro l'influenza stagionale è aumentato del 5,2%, il livello di copertura per il vaccino esavalente nei nati nel 2009 è appena inferiore al 95% e le coperture a 24 mesi sono ben al di sopra della soglia indicata dal Piano Nazionale. Dal 2006 a oggi, il numero di casi di varicella si è più che dimezzato (65 casi ogni 100 mila residenti nel 2009) e nei nati nel secondo semestre del 2008 il livello di copertura vaccinale per questa malattia ha raggiunto il 77,9%. Un quinto dei casi di malaria registrati in Italia viene diagnosticato in Veneto e riguarda per i due terzi stranieri che si ammalano poco dopo aver raggiunto l'Italia dal Paese di provenienza o durante il soggiorno nel Paese d'origine.

Coperture vaccinali a 24 mesi

I livelli medi di copertura vaccinale a 24 mesi di vita raggiunti nel 2009 nella Regione Veneto risultano elevati: in particolare per poliomielite, difterite-tetano, pertosse, epatite B e per le malattie invasive da Haemophilus influenzae tipo B (Hib) si è superata la soglia di copertura vaccinale del 95%, indicata come obiettivo nel Piano Nazionale Vaccini.

La protezione contro il morbillo, pur mantenendosi a livelli inferiori rispetto a quelli previsti dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, risulta aumentata rispetto agli anni precedenti e raggiunge, per l'anno 2009 il 93,9%. Negli ultimi anni i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende Ulss sono stati stimolati dalla Direzione Regionale di Prevenzione ad effettuare un monitoraggio più preciso dei soggetti non vaccinati specificando i motivi di mancata vaccinazione: in questo modo è stato possibile pulire il denominatore utilizzato nel calcolo delle coperture vaccinali togliendo dalla coorte dei nati i bambini domiciliati all'estero, quelli nomadi o senza fissa dimora e quelli non rintracciabili . La Figura 1 mette a confronto le coperture vaccinali senza (copertura grezza) e con (copertura aggiustata) la "pulizia" dei denominatori.

Figura 1: Coperture vaccinali a 24 mesi. Coorte 2007: 47.612 nati; dato aggiustato: 47.108 nati. Regione Veneto, anno 2009.



Anche le coperture vaccinali calcolate a livello delle singole Aziende Ulss sono generalmente molto alte: escludendo il morbillo che ha una trattazione a parte, il range varia tra il 93,6% dell'epatite B e l'infezione da Hib (nell'Az. Ulss 3) e il 99,8% per tutte le altre malattie (nell'Az. Ulss 19).
La maggiore variabilità nei livelli di copertura vaccinale tra le Aziende Ulss si registra per la vaccinazione contro il morbillo. La situazione risulta però nettamente migliore rispetto all'anno precedente: sono ben 10 le Aziende Ulss della Regione che nel 2009 hanno raggiunto o superato il 95% di copertura per questa vaccinazione a 24 mesi di vita, contro le sole 4 Aziende dell'anno precedente.

Monitoraggio sospensione dell'obbligo vaccinale

L'analisi dei dati evidenzia che la Legge regionale n.07/2007 sulla "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva", in vigore per i nati dal 1° gennaio 2008, non ha influito sui livelli di copertura vaccinale.
Per i nati nel secondo semestre del 2009 la percentuali di vaccinati per esavalente è del 94,5%. La mancata vaccinazione antipolio interessa il 5,5% dei nati nel secondo semestre del 2009 ed è un fenomeno concentrato in aree circoscritte a poche Aziende Ulss. Una buona parte di queste mancate vaccinazioni (45,3%) sono in realtà recuperabili in quanto risultano essere ritardi di soggetti che hanno chiesto di rinviare temporaneamente la vaccinazione o sono stati differiti per mancanza di vaccino. La percentuale regionale di dissensi definitivi è pari all'1,5%. La Tabella 1 riporta la distribuzione delle Aziende Ulss della Regione Veneto rispetto ai livelli di vaccinazione raggiunti per le vaccinazioni precedentemente considerate obbligatorie: non esistono né situazioni di allarme nè situazioni che richiedono particolare attenzione.

Tabella 1: Numero di AULSS della Regione Veneto classificate rispetto al livello di copertura per le vaccinazioni contro tetano, difterite, poliomielite ed epatite B. Nati secondo semestre 2009. Dati al 31/03/2010.

	Livello di copertura	**N° Az. Ulss**			
		Tetano	**Difterite**	**Poliomielite**	**Epatite B**
Desiderabile	≥95%	11	10	10	10
Accettabile	90%-95%	10	11	11	11
Limite di attenzione	86%-90%	0	0	0	0
Allarme	<86%	0	0	0	0

Coperture vaccinali per altre vaccinazioni

Per quanto riguarda le vaccinazioni che esulano da quelle per cui è stata introdotta la sospensione dell'obbligo vaccinale, la percentuale di vaccinazioni antipneumococco 7valente si attesta al 93,1% per i nati nel secondo semestre del 2009. I livelli di vaccinazione a 15 mesi (nati nel secondo semestre del 2008) risultano pari al 90,7% per il meningococco C, al 77,9% per la varicella e all'82,2% per il morbillo.
Anche per quanto riguarda le vaccinazioni di richiamo al sesto e quindicesimo anno di età si registrano risultati positivi.
Per i nati nella coorte del 2003 la copertura vaccinale contro il morbillo si aggira attorno al 94%, mentre quella per il meningococco C al 78%. Molto contenuto risulta essere invece il tasso di copertura antivaricella ma il dato è destinato a crescere poiché vi è un numero consistente di bambini che al 31/03/2010 hanno effettuato la sola prima dose.
Per i nati nella coorte del 1994 si osservano livelli di copertura vaccinale dell'81% per il meningococco C, del 74% per difterite-teteno-pertosse e del 7,5% per la varicella.

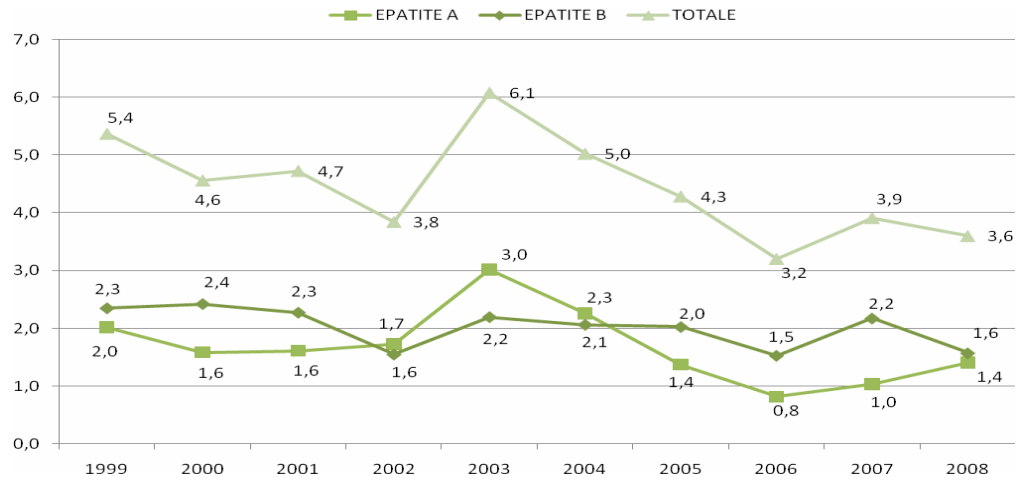
Papilloma virus

L'andamento della campagna vaccinale contro il papilloma virus evidenzia, al 31/03/2010, un'intensa attività di invito e vaccinazione delle ragazze tra gli 11 e i 12 anni di età.
Per le tre coorti di nate nel periodo 1996-1998 la percentuale di coloro che si sono sottoposte alla vaccinazione raggiunge livelli elevati. In particolare per le bambine dell'anno 1996 la copertura vaccinale raggiunge quasi l'82%, mentre per le bambine della coorte del 1997 è pari al 79,4% ed ha superato il 64% per le bambine nate nel 1998. Per quest'ultima coorte di nascita l'attività di invito alla vaccinazione ha subito un forte incremento rispetto a quella rilevata con la precedente scheda di monitoraggio.
L'analisi dei dati contenuti nella scheda denominata "Allegato C" evidenzia che la Legge regionale n.07/2007 sulla "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva", in vigore per i nati dal 1° gennaio 2008, non ha influito in modo sostanziale sui livelli di copertura vaccinale; le percentuali di vaccinati si aggirano attorno alla soglia del 95% prevista dal Piano Nazionale Vaccini
In conclusione, per tutte le vaccinazioni, i tassi di copertura raggiunti nell'anno 2009 e le percentuali di vaccinati per i nati del secondo semestre del 2009 sono certamente il frutto della buona pratica vaccinale svolta dai Servizi Vaccinali delle Aziende Ulss del territorio e della cultura della prevenzione che si sta sempre più diffondendo tra la popolazione della Regione Veneto.

Epatiti virali acute

Dal 1999 sono stati notificati un totale di circa 2.000 casi di epatite virale acuta tra i residenti in Regione Veneto; tra le diverse tipologie di malattia esistenti è l'epatite di tipo B quella più frequente.
Nel 2003 si è verificato il picco massimo di malati con relativo tasso di notifica pari a 6,1 casi ogni 100.000 abitanti; tale dato è attribuibile in misura maggiore all'epatite di tipo A che registra un tasso di notifica di 3 casi ogni 100.000 residenti. L'andamento del tasso specifico per i casi di epatite B ha invece un andamento più costante nel corso degli anni.
Scendendo a livello provinciale si osservano tassi generalmente più elevati nella provincia di Belluno, mentre sono le province di Padova e Rovigo quelle con un più contenuto tasso di notifica di epatite virale acuta.
Nel 2008 le Az. Ulss che hanno notificato un maggior numero di casi di malati sono la 20(Verona) e la 12 (Venezia), mentre quelle che hanno segnalato il minor numero di affetti da epatite sono la 17 (Monselice-Este), 10 (S. Donà Di Piave) e 14 (Chioggia).
Analizzando le caratteristiche demografiche dei soggetti con epatite virale acuta e residenti in Veneto si osserva che oltre il 70% dei casi segnalati a partire dal 1999 sono maschi; la maggiore presenza maschile è inoltre più marcata tra gli affetti da epatite di tipo B. Il picco massimo del tasso di notifica per i maschi è stato registrato nel 2003 (10,3 casi ogni 100.000 abitanti); dal 2005 tale tasso si è stabilizzato attorno ai 5 casi ogni 100.000 residenti. Il tasso di notifica per le donne è, per l'intero arco di osservazione, sempre inferiore ai 4 casi ogni 100.000 abitanti.
Il 57% dei malati di epatite B ha un'età compresa tra i 35 e i 54 anni. Il picco di casi notificati nell'anno 2003 sembra maggiormente attribuibile ai soggetti affetti da epatite di tipo A con un'età superiore ai 34 anni. Risultano stabili nel tempo i tassi di notifica per i soggetti con più di 54 anni, mentre a partire dal 2004 il tasso per i bambini in età pediatrica si aggira attorno a 2 casi ogni 100.000 residenti.
La percentuale di stranieri tra coloro che hanno contratto l'epatite virale acuta è compresa tra il 9% e il 17% ed ha un andamento crescente negli ultimi anni. Confrontando i tassi di notifica a partire dall'anno 2002, si osserva una costante riduzione per quello relativo agli stranieri (si passa da 16,6 casi ogni 100.000 abitanti nel 1999 a 7,2 casi nel 2008). Il picco per la popolazione autoctono è pari a 5,6 casi ogni 100.000 residenti (nel 2003), mentre il minimo è stato registrato nel 2006 (2,9 casi ogni 100.000 abitanti); nell'ultimo anno il tasso di notifica per gli italiani è di 3,3 casi ogni 100.000 residenti.

Figura 2: Tassi di notifica dei casi di epatite per 100.000 abitanti, per tipo di epatite. Regione Veneto, anni 1999-2008.



Dal 2006 è stato possibile raccogliere, tramite la scheda SEIVA, le informazioni relative ai fattori di rischio ai quali i casi di epatite virale acuta sono stati sottoposti. Mentre per le epatite A si tratta di fattori di natura oro-fecale, per le epatite di tipo B e C si tratta di fattori di rischio parenterale o sessuale.

Tra gli affetti da epatite A, più del 50% ha trascorso almeno una notte fuori città nei sei mesi precedenti la malattia, mentre il 40% ha consumato frutti di mare.

I soggetti con epatite B invece hanno frequenze elevate per quanto riguarda i rapporti occasionali e l'aver avuto più di un partner sessuale nei sei mesi precedenti la malattia. Nell'anno 2008 è aumentata, rispetto al biennio precendente, la proporzione di coloro che fanno uso iniettivo di droghe.

Mentre negli anni 2006 e 2008 il fattore di rischio maggiormente presente nei soggetti malati di epatite C è rappresentato dalle esposizioni parenterali, nel 2007 spiccano gli interventi chirurgici o la pratica dell'endoscopia.

Al fine di valutare in termini più approfonditi la relazione tra il tipo di epatite contratta e i fattori di rischio che ne hanno portato l'insorgenza è stata condotta un'analisi di regressione logistica. Questa tecnica consente di attribuire a ciascun fattore una misura di rischio (odds ratio). I risultati ottenuti forniscono, a livello indicativo, un profilo dei casi di epatite virale acuta residenti in Regione Veneto e notificati a partire dall'anno 2006.

Sulla base delle analisi effettuate emerge che il rischio di contrarre l'epatite A aumenta del 45% tra coloro che hanno consumato frutti di mare ed è di tre volte e mezzo superiore per chi ha trascorso almeno una notte fuori dalla città di residenza nei sei mesi precedenti la malattia. L'insorgenza di questo tipo di epatite risulta poi essere maggiore nelle donne e nei soggetti di cittadinanza italiana.

Per gli affetti da epatite B il rischio quadruplica per chi ha un convivente o partner tossicodipendente e raddoppia per chi ha avuto rapporti sessuali occasionali. La probabilità di ammalarsi di questo tipo di epatite risulta maggiore nei maschi e nei cittadini stranieri.

Il rischio di contrarre l'epatite C è maggiore per coloro che fanno uso iniettivo di sostanze stupefacenti e per i trasfusi o emodializzati. La probabilità di epatite C è infine maggiore per le femmine e i soggetti di cittadinanza italiana.

Allo stato attuale sono disponibili, come misure preventive, i soli vaccini contro le epatite di tipo A e B. Tra i casi notificati in Regione Veneto a partire dal 2006 il numero di soggetti che si è ammalato di questi tipi di epatite ed era stato precedentemente sottoposto alla vaccinazione risulta trascurabile; indice questo della buona capacità protettiva del vaccino.

Dal 2006 ad oggi si sono verificati solo 3 decessi di pazienti affetti da epatite virale acuta: si tratta di autoctoni malati di epatite B.

Malaria

In Veneto l'andamento dei casi di malaria è sostanzialmente analogo a quello registrato nel resto del Paese in cui si è evidenziato un progressivo ma costante decremento negli ultimi anni.

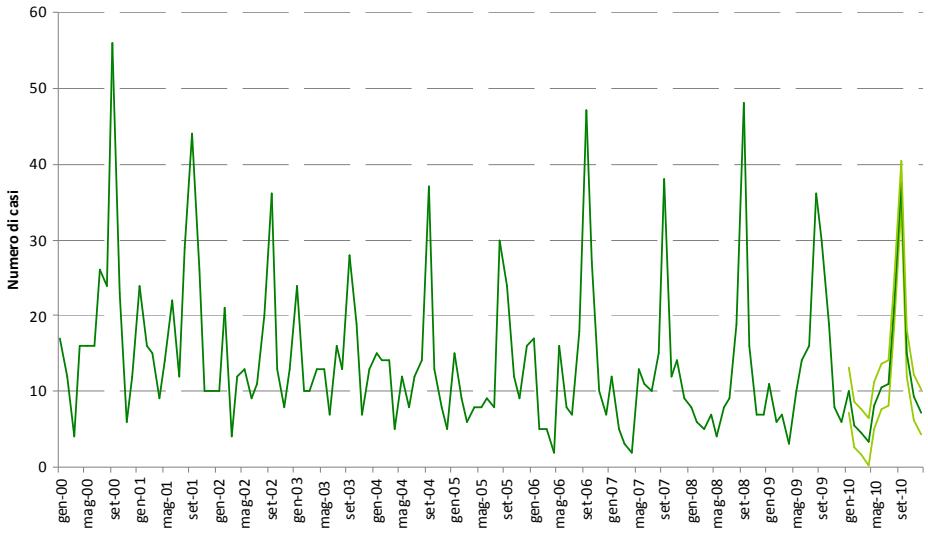
Viene diagnosticato un quinto dei casi di malaria registrati in Italia, molto probabilmente dovuto ad una maggiore sensibilità del sistema di notifica.

La quasi totalità dei casi di malaria è da imputare la P. falciparum.

I dati del 2009 mostrano un lieve decremento dei casi di malaria negli italiani rispetto all'anno precedente, il 76% dei casi registrati riguarda infatti gli stranieri.

La valutazione dell'andamento stagionale dei casi nella nostra Regione mostra un picco di notifiche nel periodo di fine estate (agosto-settembre) tra gli stranieri, dovuto al rientro nei paesi di origine durante la chiusura delle attività produttive, come riportato in letteratura. Per quanto riguarda gli italiani, invece, si è riscontrata una maggiore omogeneità di notifiche nel corso dei diversi mesi, seppur con maggior frequenza in agosto-settembre e gennaio.

Figura 3: Serie storica mensile del numero di casi di malaria nella Regione Veneto dal 2000 al 2009 con previsione per l'anno 2009 e relativo intervallo di confidenza al 90%.



Il 70% circa dei casi di malaria riguarda stranieri che si ammalano di malaria sia poco dopo il viaggio di immigrazione in Italia sia soprattutto nei successivi viaggi di ritorno nel proprio paese d'origine per far visita a familiari ed amici.

La maggioranza degli immigrati che contraggono la malaria proviene dall'Africa occidentale, soprattutto da Nigeria, Ghana e Burkina Faso. Nonostante la diminuzione dei casi registrati negli ultimi anni è necessaria da parte loro un'ulteriore presa di coscienza sui rischi relativi a un viaggio di ritorno nei propri paesi di origine, in quanto una corretta chemioprofilassi ridurrebbe in maniera drastica la morbilità di questa patologia.

La scelta del tipo di farmaco deve tenere conto del paese visitato e delle specifiche aree, della stagione durante la quale avviene il soggiorno, delle strutture di alloggio, dell'eventuale chemioresistenza dei ceppi presenti e delle controindicazioni individuali (attività lavorativa, condizioni cliniche, stato di gravidanza, età, interazioni farmacologiche e reazioni avverse).

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

Dai dati in nostro possesso sui casi di malaria emerge che, nella maggior parte dei casi, il trattamento farmacologico di profilassi o non viene eseguito oppure viene assunto con modalità non corrette limitandone quindi la capacità protettiva nei confronti della malattia. Sarebbe opportuna un'analisi più approfondita di questo fenomeno con lo scopo di stabilire le cause e cercare di porvi i rimedi necessari. Tra le cause possibili ci potrebbero essere la scarsa percezione del rischio di malaria da parte degli immigrati, la non conoscenza dell'esistenza di centri/ambulatori di medicina dei viaggi, le difficoltà economiche per l'acquisto di farmaci per la profilassi. Da questa analisi potrebbe emergere la necessità di "uscire" dai centri di medicina dei viaggi e, tramite l'ausilio di mediatori culturali, fornire maggiori

informazioni alle comunità di immigrati (soprattutto quelle dell'Africa occidentale) e favorire così l'accesso ai centri/ambulatori dove ricevere consigli sulle norme di prevenzione e di protezione nei confronti della malattia, nonché le opportune vaccinazioni per il viaggio.

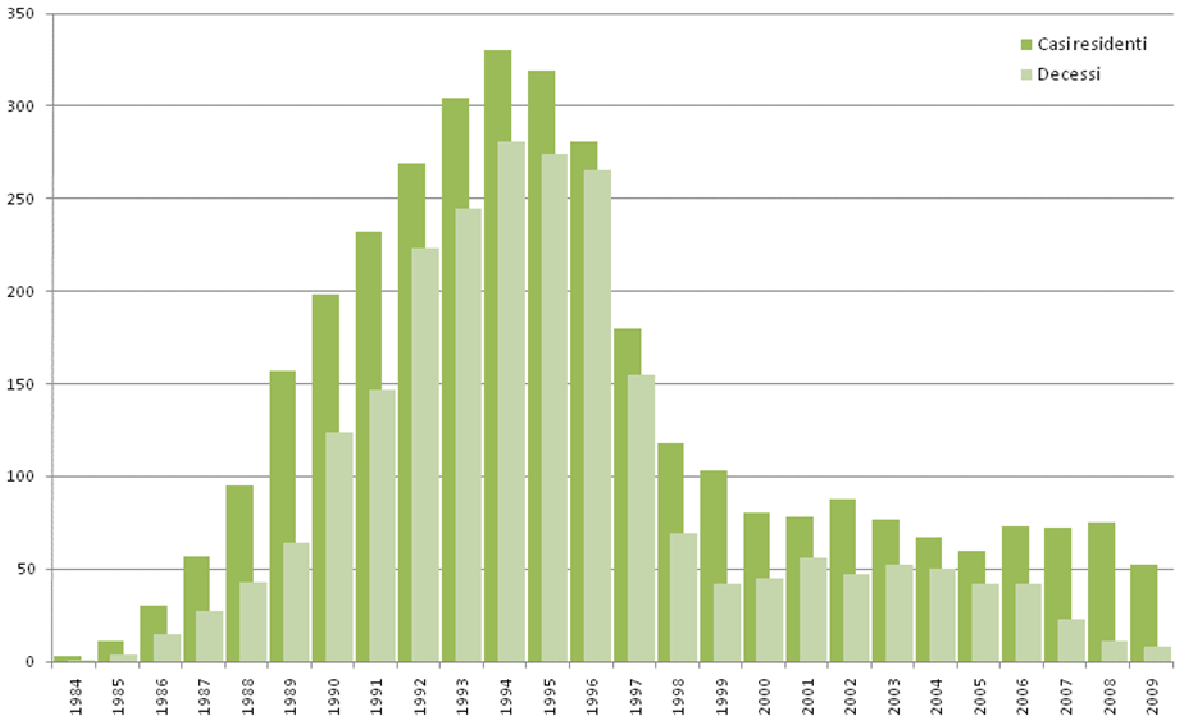
Sistema di sorveglianza regionale AIDS

Dal 1985 la Direzione per la Prevenzione raccoglie, su scheda nazionale fornita dall'Istituto Superiore di Sanità, i dati relativi ai casi conclamati di AIDS diagnosticati in tutta la Regione. Tali dati, che sono nominativi, comprendono, fra le altre, informazioni relative alle malattie indicative di immunodeficienza acquisita, agli esami di laboratorio e alle modalità di trasmissione. E' possibile così effettuare una serie di elaborazioni statistiche atte a descrivere la situazione epidemica sul territorio. Dal 1995, per venire incontro ad esigenze di privacy, l'Istituto Superiore di Sanità ha distribuito una nuova scheda di rilevazione distribuita a tutte le U.O. di Malattie Infettive

Dall'analisi dei dati relativi ai casi di AIDS notificati nella Regione Veneto a partire dal 1984 e aggiornati al 31/12/2009 emerge quanto segue.

- L'89% dei casi di AIDS segnalati in Veneto dal 1984 riguarda soggetti residenti nella Regione.
- A partire dal 1995 il numero di residenti che hanno contratto l'AIDS ha un andamento decrescente e dal 2000 in poi si è stabilizzato ben al di sotto dei 100 casi all'anno. Nel 2009 il numero di nuovi casi di AIDS è pari a 52 e si sono avuti 8 decessi.
- La proporzione di decessi tra coloro che hanno contratto l'AIDS si è ridotta, rispetto al numero di casi, dalla seconda metà degli anni '90; indice questo di un miglioramento nella capacità di sopravvivenza dei malati.
- L'analisi della sopravvivenza dei casi notificati complessivamente nella Regione Veneto ha mostrato una differenza significativa della probabilità di sopravvivenza rispetto all'anno in cui la malattia è stata diagnosticata. Per color che si sono ammalati prima del 1996 l'andamento della curva di sopravvivenza mostra una forte riduzione già dopo due anni dalla malattia (la probabilità di sopravvivenza si aggira infatti attorno al 40%). A partire dal 1996 si è rapidamente diffusa in Italia la terapia HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) che ha certamente influito sulla speranza di vita dei malati di AIDS. La probabilità di sopravvivere per coloro che si sono ammalati nel periodo compreso tra il 1996 e il 2000, a due anni dalla diagnosi, è infatti di molto superiore e si attesta attorno al 68%.
- Sulla base dei dati elaborati dal Centro Operativo AIDS, il tasso di incidenza della Regione Vento per l'anno 2009 risulta essere inferiore rispetto a quello riportato in altre regioni italiane che, per altri aspetti, sono simili al Veneto.
- All'interno del territorio regionale, le province che presentano il maggiore tasso di incidenza di casi di AIDS sono quelle di Verona e Vicenza.
- Il 77% dei casi cumulativi registrati in Veneto a partire dal 1984 sono stati diagnosticati nelle sole ULSS di Padova, Vicenza, Verona, Venezia e Treviso.
- Il 77,5% dei casi di AIDS è di genere maschile; la classe d'età compresa tra i 30 e i 34 anni registra il maggior numero di casi complessivi e poco meno dell'80% dei casi ha un'età compresa tra i 25 e i 44 anni. Il tasso di incidenza massimo nel 2009 si ha in corrispondenza della classe d'età 35-39 anni (3,4 casi per 100.000 abitanti). L'età media dei casi affetti da AIDS nella Regione Veneto è in continua ascesa e si assesta attorno ai 40 anni per le femmine e ai 43 per i maschi. Il numero di casi tra gli stranieri è andato ad aumentare nel corso degli anni e, nel 2009 ha raggiunto il 35% sul totale dei casi residenti.
- Il principale fattore di rischio per l'AIDS è rappresentato dai rapporti eterosessuali (quasi il 50% dei casi).
- La malattia indicatrice di AIDS alla diagnosi più frequente risulta essere, per quest'ultimo biennio, la Pneumocystis carinii mentre, per il complesso dei casi notificati, è rappresentata dalla Candidosi esofagea.
- A partire dal 1999, il 27% dei casi di AIDS in Veneto ha aderito ad una terapia antiretrovirale. Di questi, il 75,2% ha assunto una combinazione di tre farmaci (terapia tripla). Tra coloro che hanno contratto la malattia tramite tossicodipendenza c'è la percentuale più alta di chi ha aderito ad una terapia antiretrovirale (55% circa).
- Per circa la metà di coloro che contraggono l'AIDS tramite rapporti eterosessuali od omosessuali il periodo che intercorre tra il primo test effettuato per l'HIV e la diagnosi di AIDS è inferiore ai 6 mesi, mentre per oltre l'84% dei tossicodipendenti il tempo trascorso tra test e diagnosi supera i sei mesi.

Figura 4: Numero di casi e decessi incidenti per AIDS in residenti nella Regione Veneto per anno. Anni 1984-2009



Sistema di sorveglianza regionale HIV

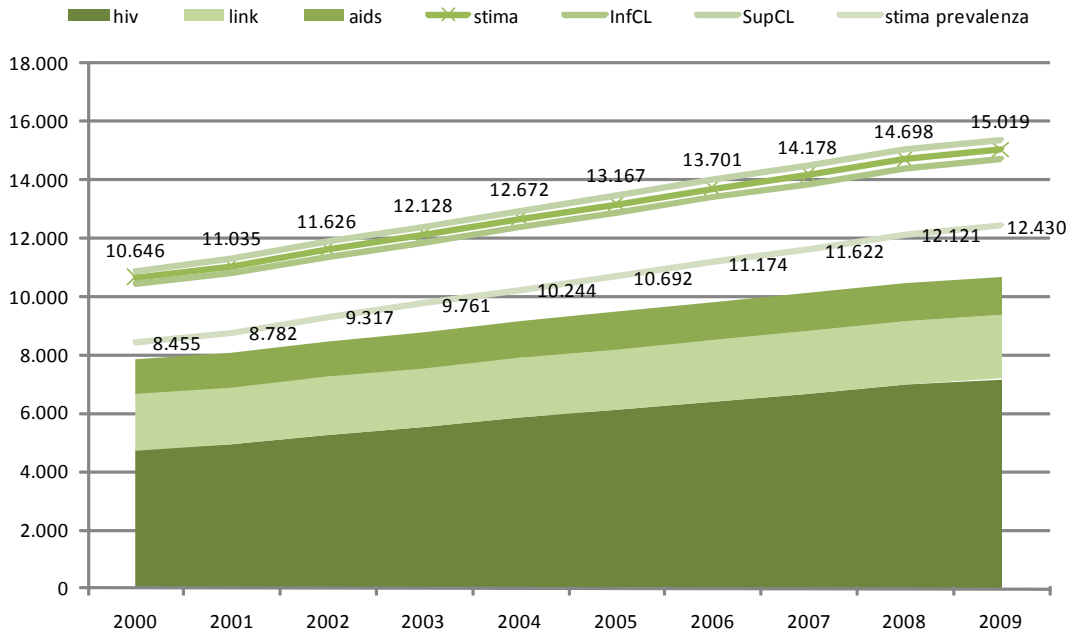
Il sistema di sorveglianza per l'HIV è stato attivato nell'aprile 1988 con delibera regionale n. 542 del 9 febbraio 1988. E' alimentato da un'accurata registrazione di tutti i test HIV, eseguiti presso le strutture sanitarie pubbliche della regione, mediante una scheda di rilevazione compilata dal personale medico della struttura di afferenza. Nella scheda (recentemente riveduta) vengono riportate le principali informazioni sul soggetto, quali i dati anagrafici (codice personale, data di nascita, sesso, AULSS di residenza, ...), il fattore di rischio rispetto all'infezione da HIV, la data e l'esito del test. L'assegnazione di un codice personale permette di creare un archivio di soggetti in monitoraggio sierologico e, di conseguenza, di condurre un'indagine longitudinale sulle modalità e dinamiche dell'infezione da HIV.

Nel 2002 il sistema di sorveglianza è stato ridefinito distinguendo le strutture di afferenza in due diverse tipologie: le strutture di primo livello costituite dai Dipartimenti di Prevenzione che raccolgono e filtrano i test positivi di tutte le strutture territoriali; le strutture di secondo livello costituite dai centri autorizzati alla somministrazione della terapia. Entrambe le tipologie hanno la possibilità di inserire i dati direttamente in un software web based implementato dalla Regione.

L'epidemia dell'infezione da HIV nella Regione Veneto è in costante evoluzione: risulta stabile il tasso annuo di incidenza di circa 6/100.000 abitanti ma, grazie all'aumento della sopravvivenza legato alle terapie antiretrovirali, è in aumento la prevalenza. La popolazione con infezione da HIV residente nella Regione Veneto ha raggiunto nel 2009 i 10.669 casi. A questi poi si dovrebbero aggiungere le persone che non sono ancora a conoscenza della propria infezione e che, attraverso il metodo di cattura e ricattura, si calcola siano più di 4.000. Possiamo quindi stimare, togliendo i decessi, una prevalenza di circa 12.400 persone sieropositive che gravano sui servizi sanitari regionali.

E' possibile che il sistema di sorveglianza rischi una sovrastima del problema a causa del trascinamento di persone che sono uscite dalla Regione o comunque perse al follow-up. Questo è tanto più vero quanto si consideri il peso legato ai cittadini stranieri (che hanno raggiunto il 22% dei casi incidenti nel 2009) e alla loro mobilità. E' possibile, anche considerando la congiuntura economica attuale e le recenti norme sull'immigrazione, che una parte di questa popolazione non sia più residente in Veneto.

Figura 5: Stima dei casi cumulativi e della prevalenza di sieropositivi con il metodo cattura e ricottura.



Come segnalato anche negli ultimi rapporti la principale via di trasmissione è quella sessuale, sia omo che etero-sessuale. In linea generale, emergono notevoli differenze fra stranieri e italiani rispetto al fattore di rischio. Analizzando gli ultimi 4 anni in entrambi i gruppi i rapporti eterosessuali sono il principale fattore di rischio ma fra gli italiani rappresenta il 34%, mentre fra gli stranieri sale al 69%. Al contrario la quota dei rapporti omo-bisessuali è notevolmente superiore fra gli italiani (34% contro il 8%).

Persistono importanti differenze fra le varie provincie, non completamente, al momento, spiegabili.

Si conferma infine la previsione di uno scenario futuro caratterizzato da un numero crescente di soggetti, con bisogni assistenziali legati non solo all'infezione da HIV, ma anche, dato "l'invecchiamento" dei pazienti nella coorte, con bisogni legati all'età e alle comorbidità non HIV correlate ma che rendono più complessa la gestione a causa dell'infezione di base. I servizi destinati alla cura di questi pazienti debbono quindi prepararsi a questa nuova situazione, prevedendo anche modalità assistenziali alternative ed un adeguamento costante del budget destinato alla cura farmacologica.

Il Sistema di Sorveglianza Regionale per l'infezione da HIV è quindi un osservatorio indispensabile per la pianificazione e valutazione dei servizi. Per essere pienamente efficace necessita di un consolidamento della sua base (i centri periferici deputati alla diagnosi e segnalazione) e un sistema centrale di supervisione e di valutazione della attendibilità dei risultati. Con tutta probabilità è anche necessaria l'integrazione con altri fonti di dati (es un registro regionale dei pazienti in terapia) ed indagini ad hoc per chiarire certi aspetti (es i "late presenter").

Morbillo

Nella seconda metà di dicembre 2009 è iniziato un focolaio epidemico di morbillo che ha interessato alcune Ulss del Veneto e si è protratto fino alla fine di maggio. Dall'inizio di luglio si sono poi verificati altri 9 casi sporadici. Ad oggi sono stati segnalati in tutto 151 casi, di cui 108 confermati con indagini di laboratorio, 39 casi epidemiologicamente correlati (familiari o contatti) e 6 casi che rispondono al solo criterio clinico. Di tutti i casi, 114 sono risultati non vaccinati, 23 vaccinati con una sola dose e 5 vaccinati correttamente con due dosi, 2 invece non ricordano di aver eseguito la vaccinazione. Lo stato vaccinale è sconosciuto per i rimanenti 7 casi.

L'Ulss 8 di Asolo (TV) con 77 casi e l'Ulss 6 di Vicenza con 42 casi sono stati i territori della regione più colpiti. Altri casi si sono verificati nelle Aziende Ulss 4 Alto Vicentino e Ulss 13 Mirano, 16 casi sporadici invece hanno riguardato altre ULSS.

Vi sono stati 24 ricoveri con le seguenti complicanze: broncopolmonite, otite, laringotracheobronchite, cistite e cheratocongiuntivite, diarrea e iperpiressia.

Il focolaio del territorio di Vicenza ha evidenziato delle caratteristiche particolari rispetto agli altri: l'identificazione del genotipo D8 diverso da quello del focolaio di Asolo e non tipico in ambito europeo, l'importanza sostenuta dall'ambiente ospedaliero quale luogo di esposizione nella trasmissione dell'infezione. Infine l'età adulta delle persone coinvolte e la mancanza di cluster di malattia in ambito scolastico e di ambiente di lavoro dei casi per lo stato di immunità naturale o vaccinale presenti.

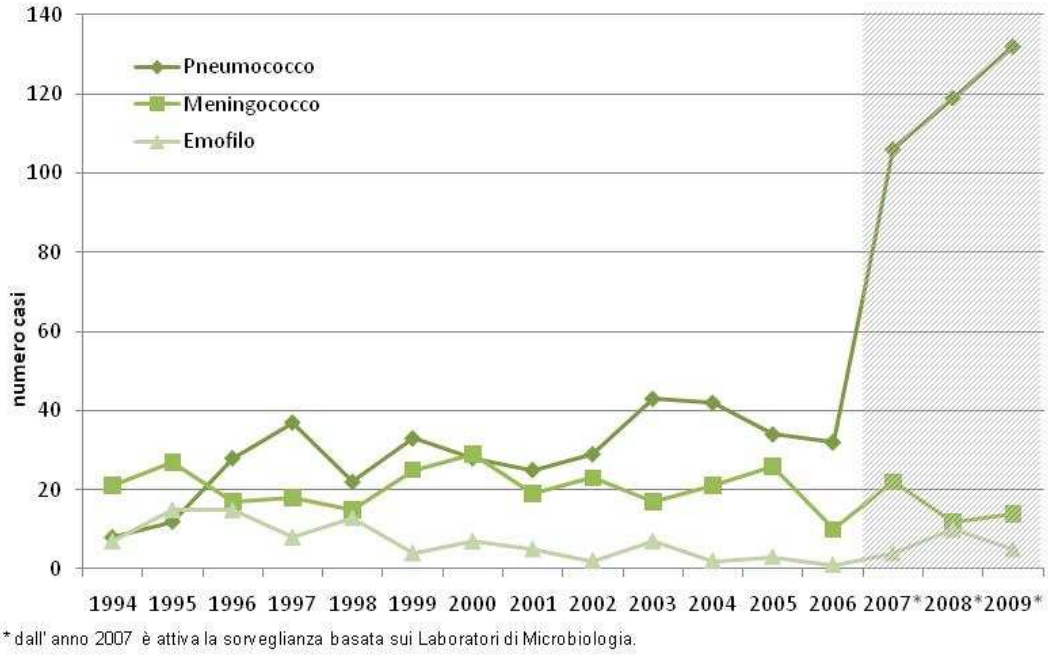
I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica hanno attivato prontamente le misure di controllo previste dalle raccomandazioni regionali e nazionali per il morbillo.

Malattie batteriche invasive

Attualmente, nella Regione Veneto nell'ambito della sorveglianza delle infezioni invasive causate da agenti batterici sono disponibili, oltre al Sistema di Sorveglianza basato sulle Microbiologie (SSM) avviato all'inizio del 2007, due diverse modalità di raccolta dei dati. In particolare, il Flusso afferente al Sistema Informatizzato Malattie Infettive che nasce dalla collaborazione tra il Ministero della Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità (SIMI) e il Flusso di Sorveglianza Speciale per le patologie invasive batteriche chiamato anche Sistema di sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco, emofilo (MIB) che afferisce all'Istituto Superiore di Sanità.

I dati sulla sorveglianza delle malattie batteriche invasive, a disposizione dal 1994, permettono di evidenziare come il numero assoluto delle meningiti, notificate attraverso le metodiche correnti, non abbia subito variazioni significative dal 1994 ad oggi. Dal 2007 i dati nazionali vengono completati con i dati provenienti dal SSM.

Figura 6 - Numero assoluto delle notifiche per malattie batteriche invasive nella Regione Veneto periodo 1994-2009



Complessivamente, l'agente eziologico è stato identificato nell'82,2% dei campioni analizzati.

Per quanto riguarda la distribuzione percentuale dei microrganismi isolati nel 66,3% dei casi l'agente eziologico è Streptococcus pneumoniae, nel 10,1% Neisseria meningitidis e nel 4,3% Haemophilus influenzae. Dal 2007 al 2009 la percentuale di Neisseria meningitidis diminuisce dal 17,2% al 5,3%.

Tubercolosi

Dall'analisi condotta sulle schede di notifica di casi di tubercolosi verificatisi nel corso del 2009 emergono i seguenti punti focali:

A partire dal 2004, l'ammontare del numero di casi notificati di TB nella Regione Veneto ha assunto un andamento altalenante ma comunque inferiore ai 550 malati l'anno. Distinguendo per paese di origine si osserva una riduzione tendenziale del numero di casi tra gli italiani.

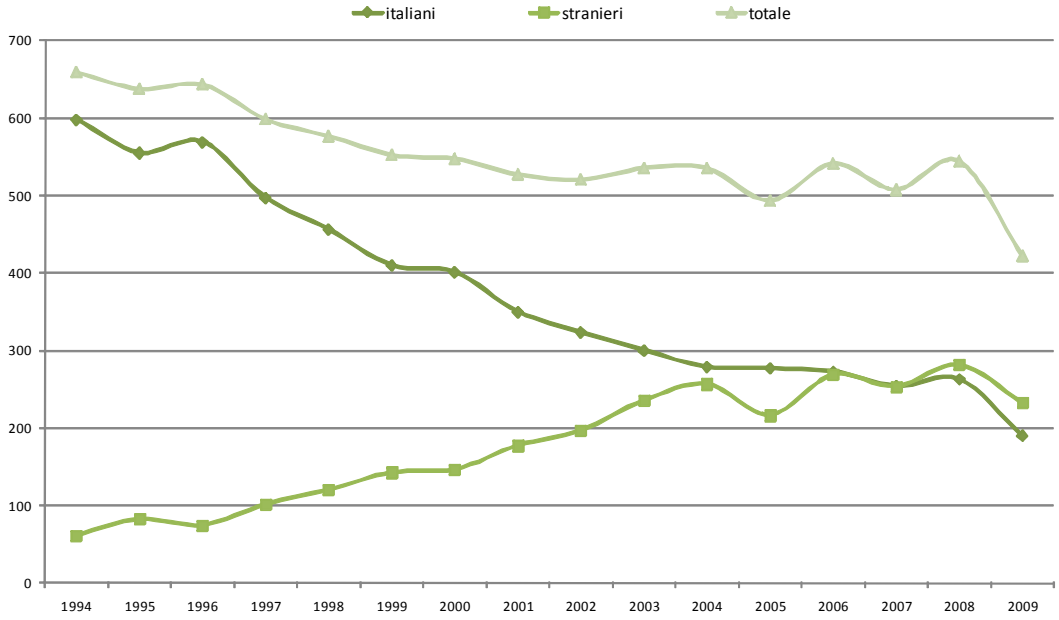
Emerge una forte differenza nella composizione per età dei malati di TB tra la popolazione autoctona a quella straniera: il 62% di casi di TB tra gli italiani è rappresentato da persone con età superiore ai 65 anni, per la popolazione non autoctona la maggioranza dei casi ha un'età compresa tra i 15 e i 44 anni anche se in quest'ultimo anno si è osservato un aumento dei casi in età 45-64 anni.

Il 56% dei casi di TB verificatisi nel 2009 ha interessato le femmine come nel 2007. Negli altri anni invece la maggioranza dei casi era di genere maschile. Il principale fattore di rischio che ha portato al verificarsi della malattia è l'immigrazione.

Il 55% dei casi di TB notificati nel 2009 è costituito da soggetti stranieri; percentuale che differisce molto all'interno delle diverse province: si passa infatti dal 22% di Belluno al 63% di Vicenza.

Tra gli stranieri le popolazioni che presentano il maggior numero di affetti da TB sono quella romena (21% dei casi sul totale degli stranieri) e quella marocchina (19% dei malati tra gli stranieri).
Il numero di casi di TB "polmonare" è il doppio rispetto a quello della TB "extrapolmonare". Vi è poi una lieve maggioranza di casi di TB "extrapolmonare" tra gli italiani rispetto alla popolazione straniera.
Specificatamente ai casi di TB "extrapolmonare", le localizzazioni più frequenti sono i linfonodi periferici e la pleurite tubercolare.
L'11% dei casi registrati nel 2009 è una recidiva. Nel corso degli anni tale proporzione oscilla attorno al 10%.
Dalla sintesi delle schede di esito del trattamenti per i casi di tubercolosi "polmonare" verificatisi nel 2008 si osserva che per l'81,4% dei casi entrati nel follow-up è stato possibile reperire, ad oggi, informazioni circa l'esito del trattamento a cui sono stati sottoposti. Il 76,5% di questi casi ha avuto un esito favorevole, ovvero si è concluso con la guarigione del malato o con il completamento del trattamento; l'10,3% dei casi è invece stato perso al follow-up e il 6,6% è deceduto.

Figura 7: Frequenza della TB nella popolazione Veneta. Anni 1994-2009.



Sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori

Dal 2007 è attivo il Piano di lotta alla zanzara tigre e, nel 2008, è stato predisposto anche un Piano regionale di sorveglianza dell'infezione da West Nile, che prevede:

- Sorveglianza rapida dei casi umani ricoverati per meningoencefalite ad eziologia sconosciuta.
- Sorveglianza attiva nei confronti dei soggetti stabilmente presenti presso le scuderie interessate da casi di infezione dei cavalli
- Sorveglianza entomologica
- Sicurezza trasfusionale

Durante l'estate 2009 si sono avuti 6 casi di Wnd trasmessi all'uomo. Di questi 5 sono stati registrati nella Provincia di Rovigo e uno tra le Province di Rovigo e Venezia. Le infezioni hanno colpito soggetti di età compresa tra i 62 e gli 82 anni, di cui 4 di sesso maschile e 2 di sesso femminile. Le diagnosi sono state confermate attraverso il test di virus-neutralizzazione (Prnt). Tutti i pazienti sono stati ricoverati; uno dei pazienti provenienti dalla Provincia di Rovigo è deceduto.
Nel corso dell'estate 2010 è stato aggiunto un ulteriore protocollo per la sorveglianza delle febbri estive grazie al quale si sono rilevati 14 casi di dengue e 1 di chikungunya in soggetti che avevano soggiornato all'estero, due casi di WNF e due di WNND autoctoni. Per ogni caso si sono valutati i necessari interventi di disinfestazione. Per quanto riguarda la sicurezza trasfusionale vi è stato il blocco tre sacche di sangue risultate positive al test NAT per la WN introdotto obbligatoriamente nelle province di Venezia e Rovigo. Dal 14 ottobre, in seguito alla conferma del secondo caso di WNND, il test NAT è stato esteso anche ai donatori della provincia di Vicenza.

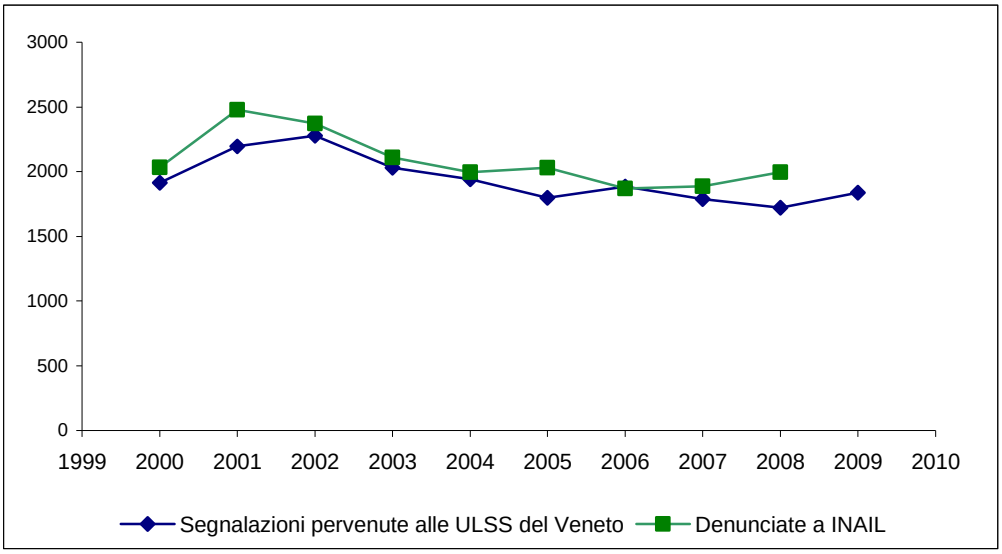
La studio dell'andamento delle malattie professionali è tuttora molto difficile sia per la scarsità e la relativa povertà informativa dei dati disponibili che per un'altra difficoltà tipica ed inemendabile costituita dalla latenza temporale, talvolta di molti anni, tra esposizione e malattia. Questa latenza spesso rende incerta non solo l'individuazione temporale dell'esposizione determinante, ma anche quella dell'azienda o comparto produttivo in cui l'esposizione si è realizzata. La relativa scomparsa delle malattie da lavoro e l'incremento di quelle correlate al lavoro (a genesi multifattoriale) complica ulteriormente il problema ostacolando perfino il riconoscimento stesso della genesi professionale della malattia.
Per queste e altre ragioni il livello di sottonotifica delle malattie professionali è enormemente più rilevante rispetto a quello degli infortuni sul lavoro in cui la *causa violenta e concentrata nel tempo* rende immediatamente identificabile l'evento.
D'altra parte, l'aumento o la diminuzione delle segnalazioni spesso non riflette un peggioramento o un miglioramento della situazione perchè può dipendere da altri fattori come modifiche a quadro normativo o dal recupero di segnalazioni precedentemente omesse.
Per l'insieme di questi motivi, nonostante sia prevista da decenni la raccolta a scopo statistico delle informazioni sulle malattie professionali (o potenzialmente professionali), risulta ancora difficile inquadrare il problema senza ampi margini di incertezza.
Prima di entrare nel dettaglio delle poche informazioni disponibili occorre ancora riflettere sulla latenza (intervallo tra prima esposizione e insorgenza della malattia) distinguendo:

- latenza breve o brevissima (giorni, mesi): i casi rilevati hanno relazione con il rischio professionale attuale e possono essere monitorati con metodiche analoghe a quelle degli infortuni sul lavoro
- latenza media (alcuni anni): l'incidenza di questi casi presenta un discreto ritardo rispetto alle variazioni che intervengo nel mondo del lavoro; la stima del rischio attuale deve integrare anche altre informazioni
- latenza lunga (molti anni – decenni): è il caso tipico delle malattie neoplastiche, primo fra tutti il mesotelioma pleurico. In questa categoria l'incidenza è riferibile a rischi che potrebbero non essere più attuali (es. amianto); tuttavia hanno rilevanza in rapporto al riconoscimento dei benefici assicurativi, di previsione di impatto sulle strutture sanitarie, di carattere penale per le indagini di P.G. svolte dalle AULSS, di prevenzione secondaria degli ex esposti. In molti di questi casi si rende necessaria non soltanto l'analisi dei rischi passati ma anche la formulazione di ipotesi di incidenza a medio breve termine.

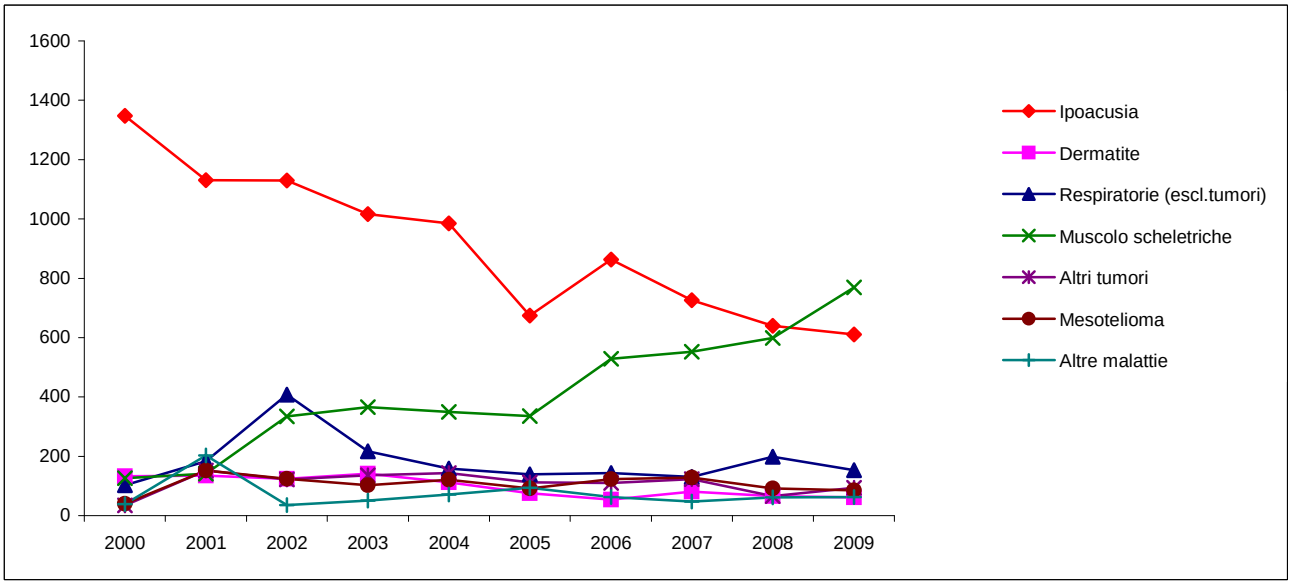
Le fonti informative principali sono:

- i dati INAIL
- le denunce / referti inviati dai medici competenti alle ULSS

Entrambe le fonti sono incomplete e le loro sovrapposizione è parziale; trattandosi di dati anonimi non è neppure possibile ipotizzare quanti siano complessivamente i casi segnalati (noti ad entrambi gli enti + casi noti ad un solo ente).
Su una parte (maggioritaria) delle malattie segnalate alle AULSS del Veneto vengono effettuate indagini di polizia giudiziaria; tuttavia vengono raccolte a livello regionale soltanto alcune informazioni in attesa di sviluppare un sistema che consenta di aderire al progetto nazionale MalProf.
In Veneto dal 2000 al 2008, dopo una fase di aumento delle segnalazioni, che vede un picco nel 2002 con 2.278 malattie denunciate, le malattie notificate agli SPISAL diminuiscono lentamente, fino a raggiungere il minimo nel 2008, con 1.722 casi segnalati. In quest'anno però manca il dato di due ULSS e il dato del 2009 mostra un'inversione di tendenza, con un leggero aumento di segnalazioni (1.837).



Andamento delle malattie segnalate agli SPISAL



L'andamento descritto è la somma di due fenomeni contrastanti: da una parte il notevole incremento di **malattie muscolo scheletriche**, dall'altra la diminuzione continua di **ipoacusie**. Nel 2008 le due categorie di malattia sono alla pari, ma nel 2009 le muscolo-scheletriche tolgono alle ipoacusie il primato di tecnopatia più denunciata.

Dettaglio delle patologie muscolo scheletriche segnalate agli SPISAL

PATOLOGIA	2005	2006	2007	2008	TOTALE 2007-2008
Spalla	75	113	168	170	338
Gomito	47	43	49	41	90
Polso	120	120	18	15	33
STC	*106*	*109*	*126*	*148*	*274*
Mano	31	36	37	28	65
TOT. arti superiori	**273**	**312**	**398**	**402**	**800**
Ginocchio	6	7	11	17	28
Piede	2	1	2	0	2
TOT. arti inferiori	**8**	**8**	**13**	**17**	**30**
Rachide	**143**	**203**	**195**	**240**	**435**
TOTALE	**424**	**523**	**606**	**659**	**1265**

Malattie definite da INAIL, periodo 2000-2008 (a prescindere dall'anno denuncia) e dal tipo di definizione (positiva o negativa).

Codice Sanitario	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
180 Ipoacusia	1156	1265	1237	784	828	660	544	559	628
Informazione mancante	3	5	430	1036	906	608	464	229	319
387 Malattie dei tendini ed affezioni delle sinoviali, tendini	40	81	87	132	171	239	265	273	338
386 Affezione dei dischi intervertebrali	33	32	60	37	120	151	153	262	309
364 Dermatite da contatto ed altri eczemi	221	171	148	140	142	102	71	78	80
388 Affezioni dei muscoli, legamenti, aponeurosi e tessuti moll	49	60	68	54	94	97	102	119	121
382 Artrosi ed affezioni correlate	14	17	37	45	64	110	111	82	102
063 Tumore maligno della pleura	34	33	43	51	60	47	53	42	68
249 Asma	63	58	41	37	48	34	27	32	27
155 Altre neuropatie periferiche	11	15	30	44	58	28	32	49	65
062 Tumore maligno della trachea,dei bronchi del polmone non spcome secondario	7	13	17	28	41	50	33	34	49
252 Asbestosi	32	35	45	57	39	15	7	10	13
253 Pneumoconiosi da silice e silicati	44	47	20	28	29	22	10	21	20
259 Empiema e pleuriti	8	4	80	77	1	1	3	2	0
262 Altre malattie dell'apparato respiratorio	29	15	40	21	9	7	3	6	10
247 Bronchite cronica	14	13	19	17	20	15	11	14	13
181 Sordita'	43	28	13	6	6	6	6	20	3
393 Altre affezioni osteo-muscolari	15	14	11	21	13	10	3	14	8
261 Altre malattie polmonari	6	9	15	8	8	7	11	12	13
Altre	194	219	226	167	162	186	136	190	163
TOTALE	**2016**	**2134**	**2667**	**2790**	**2819**	**2395**	**2045**	**2048**	**2349**

In dettaglio i dati analizzati permettono le seguenti conclusioni:

- **Ipoacusie da rumore**: Negli ultimi anni, dal 2000 al 2008, si sono dimezzate (-53%) e, come anticipato sopra, nel 2009 non sono più la prima malattia denunciata, ma sono state superate dalle malattie muscolo-scheletriche.
- **Dermatiti da contatto e altri eczemi**: fino al 2003 esse oscillano attorno a 135 casi annui in media. Dal 2004 è invece iniziata una tendenza alla riduzione, mantenuta anche negli ultimi due anni, per cui a fine periodo la diminuzione è del 50% e i casi denunciati nel 2008 sono 66. Verosimilmente si tratta della diminuzione delle dermatiti da contatto al lattice (guanti) per effetto delle azioni preventive (o di sottonotifica perchè si tratta di patologia raramente indennizzabile).
- **Malattie respiratorie (escluso tumori)**: la maggioranza di queste patologie è rappresentata dalla cosiddetta asbestosi pleurica. Si è registrato un picco (408 casi) nel 2002; dal 2004, anche se più bassi, i valori rimangono sostenuti (oltre le 100 segnalazioni all'anno) nonostante continui la riduzione delle broncopneumopatie non da amianto. Nel 2008 si registra una nuova impennata che le porta a raddoppiare rispetto al 2000 nonostante che dal 1992 l'uso dell'amianto sia vietato e le attuali esposizioni professionali, oltretutto basse nel caso dell'amianto compatto, siano limitate ai bonificatori.
- **Malattie muscolo-scheletriche:** questo gruppo di malattie è in continua crescita e ha registrato un incremento notevole particolarmente negli anni 2002 (+193 casi rispetto al 2001, +137%) e 2006 (+194 casi rispetto al 2005, +58%). Questo è il risultato della "ricerca attiva" iniziata dai servizi e che ha uno specifico approfondimento attuato dal CRREO (Centro Regionale di Riferimento per l'Ergonomia Occupazionale; vedere oltre). Nel 2009 si osserva un ulteriore aumento (+170 casi rispetto al 2008, +28%), che le porta a essere la malattia più notificata, superando le ipoacusie. Prevalentemente sono interessati gli arti superiori e il rachide.
- **Mesoteliomi**: i mesoteliomi iniziano a emergere particolarmente nel 2001 in seguito all'attivazione dei servizi; nel periodo dal 2001 al 2006 i nuovi casi rimangono elevati, oltre il centinaio; nel 2008 e 2009 scendono poco sotto i 100 casi annui.
- **Altri tumori**: sostanzialmente hanno un andamento parallelo ai mesoteliomi, dal 2001 i casi sono superiori a 110 tumori all'anno (valore massimo: 152 nel 2001) ma anch'essi sono diminuiti sotto i 100 casi annui dal 2008.
- **Altre malattie** ((malattie infettive, da tossici industriali, malattie da stress, ecc.): sono quasi costanti dal 2003 intorno a 60 casi ogni anno.

Mappa dei rischi e degli esposti

L'elaborazione delle relazioni sulla sorveglianza sanitaria inviate dai medici competenti ex art. 40 del DLgs 81/200 permette alcune prime parziali elaborazioni (visite del 2008) considerato che il provvedimento di legge per ora è sospeso in attesa di un decreto applicativo..

Le relazioni elaborabili coprono circa 8.800 unità locali che possono essere parzialmente (66%) linkate agli archivi delle posizioni assicurative INAIL (10.757 PAT per un totale di circa 804.000 addetti corrispondenti al 3% circa delle PAT e al 25% degli addetti INAIL). Le informazioni desumibili riguardano il quadro dei rischi (chimici, fisici, biologici etc) dei soggetti sottoposti a sorveglianza

	Numero soggetti esposti a rischio							
Comparto	**Rischio biomecc sesso F**	**Rischio biomecc sesso M**	**Rischio chimico F**	**Rischio chimico M**	**Rischio Mov Man Carichi sesso F**	**Rischio Mov Man Carichi sesso M**	**Rischio rumore sesso F**	**Rischio rumore sesso M**
01 Agrindustria e pesca	75	134	75	179	201	395	121	341
02 Estrazioni minerali		6		37		61		92
03 Industria Alimentare	56	255	280	847	634	1.657	741	1.914
04 Industria Tessile	693	201	916	608	783	533	560	718
05 Industria Conciaria	20	71	61	145	45	120	12	68
06 Industria Legno	80	547	185	1.043	459	1.388	217	1.800
07 Industria Carta	34	371	79	870	149	772	152	1.654
08 Industria Chimica e Petrolio	168	628	435	1.939	349	1.510	363	2.211
09 Industria Gomma	19	68	36	612	18	344	47	659
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	76	487	56	1.004	91	1.517	86	2.150
11 Industria Metalli	2	329	6	1.673	10	951	10	2.563
12 Metalmeccanica	298	3.082	419	6.838	413	7.120	445	10.600
13 Industria Elettrica	108	227	134	329	101	454	86	388
14 Altre industrie	1.103	989	726	1.383	281	1.582	425	1.847
15 Elettricità Gas Acqua		36	27	941	16	1.009	17	1.066
16 Costruzioni	49	3.313	105	3.269	159	6.654	90	6.942
17 Commercio	216	391	85	392	643	1.753	109	744
18 Trasporti	2	204	7	303	202	834	3	457
19 Sanita’	2.081	834	1.462	597	5.113	1.559	68	148
20 Servizi	1.561	1.186	1.849	1.903	2.673	4.052	316	2.766
99 Comparto non determinabile	15	22		9	39	178	22	92
Totale	**6.656**	**13.381**	**6.943**	**24.921**	**12.379**	**34.443**	**3.890**	**39.219**

La principale, anche se non unica, fonte informativa sul tema della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro è costituita dai dati INAIL, compresi quelli diffusi nell'ambito dei Flussi Informativi INAIL ISPESL REGIONI a seguito del protocollo d'intesa del 2002.
Questa fonte presenta alcuni limiti come la copertura parziale ed il ritardo (relativo) di diffusione**.**
La legislazione speciale sulla sicurezza nei luoghi di lavoro tutela prevalentemente il lavoro dipendente, ponendo anche alcune distinzioni per categorie particolari di lavoratori (ad esempio per le forze di polizia, per i militari etc.). Anche la tutela assicurativa INAIL, per quanto si sia estesa negli ultimi anni, non è generalizzata a tutte le forme di lavoro dipendente ed indipendente. Si stima che in ITALIA siano 4-5 milioni i lavoratori non assicurati INAIL su circa 23 milioni di occupati (fonte ISTAT).

Andamento infortunistico 2000 al 2008

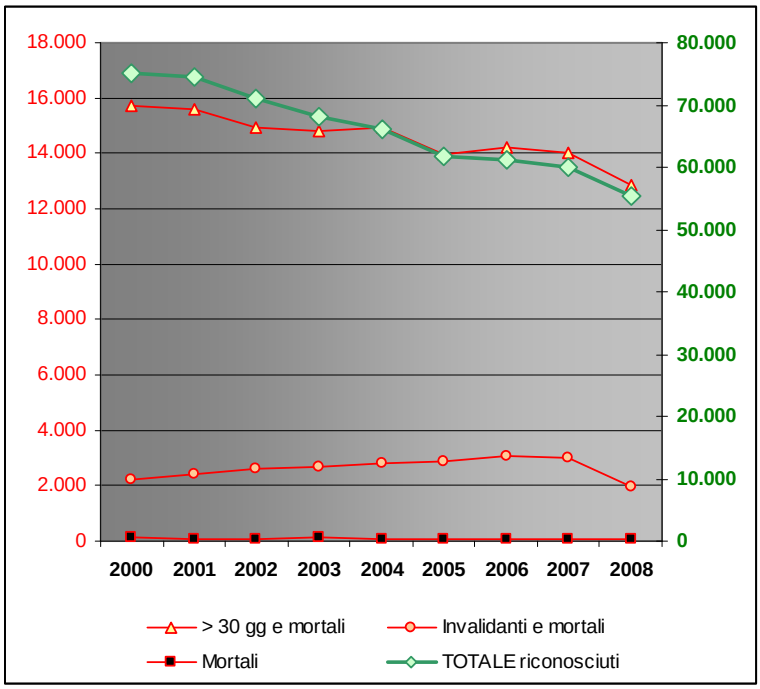
Il numero totale di eventi riconosciuti dall'INAIL è in costante diminuzione; gli infortuni con prognosi superiore ai 30 giorni mostrano una diminuzione meno accentuata mentre gli infortuni invalidanti sono in aumento tranne che nel 2008 (dato non stabilizzato). L'andamento dei mortali è fluttuante (trattandosi di piccoli numeri le oscillazioni casuali sono verosimilmente preponderanti).

Infortuni non in itinere – Regione del Veneto

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTALE riconosciuti	75.208	74.454	70.946	68.175	66.021	61.690	61.192	59.958	55.317
> 30 gg e mortali	15.729	15.617	14.933	14.817	14.937	13.980	14.214	14.016	12.820
Invalidanti e mortali	2.205	2.425	2.621	2.670	2.835	2.862	3.052	2.975	1.973
Mortali	142	83	83	99	74	64	70	85	75

L'andamento degli infortuni e degli addetti assicurati, seguendo il trend degli anni precedenti, è divergente: complessivamente negli anni 2000-2008 gli addetti sono aumentati del 18%, **gli infortuni sono diminuiti del 26%.** L'effetto della crisi economica si ripercuote sull'occupazione a partire dal 2009. Il 2008 è caratterizzato da un enorme divario tra aumento di addetti e riduzione di infortuni che porta a una drastica riduzione dell'incidenza; poichè il dato più recente non è ancora stabilizzato, deve essere valutato con cautela; l'andamento ritardato della diminuzione dell'occupazione rispetto alla perdita di produttività potrebbe spiegare in parte questa evidenza (l'indicatore di incidenza è calcolato per 1000 addetti stimati a prescindere dalle ore realmente lavorate).
L'opposto andamento, ripresa della produzione, rispetto all'aumento dell'occupazione, associata a modifiche del tipo di rapporto di lavoro e alla formazione/esperienza dei lavoratori neo assunti, fa temere non solo un aumento del numero assoluto di eventi ma anche un peggioramento degli indicatori di incidenza in assenza di azioni di contrasto al rischio di infortunio da parte delle aziende e degli enti di vigilanza.

Infortuni non in itinere – Regione del Veneto



Come si può vedere, il numero totale di eventi riconosciuti dall'INAIL è in costante diminuzione; gli infortuni con prognosi superiore ai 30 giorni mostrano una diminuzione meno accentuata mentre gli infortuni invalidanti sono in aumento tranne che nel 2008 ma quest'ultimo anno non può ancora essere considerato stabilizzato

Il rapporto gravi/totali è in aumento, facendo ipotizzare un progressivo aumento di sottonotifica di casi lievi. I casi invalidanti, per le loro caratteristiche di gravità, sono più difficilmente sottonotificati; la riduzione degli infortuni invalidanti, che costituisce uno degli obiettivi di salute del piano nazionale, richiede un'inversione del trend fino ad oggi rilevabile.

Le rilevazioni effettuate sui dati del Veneto consentono di collocare la regione tra quelle che evidenziano un rapporto meno indicativo di sottonotifica rispetto a quello dell'Italia nel suo insieme anche se con una maggiore tendenza alla sottonotifica dal 2000 a 2008; recenti pubblicazioni scientifiche sottolineano la propensione dei lavoratori ad un minore ricorso alla segnalazione dell'infortunio sul lavoro nei periodi di crisi economica.

Gli eventi accadono in una piccola parte di aziende; mediamente il 7%, per anno. In Veneto, nel periodo 2000-2008, in totale tutti gli infortuni sono accaduti nel 20% circa di tutte le aziende. Con il limite della sempre possibile mancata segnalazione degli infortuni, questa preziosa informazione individua il target degli interventi di prevenzione; tuttavia, alla possibile sottonotifica, si aggiunge un'altra criticità determinata dalla crisi che, con un'accelerazione del ritmo della chiusura di aziende, anche grandi, rende oggi più difficile l'identificazione dell'obiettivo basandosi su serie storiche di dati.

Nella tabella sono riportati i dati di dettaglio degli ultimi tre anni con gli indicatori di incidenza e gravità dell'ultimo triennio.

COMPARTO	ANNO 2006					ANNO 2007					ANNO 2008				
	Addetti	Infortuni Riconosciuti	..di cui Mortali	Indice di Incidenza Tradizionale	Indice di Gravità	Addetti	Infortuni Riconosciuti	..di cui Mortali	Indice di Incidenza Tradizionale	Indice di Gravità	Addetti	Infortuni Riconosciuti	..di cui Mortali	Indice di Incidenza Tradizionale	Indice di Gravità
Agricoltura	(.)	4.386	4	(.)	(.)	(.)	4.014	5	(.)	(.)	(.)	3.694	11	(.)	(.)
Conto stato	(.)	1.049	2	(.)	(.)	(.)	989	0	(.)	(.)	(.)	1.103	0	(.)	(.)
Agrindustria e pesca	7.871	615	0	75,7	6,9	8.293	590	2	69,5	7,6	9.790	601	0	60,8	5,1
Estrazioni minerali	1.850	128	0	68,6	9,1	1.815	95	0	51,8	4,4	1.760	79	0	44,9	4,3
Industria Alimentare	29.961	1.082	2	33,4	3,4	30.821	1.062	0	31,8	2,6	34.265	1.159	3	31,3	2,6
Industria Tessile	68.441	1.176	0	16,1	1,2	66.839	973	0	13,6	1,2	65.834	871	0	12,3	0,6
Industria Conciaria	12.017	414	0	32,3	2,8	11.296	447	0	36,4	3,0	10.852	319	1	28,0	2,1
Industria Legno	52.521	2.859	4	51,0	5,6	54.104	2.705	4	46,7	5,2	53.702	2.359	3	41,3	3,8
Industria Carta	25.071	906	0	33,6	2,5	25.081	890	0	32,5	2,2	24.943	789	1	29,1	2,1
Industria Chimica e Petrolio	39.476	1.735	2	39,9	3,6	39.491	1.750	2	40,2	3,1	38.950	1.453	2	34,1	2,0
Industria Gomma	2.610	161	0	55,9	7,8	2.616	150	1	51,6	5,2	2.608	113	0	39,9	1,5
Ind. Trasf. Non metalliferi	27.622	1.858	1	64,2	5,9	27.579	1.769	1	60,9	5,5	27.426	1.487	1	52,0	3,8
Industria Metalli	13.375	1.266	2	86,3	8,1	14.801	1.265	1	77,3	6,3	15.902	1.095	1	62,6	3,9
Metalmeccanica	179.966	10.345	10	52,0	4,2	179.453	10.272	5	51,8	4,0	185.450	9.409	4	45,9	2,8
Industria Elettrica	22.759	506	0	19,7	1,6	22.197	466	1	19,1	1,5	22.793	404	0	16,0	1,0
Altre industrie	56.773	2.245	1	35,7	2,1	57.800	2.182	2	33,7	2,0	63.834	2.011	0	29,2	1,2
Elettricità Gas Acqua	3.651	208	0	56,7	1,5	3.494	213	1	59,8	4,2	3.056	155	0	50,4	1,7
Costruzioni	164.133	9.856	24	55,1	7,1	172.136	9.531	32	50,9	6,6	173.126	8.322	23	44,4	4,7
Commercio	128.017	3.239	1	23,3	1,4	133.197	3.116	5	21,4	1,7	133.367	2.832	2	19,1	1,2
Trasporti	48.986	2.507	11	50,6	4,8	50.757	2.621	10	51,2	5,0	51.415	2.410	9	46,5	4,1
Sanità	99.124	2.214	0	22,2	1,2	97.989	2.195	1	22,3	1,3	106.019	2.142	0	20,0	0,9
Servizi	664.581	10.775	6	15,5	1,0	669.904	11.014	7	15,7	1,0	706.335	10.925	11	14,7	0,8
Sconosciuto	22.981	1.662	0	43,3	2,9	23.413	1.649	5	42,5	3,6	22.286	1.585	3	38,7	2,7
TOTALE	**1.671.782**	**61.192**	**70**	**30,8**	**2,7**	**1.693.075**	**59.958**	**85**	**29,9**	**2,6**	**1.753.710**	**55.317**	**75**	**26,6**	**1,8**

L'incidenza per 1000 addetti (rischio individuale) per dimensione aziendale (PAT) e comparto produttivo nel periodo 2006-2008 è riportata nella tabella seguente.

Comparti	incidenza * 1000 addetti		
	ditte > 30 addetti	Ditte > 10-30 addetti	Ditte fino a 10 addetti
Non indicato			
01 Agrindustria e pesca	1,4	2,5	5,6
02 Estrazioni minerali	4,1	2,5	5,3
03 Industria Alimentare	1,5	1,8	1,2
04 Industria Tessile	0,5	0,4	0,5
05 Industria Conciaria	1,0	1,4	1,5
06 Industria Legno	1,9	2,0	3,3
07 Industria Carta	1,3	0,7	0,8
08 Industria Chimica e Petrolio	1,1	1,9	1,3
09 Industria Gomma	2,8	2,0	2,9
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	2,7	3,0	2,9
11 Industria Metalli	2,4	4,0	3,1
12 Metalmeccanica	1,2	1,9	2,3
13 Industria Elettrica	0,6	0,4	0,9
14 Altre industrie	0,8	0,8	0,9
15 Elettricità Gas Acqua	1,2	0,0	0,0
16 Costruzioni	2,8	3,5	3,5
17 Commercio	0,7	0,8	0,7
18 Trasporti	1,6	3,7	2,2
19 Sanita'	0,4	0,8	0,3
20 Servizi	0,5	0,4	0,5
99 Comparto non determinabile	0,0	0,0	2,9

L'incidenza maggiore si evidenzia nelle imprese con meno di 30 dipendenti, con una prevalenza per le microimprese relativamente all'agroindustria,estrazione minerali, costruzioni.
Dal punto di vista del rischio individuale, le aziende fino a 10, nel complesso, sono quelle in cui il rischio è maggiore. Si evidenziano alcune particolarità; in ordine decrescente agrindustria e pesca (fino a 10), Estrazione di minerali (fino a 10 e oltre 30), industria dei metalli (tra 10 e 30), Costruzioni (fino a 30), trasporti (fra 10 e 30).

Ancora un volta l'edilizia presenta un aspetto caratteristico connesso al grande numero di piccole imprese, anche individuali, e la categoria con oltre 30 addetti è quella che presenta il contributo quantitativamente minore. La stessa cosa accade, anche se in modo meno marcato, nei trasporti.
Negli altri settori produttivi le aziende con oltre 30 addetti forniscono un contributo superiore a quelle da 10 a 30. Nel settore alimentare, nella concia, nella lavorazione della carta, nella chimica, nell'industria del metalli, nella trasformazione dei minerai non metalliferi, nelle altre industrie e in sanità, le piccole aziende forniscono un contributo inferiore rispetto a quelle superiori a 30 addetti.
Questa distribuzione è di notevole interesse perchè condiziona non solo la scelta del target ma anche la metodologia di intervento dal momento che è ipotizzabile un approccio diversificato in funzione delle dimensioni aziendali per ottimizzare il rapporto costo beneficio delle azioni preventive; infatti, un tradizionale sopralluogo in aziende da pochi addetti, a fronte di un numero elevato di azioni, "raggiungerebbe" pochi lavoratori mentre nel caso delle aziende più grandi e strutturate, in prima battuta, la stessa organizzazione aziendale potrebbe diventare il volano della prevenzione definendo i "metodi" senza intervenire su specifici e singoli problemi che richiederebbero una pluralità di accessi e l'allungamento dei tempi del singolo intervento.

Per quanto riguarda il comparto servizi, i casi sono numerosi anche in relazione all'elevato numero di addetti, ma il rischio individuale è basso. La distribuzione per voce di tariffa dei casi invalidanti e mortali evidenzia come gli impiegati, 77,5% degli addetti del comparto, siano interessati da circa il 50% degli infortuni. Il maggior rischio

individuale si rileva in ordine decrescente nelle operazioni di facchinaggio, nelle pulizie e nettezza urbana e in sanità-servizi sociali.

Infortuni mortali e invalidanti

Uno dei principali obiettivi di salute del PNP 2010 - 2012, per quanto riguarda la prevenzione in ambienti di lavoro, è la riduzione del 15% degli eventi gravi o invalidanti.

E' pertanto necessario "localizzare" il problema a livello strategico (comparti principalmente interessati) e tattico (individuazione delle aziende su cui effettuare gli specifici interventi).

Come infortuni invalidanti vengono considerati gli eventi che determinano postumi permanenti in misura superiore al 5% in abito assicurativo INAIL; vista la finalità di orientare gli interventi di prevenzione in ambiente di lavoro, sono stati esclusi gli infortuni "in itinere" e quelli "stradali" in orario di lavoro. Gli eventi mortali sono circa 50 all'anno. Il comparto produttivo prevalente è quello delle costruzioni (un terzo degli eventi gravi). La tabella seguente analizza i dati con riferimento all'ultimo triennio.

Comparti (in ordine decrescente per valore assoluto)	**TOTALE 2006-2008**	***di cui, Mortali***	**Obiettivo riduzione nel triennio di attuazione del PRP**	**Obiettivo medio Annuale (rispetto a 2006-2008)**
16 Costruzioni	1731	53	260	87
12 Metalmeccanica	967	18	145	48
20 Servizi	957	10	144	48
00 Agricoltura	925	17	139	46
06 Industria Legno	408	9	61	20
18 Trasporti	348	7	52	17
17 Commercio	286	1	43	14
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	232	4	35	12
21 Conto Stato	197		30	10
Non indicato	165	2	25	8
08 Industria Chimica e Petrolio	154	5	23	8
14 Altre industrie	141	3	21	7
03 Industria Alimentare	136	2	20	7
19 Sanita'	116		17	6
11 Industria Metalli	111	3	17	6
04 Industria Tessile	97		15	5
01 Agrindustria e pesca	95	2	14	5
07 Industria Carta	77	1	12	4
13 Industria Elettrica	44		7	2
05 Industria Conciaria	41	1	6	2
99 Comparto non determinabile	32	3	5	2
02 Estrazioni minerali	22	1	3	1
09 Industria Gomma	21	1	3	1
15 Elettricità Gas Acqua	8		1	0
TOTALE	**7311**	**143**	**1097**	**366**

Analizzando la distribuzione per comparto e dimensione aziendale (PAT) nel periodo 2006-2008, si evidenziano i principali ambiti di intervento.

Comparti	ditte > 30 addetti	Ditte > 10-30 addetti	Ditte fino a 10 addetti	*di cui Singoli artigiani*
Non indicato	60	11	22	
01 Agrindustria e pesca	15	6	74	*27*
02 Estrazioni minerali	5	5	12	
03 Industria Alimentare	60	26	50	*1*
04 Industria Tessile	38	19	40	*13*
05 Industria Conciaria	19	13	9	
06 Industria Legno	91	72	245	*61*
07 Industria Carta	47	11	19	*3*
08 Industria Chimica e Petrolio	82	47	25	
09 Industria Gomma	8	3	10	*2*
10 Ind. Trasf. Non metalliferi	99	60	73	*9*
11 Industria Metalli	92	13	6	
12 Metalmeccanica	274	245	448	*69*
13 Industria Elettrica	19	5	20	*3*
14 Altre industrie	86	16	39	*17*
15 Elettricità Gas Acqua	8	0	0	
16 Costruzioni	**169**	**292**	**1.269**	**403**
17 Commercio	80	46	160	*2*
18 Trasporti	68	95	185	*69*
19 Sanita’	95	9	12	*2*
20 Servizi	399	141	414	*31*
99 Comparto non determinabile	0	0	32	*3*

Costruzioni, metalmeccanica, legno, trasporti, marmo sono i comparti target; nelle costruzioni circa 1/3 degli eventi interessa gli artigiani autonomi.

Osservatorio infortuni mortali

Dal 2004 è attivo un osservatorio regionale sugli infortuni mortali. Lo studio dei casi, attraverso l'analisi delle inchieste infortunio effettuate dagli Spisal, permette di mettere in luce le diverse dinamiche di accadimento offrendo importanti informazioni per indirizzare l'attività di vigilanza e gli interventi di informazione sulle misure di prevenzione da adottare.
Il numero dei casi trattati dagli SPISAL si aggira intorno ai 50 l'anno. Fa eccezione il 2009 (31 casi) con una riduzione dei casi mortali di oltre il 40% (che diventa 53% in edilizia) che in parte è riferibile alla crisi produttiva.
Nel 2009 si registra anche un forte calo dei lavoratori non italiani (dal 21% nel 2007 al 6%). In edilizia la percentuale invece resta invariata nel tempo (26%). La tabella che segue sintetizza i casi dell'ultimo triennio considerato.

Nazionalità	2007	2008	2009	Totale Casi
ITALIANA	41	41	29	111
NON ITALIANA	11	12	2	25
TOTALE	52	53	31	136
Perc NON ITALIANI SU TOT	21%	26%	6%	18%

L'82% dei casi è costituito da lavoratori Italiani (74% in edilizia). Tra i lavoratori di nazionalità non italiana prevalgono i rumeni (44%), marocchini (12%), albanesi (12%), slavi (8%) e brasiliani (8%).
L'analisi della dimensione dell'azienda di appartenenza dell'infortunato mette in luce che il 58% degli eventi è avvenuto in ditte con meno di 10 addetti (a livello nazionale 86%).

Il complesso dei dati raccolti permette di formulare anche le seguenti ulteriori osservazioni:

1. la lesione più frequente è lo schiacciamento, in relazione alle modalità con cui avvengono con più frequenza gli infortuni mortali (caduta di gravi ecc.). In edilizia sono prevalenti invece le fratture (per cadute dall'alto)
2. il 79 % degli incidenti è raggruppabile in 5 modalità di accadimento (caduta dall'alto di gravi 21%, veicolo che esce dal suo percorso 18%, caduta dall'alto dell'infortunato 18%, contatti con oggetti veicoli e mezzi 11% (nella loro sede), contatto con organi lavoratori in movimento 11%).

Il confronto con uno studio analogo riferito al triennio 2002-2004 evidenzia le variazioni intervenute nelle principali dinamiche di accadimento.

2007-2009		2002-2004	
caduta dall'alto di gravi	21%	caduta dall'alto dell'infortunato	31%
veicolo che esce dal suo percorso	18%	veicolo che esce dal suo percorso	23%
caduta dall'alto dell'infortunato	18%	caduta dall'alto di gravi	11%;
contatti con oggetti veicoli e mezzi (nella loro sede	11%	perdita di controllo di macchina, materiale in lavorazione, utensile o oggetto	11%;
contatto con organi lavoratori in movimento	11%	problema elettrico - Esplosione	9%.

In edilizia prevalgono le "cadute dall'alto", in agricoltura il "ribaltamento di mezzi" e nell'industria dei metalli la "caduta di gravi".
Dall'analisi dell'attività svolta risulta che più del 60% dei casi è compreso in soli tre comparti. Il 35% dei lavoratori operava infatti in aziende delle costruzioni (40% nel triennio 2002-2004), il 18% in aziende agricole (17% nel 2002-2004) e l'8% nell'industria dei metalli (come nel 2002-2004).

Infortuni nei lavoratori autonomi

Come visto, un aspetto di cui tenere conto è rappresentato dalla presenza di lavoratori autonomi o singoli artigiani; spesso si tratta di soggetti che in realtà si coordinano tra di loro o operano materialmente come lavoratori dipendenti eludendo le misure di prevenzione e gli obblighi contributivi.

E' stato evidenziato come l'edilizia sia il comparto in cui la presenza di lavoratori autonomi è più rilevante.

Nelle tabelle precedenti sono stati riportati il numero assoluto di infortuni invalidanti di questa categoria e l'incidenza del fenomeno infortunistico in ogni comparto.

L'incidenza di tutti gli infortuni riconosciuti per 1000 addetti è più bassa nei singoli artigiani rispetto al totale complessivo delle varie tipologie di dimensione di azienda (30,51 contro 34,47 per mille) mentre l'incidenza dei casi invalidanti è circa il doppio (2,78 contro 1,43 per mille nel triennio 2006-2008). Anche l'incidenza dei casi mortali è doppia (0,1 x mille contro 0,05 x mille complessivo).

Minori

Se si escludono gli studenti di scuole pubbliche e private (questi ultimi registrati da INAIL nella gestione industria e servizi mentre quelli delle scuole pubbliche hanno una particolare gestione nell'ambito del Conto Stato), non vi sono infortuni di soggetti con età inferiore a 15 anni.

Gli eventi registrati nei minorenni rappresentano lo 0,7% del totale dei casi (escludendo anche gli eventi in itinere, quelli degli addetti a servizi domestici e gli sportivi). La numerosità nel periodo 2006 – 09 è stata di 1212 casi.

Il numero maggiore di eventi si registra nei servizi e in metalmeccanica (339), segue il comparto delle costruzioni (201) e, molto distanziati, 'altre industrie (49) e legno (42), un numero abbastanza basso avviene in agricoltura (25).

Nei mesi estivi si registra un picco di eventi dovuto probabilmente al lavoro estivo di studenti.

Il lavoro a chiamata e quello parasubordinato sono scarsamente rappresentati mentre il 54% degli infortunati ha la qualifica di apprendista.

Oltre il 10% degli eventi ha una prognosi superiore a 30 giorni e oltre l'8% determina postumi permanenti, di cui circa il 2,5% è indennizzato in quanto supera il 5% (con sei casi tra 16% e 66%).

I dati, in considerazione della vigente normativa di tutela del lavoro minorile, nonostante il basso numero assoluto, indicano l'opportunità di esercitare un'azione di sorveglianza sugli eventi (se fossero misurati in DALY -Disability Adjusted Life Years-, che misura gli anni di vita trascorsi in situazione di disabilità, il peso di questi eventi sarebbe maggiore rispetto a quello che si ottiene con comuni indicatori usati per misurare la gravità degli infortuni sul lavoro).

Lavoratori nati all'estero

Come si è detto, rappresentano circa l'11 % dei lavoratori ma riportano circa il 20% di tutti gli eventi e il 30% circa degli infortuni mortali, verosimilmente per un complesso di cause (formazione, difficoltà linguistica, impiego in mansioni particolarmente pericolose).

Non sembrano molto rappresentati nelle categorie dei lavoratori a chiamata e soprattutto in quelle dei parasubordinati; spicca, invece, la percentuale di artigiani (oltre 11% degli infortunati) nell'industria.

Infortuni di lavoratori nati all'estero 2006 – 08

Postumi permanenti	1.251
Temporanea 33.521	33.521
Percentuale su totale Veneto	***20,3***
Mortali	***45***
Regolari senza indennizzo	***1026***
TOTALE Stranieri	***35843***

I comparti in cui avviene il maggior numero di infortuni sono Costruzioni, Metalmeccanica, Servizi e lavorazione del legno. Ovviamente per i servizi valgono le osservazioni già formulate in generale sulla vastità del comparto e sulla necessità di considerare le singole voci di tariffa che costituiscono il comparto.

Nelle costruzioni l'11% degli infortunati è artigiano (o familiare); i titolari, artigiani o loro familiari, risultano percentualmente ben rappresentati anche nei trasporti, nell'agrindustria e pesca, nell'industria del legno e in quella tessile.

Differenze di genere

Gli infortuni delle donne rappresentano circa il 20% del totale degli infortuni mentre tra gli occupati sono circa il 41%. Questa bassa incidenza generale è spiegabile col fatto che le donne svolgono prevalentemente attività lavorative a basso rischio e sono poco rappresentate nei comparti in cui l'incidenza è elevata (costruzione, lavorazione dei metalli e del legno).

Esistono tuttavia alcune situazioni in cui sono presenti non soltanto in numero elevato ma anche in condizioni in cui, per motivi fisiologici (prescindendo dalla gravidanza che merita una trattazione a parte), presentano un rischio maggiore, sia di infortunio che di malattia professionale.

Profilo di salute - ALCUNI INDICATORI

	Anno	Veneto
Proporzione di persone che risponde bene/molto bene sul proprio stato di salute	**2009**	**68,9%**
N° casi infezioni HIV	**2009**	**233**
N° casi TBC	**2009**	**422**
N° casi malaria	**2009**	**166**
N° casi West Nile Disease	**2008/2009**	**10**
N° casi Dengue	**2010**	**14**
N° casi Chikungunya	**2010**	**1**
Vaccinati contro morbillo	**2009**	**93,9%**
Altre vaccinazioni	**2009**	**>95%**
N° segnalazioni pervenute alle Ulss del Veneto di malattie professionali	**2009**	**1.837**
N° infortuni sul lavoro riconosciuti	**2000**	**75.208**
N° infortuni sul lavoro riconosciuti	**2008**	**55.317**
N° infortuni invalidanti e mortali	**2000**	**2.205**
N° infortuni invalidanti e mortali	**2008**	**1.973**
N° infortuni mortali	**2000**	**142**
N° infortuni mortali	**2008**	**75**

Mortalità *		**Anno**	
		1998	**2008**
Numero decessi per tutti i tumori	**Uomini**	**7.514**	**7.907**
Tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori	**Uomini**	**473,0**	**384,2**
Numero decessi per tutti i tumori	**Donne**	**5.258**	**6.038**
Tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori	**Donne**	**218,4**	**195,5**
Numero decessi per malattie sistema circolatorio	**Uomini**	**7.790**	**7.120**
Tasso standardizzato di mortalità per malattie sistema circolatorio	**Uomini**	**558,5**	**396,9**
Numero decessi per malattie sistema circolatorio	**Donne**	**9.586**	**9.446**
Tasso standardizzato di mortalità per malattie sistema circolatorio	**Donne**	**357,7**	**254,3**
N° morti per il tumore del polmone	**Uomini**	**2.220**	**2.073**
Tasso standardizzato di mortalità per il tumore del polmone	**Uomini**	**131,1**	**99,1**
N° morti per il tumore del polmone	**Donne**	**541**	**681**
Tasso standardizzato di mortalità per il tumore del polmone	**Donne**	**22,1**	**22,8**
N° morti per il tumore del colon retto	**Uomini**	**687**	**782**
Tasso standardizzato di mortalità per il tumore del colon retto	**Uomini**	**42,7**	**37,9**
N° morti per il tumore del colon retto	**Donne**	**593**	**709**

		Anno

		1998	2008
Tasso standardizzato di mortalità per il tumore del colon retto	**Donne**	**23,4**	**22,3**
N° morti per il tumore della prostata	**Uomini**	**586**	**504**
Tasso standardizzato di mortalità per il tumore della prostata	**Uomini**	**42,9**	**26,8**
N° morti per il tumore della cervice uterina	**Donne**	**25**	**13**
Tasso standardizzato di mortalità per il tumore della cervice uterina	**Donne**	**1,1**	**0,5**
N° morti per il tumore della mammella	**Donne**	**937**	**978**
Tasso standardizzato di mortalità per il tumore della mammella	**Donne**	**38,6**	**33,1**
Numero decessi per il diabete mellito	**Uomini**	**269**	**583**
Tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito	**Uomini**	**19,7**	**30,2**
Numero decessi per diabete mellito	**Donne**	**520**	**744**
Tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito	**Donne**	**20,4**	**20,7**
Numero decessi per cadute	**Uomini**	**191**	**134**
Tasso standardizzato di mortalità per cadute	**Uomini**	**13,0**	**7,1**
Numero decessi per cadute	**Donne**	**255**	**134**
Tasso standardizzato di mortalità per cadute	**Donne**	**9,8**	**3,7**
Numero decessi per accidenti da trasporto	**Uomini**	**626**	**370**
Tasso standardizzato di mortalità per accidenti da trasporto	**Uomini**	**30,2**	**16,1**
Numero decessi per accidenti da trasporto	**Donne**	**192**	**111**
Tasso standardizzato di mortalità per accidenti da trasporto	**Donne**	**8,2**	**4,3**
Numero decessi per autolesioni intenzionali	**Uomini**	**249**	**249**
Tasso standardizzato di mortalità per autolesioni intenzionali	**Uomini**	**13,3**	**10,9**
Numero decessi per autolesioni intenzionali	**Donne**	**72**	**79**
Tasso standardizzato di mortalità per autolesioni intenzionali	**Donne**	**3,2**	**3,1**

** Elaborazioni del Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale – SER su Registro Regionale di Mortalità*

Ambiente e salute

Il contesto epidemiologico generale

In un recente articolo apparso sul Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità [G. Calamandrei – HENVINET – Rete europea di salute e ambiente per la riduzione del rischio ambientale nella salute dell'infanzia – Not. Ist. Super Sanità 2010;23(4):3-5], una percentuale significativa del carico di malattia nei Paesi industrializzati viene attribuita a fattori ambientali, quali l'inquinamento dell'aria e del suolo.

Nel 2003 l'Unione Europea (UE) ha adottato la Strategia "Ambiente e Salute" con l'obiettivo principale di ridurre significativamente le patologie causate dai fattori ambientali in Europa, con particolare attenzione alle malattie dell'infanzia. La Strategia è stata sviluppata dal Piano di Azione Ambiente e Salute 2004-2010, mirato -tra l'altro- a fornire ai governi nazionali informazioni scientificamente attendibili, necessarie per ridurre l'impatto negativo sulla salute di determinati fattori ambientali.

Nelle regioni europee industrializzate il "Burden of Disease", espresso come "DALYs" (Disability Adjusted Life Years) e quindi riferito agli anni di vita persi 'aggiustati per disabilità', può essere attribuito, nella misura del 13-20%, a seconda delle fasce d'età, a determinanti ambientali indoor ed esterni.

[A. Prüss-Üstün and C. Corvalán: Preventing disease through healthy environments - Towards an estimate of the environmental burden of disease . WHO – 2006].

Per quanto riguarda l'Italia, i dati indicano che la percentuale del carico delle malattie attribuibili a cause ambientali è del 13%, per un totale di 88100 morti all'anno, di cui circa il 10% attribuibile all'inquinamento atmosferico.

[Country profiles of Environmental Burden of Disease – Italy – WHO Public Health and the Environment - Geneva 2009]

La situazione nella Regione Veneto

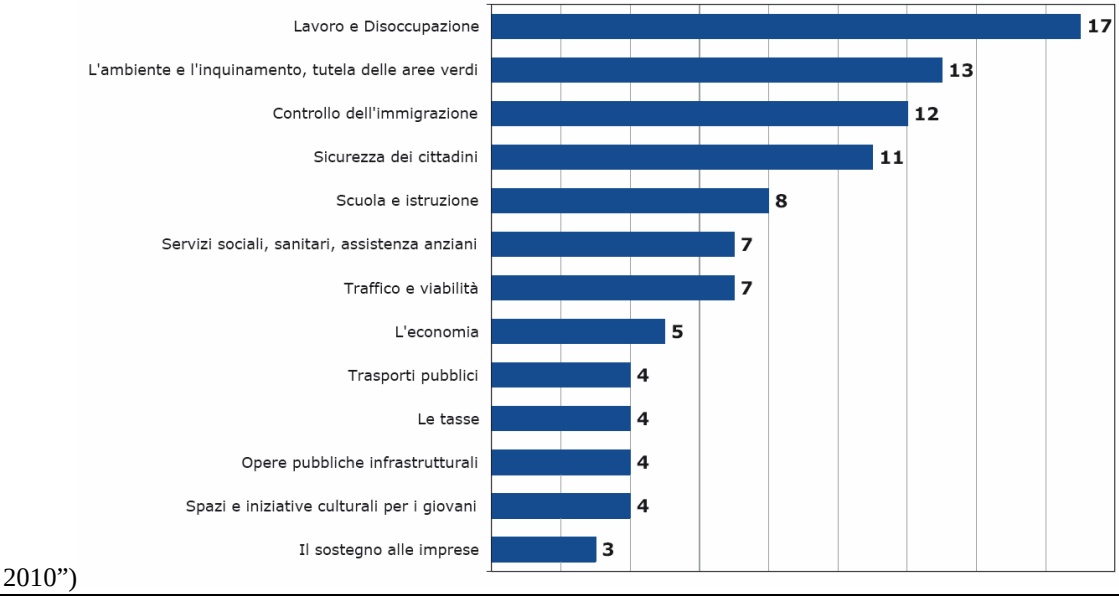
Nella nostra regione la descrizione della presenza e diffusione dei principali determinanti di salute correlati all'ambiente che possono generare un impatto non trascurabile sulla salute dei cittadini è ricavabile, nell'ambito del quadro epidemiologico di cui sopra dalla lettura del Rapporto Regionale "Ambiente e territorio 2010" [http://www.arpa.veneto.it/pubblicazioni/htm/scheda_pub.asp?ID=224]

Inoltre è possibile consultare, sull'apposito sito dell'ARPA del Veneto la pagina relativa agli "Indicatori dell'Ambiente" [http://indicatori.arpa.veneto.it/indicatori_ambientali], ove compaiono, in forma sintetica, ma con link a documenti più approfonditi, numerosi indicatori rappresentativi dello stato generale dell'ambiente della Regione, distinto per le seguenti matrici: atmosfera, biosfera, idrosfera, geosfera, rifiuti, agenti fisici, clima e rischi naturali, rischi antropogenici, ambiente urbano.

Come risulta da un'indagine, commissionata da ARPAV e realizzata tra gennaio e marzo 2009 ad opera del Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Trieste sulla percezione dell'ambiente da parte dei cittadini, la popolazione veneta è particolarmente sensibile alle problematiche ambientali.

Se, anche in ragione della congiuntura economica negativa caratterizzante il periodo in cui si è svolta la rilevazione, il principale problema, come evidenziato nella figura n. 1, è rappresentato da "lavoro e disoccupazione" (17%), "ambiente, inquinamento e tutela delle aree verdi" si pongono al secondo posto per importanza e urgenza (13%).

Figura n. 1: Problema più urgente a livello locale (Fonte ARPAV: “Ambiente e territorio

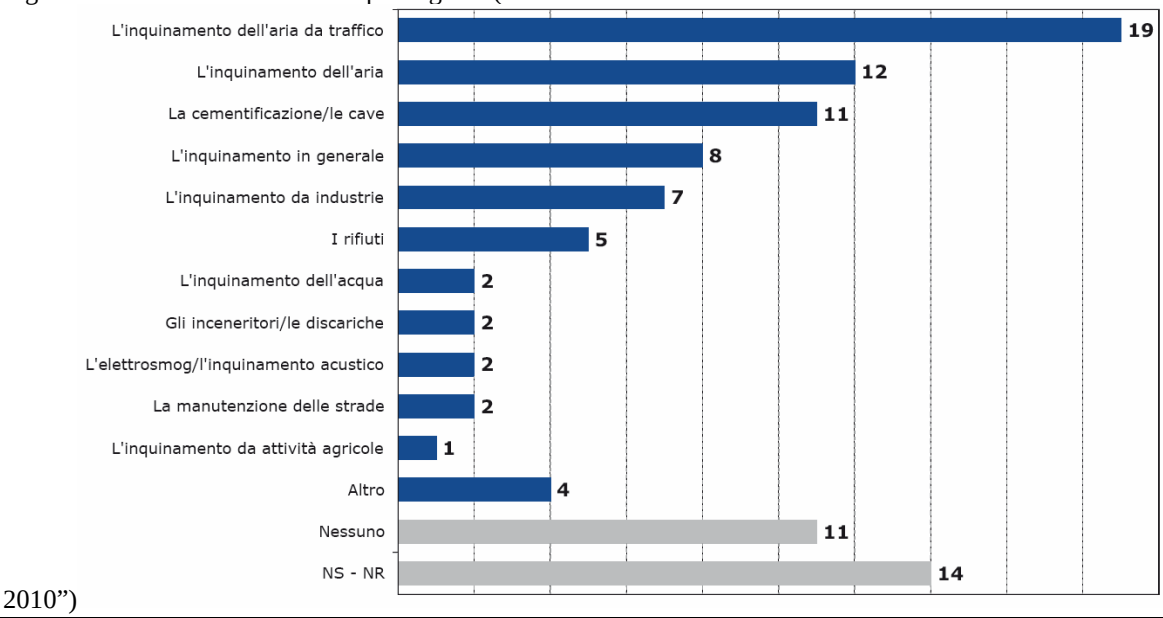


2010”)

Nella figura n. 2 sono riportati, in ordine decrescente, i problemi ambientali ritenuti più pressanti dal campione di cittadini intervistati nello studio di cui sopra.

Tali problemi coincidono, in larga parte, con i determinanti ambientali più frequentemente associati in letteratura, in modo consistente, con un impatto negativo sullo stato di salute della popolazione.

Figura n. 2: Problema ambientale più urgente (Fonte ARPAV: “Ambiente e territorio



2010”)

Gli stessi possono essere così sintetizzati in considerazione, tra l’altro, di quelli che sono gli ambiti di intervento della Direzione Prevenzione, atteso che per molti fattori di rischio la competenza istituzionale è della Direzione Regionale Ambiente:

- inquinamento atmosferico con Tavolo Salute Ambiente;
- inquinamento indoor, con particolare riferimento agli ambienti scolastici, in ragione della presenza di utenti particolarmente sensibili ed alla presenza di radon;
- amianto;
- radiazioni non ionizzanti;
- inquinamento acque;

- inquinamento da produzione, commercializzazione ed impiego di determinate sostanze chimiche, come i gas tossici ed i prodotti fitosanitari;
- inquinamento di acque sotterranee e destinate all'uso potabile, da sostanze chimiche, tra cui i fitosanitari;
- impiego di sostanze chimiche e di prodotti industriali.

Esposizione ad inquinamento atmosferico

L'esposizione all'inquinamento atmosferico provoca danni alla salute sia in modo acuto (dopo esposizioni di picco agli inquinanti nei giorni con maggiore inquinamento) sia in modo cronico. Il danno 'biologico' è nella maggior parte dei casi subdolo e poco evidente (come l'alterato sviluppo della funzione respiratoria nei bambini o alla diminuita saturazione di ossigeno negli anziani), ma è in grado di determinare aumenti di morbosità e mortalità. Nello specifico, gli inquinanti abitualmente considerati maggiormente 'critici' sono il particolato fine (PM_{10} o $PM_{2.5}$), l'ozono e gli ossidi di azoto.
Nella "Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico per il periodo 1996-2002 (MISA-2)", condotta su 15 città italiane (tra cui Mestre-Venezia e Verona) analizzando le serie giornaliere dei valori dei principali inquinanti negli anni 1996-2002, nonché i decessi (362.254) ed i ricoveri non programmati (794.528) occorsi nel periodo, sono stati calcolati gli effetti sanitari degli inquinanti espressi come variazioni percentuali di mortalità o ricovero ospedaliero per incrementi di 10 $\mu g/m^3$ per SO_2 NO_2 e PM_{10}.
Si è osservato un aumento della mortalità giornaliera per tutte le cause naturali collegato ad incrementi della concentrazione degli inquinanti atmosferici studiati.
Analogo rilievo riguarda anche la mortalità per cause cardiorespiratorie ed i ricoveri ospedalieri per malattie cardiache e respiratorie.
La sintesi dello studio riportata sul sito "Epicentro" dell'Istituto Superiore di Sanità [http://www.epicentro.iss.it/temi/ambiente/sintesiMisa.pdf] riporta che l'impatto "complessivo" sulla mortalità per tutte le cause naturali è risultato essere compreso tra l'1.4% ed il 4.1% per gli inquinanti gassosi. Molto più imprecisa è stata la valutazione per il PM10, date le differenze delle stime di effetto tra le città in studio (0.1% - 3.3%).
Studi epidemiologici come quello citato consentono di modellare una funzione esposizione-risposta applicata su tutto l'arco dei valori osservati di esposizione. Ciò consente, una volta determinata la proporzione di popolazione esposta ad ogni specifico livello di concentrazione, di fornire una stima quantitativa degli eventi sanitari avversi attesi. Consente inoltre di condurre appropriate analisi di tipo costo beneficio, in quanto permette di stimare quale sia il carico di effetti sanitari che potrebbe essere evitato qualora determinati interventi di mitigazione riducessero il livello di esposizione al PM10 di una determinata quantità.
Sulla base dei risultati dello studio MISA2, ad esempio, il costante rispetto dei limiti fissati dalle direttive europee per il 2010 avrebbe contribuito a far risparmiare, nell'insieme delle città considerate, circa 900 decessi (1.4%) per il PM10 e 1400 decessi per l'NO2 (1.7%).

In quest'ambito opera come riferimento regionale della materia il Programma Tematico Regionale di Epidemiologia Ambientale istituito con DGR n. 2719 del 15.9.2009. Il programma, che fa capo alla Direzione Regionale Prevenzione- Servizio Igiene Pubblica ed Ambiente, ha sede presso l'Azienda ULSS n.22 ed è diretto dal Dott. Gianstefano Blengio.
Le attività del programma sono le seguenti :
- *Attivita' di valutazione dei rischi per la salute ambiente correlati.*
- *Attivita' di analisi epidemiologica geografica ed ambientale.*
- *Attivita' di informazione, formazione e supporto.*
- *Attività di consulenza e supporto per la Direzione Regionale Prevenzione e ai Dipartimenti di prevenzione delle Ulss impegnati nelle attività in questione (partecipazione a gruppi tematici sulle problematiche di competenza del centro).*

Con riferimento all'inquinamento atmosferico, si precisa che le competenze ai monitoraggi ed ai controlli sulle sostanze inquinanti e sul rispetto dei limiti previsti per legge nonchè l'adozione dei conseguenti atti o provvedimenti spettano ad enti ed organi diversi (Arpav, Provincie, Comuni, Direzione Regionale Ambiente) e non direttamente al

settore sanitario (Prevenzione). Peraltro, in ossequio alla disposizione dell'articolo 7 quinquies del D.Lgs. 502/1992, per individuare modalità e livelli di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali è stato istituto il Tavolo Tecnico Ambiente e Salute (DGR n. 1061 del 21.4.2009, DDR Prevenzione n. 36 del 23.7.2009), con lo scopo tra l'altro di:

- indirizzare e coordinare attività di integrazione delle tematiche sanitarie con quelle ambientali;
- promuovere l'integrazione tra attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS ed i Dipartimenti ARPAV Provinciali, in relazione alla necessità di assicurare livelli essenziali di assistenza;
- esaminare e valutare problematiche in materia di ambiente e salute;
- promuovere e sostenere iniziative di formazione degli operatori ambientali e sanitari.

Esposizione all'amianto

È noto che l'esposizione a fibre di amianto produce un aumentato rischio di gravi patologie polmonari, tra cui, in primo luogo, il mesotelioma, oltre che neoplasie polmonari e pneumoconiosi.
La IARC classifica l'amianto nel gruppo 1, cioè nel gruppo di sostanze per le quali vi è evidenza sufficiente di cancerogenicità nell'uomo. Per quanto riguarda il tumore polmonare vi è un effetto sinergico con l'esposizione a fumo di sigaretta e vi è evidenza di un aumentato rischio correlato alle dosi di asbesto inalate. Per quanto riguarda il mesotelioma, non vi è relazione con il fumo di sigaretta e vi è evidenza di casi di tumore anche per dosi molto basse di asbesto.
Inoltre alcuni studi in letteratura hanno suggerito un'associazione tra esposizione ad amianto e tumori gastro-intestinali e colon-rettali, oltre che un aumentato rischio di insorgenza di tumori della gola, dei reni, dell'esofago e della cistifellea.[1]

Il secondo rapporto del Registro regionale del Veneto dei casi di mesotelioma ha ricostruito frequenza e andamento nel tempo dei nuovi casi di mesotelioma fra i residenti della Regione, dal 1987 al 2005.[2]
In questo arco di tempo sono stati registrati circa 1100 nuovi casi di malattia; di questi, circa 800 in persone di sesso maschile e quasi 1000 a carico della pleura. In Veneto la frequenza risulta quindi simile a quella di altre Regioni del Nord, come Lombardia e Piemonte, ma più elevata rispetto alle Regioni del Centro-Sud. Tra l'inizio e la fine del periodo esaminato, la frequenza della malattia è raddoppiata: non si sono quindi ancora osservati i benefici derivanti dall'eliminazione dell'amianto.
Per molti anni il rischio di esposizione alle fibre di amianto è stato legato soltanto ai lavoratori del settore; solo a partire dagli anni ottanta l'attenzione si è spostata sulle esposizioni non professionali e sulla possibilità di considerare l'amianto un contaminante ambientale. Sulla base di queste considerazioni, oltre alla Legge 257/92, che vieta in Italia l'estrazione, l'importazione, l'esportazione, la commercializzazione e la produzione di amianto, sono stati emanati alcuni decreti e circolari applicative con l'obiettivo di gestire il potenziale pericolo derivato dalla presenza di amianto negli edifici, manufatti e coperture.

---

[1] National Toxicology Program. Asbestos. In: Report on Carcinogens. Eleventh Edition. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005. Retrieved April 10, 2009, from: http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/eleventh/profiles/s016asbe.pdf. Ullrich RL. Etiology of cancer: Physical factors. In: DeVita VT Jr., Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer: Principles and Practice of Oncology. Vol. 1 and 2. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2004.

2 "Il ruolo dell'esposizione lavorativa ed ambientale ad amianto nella genesi dei casi di mesotelioma insorti in residenti del veneto. Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma - Secondo report". Coreo – Centro Operativo Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale. Piano triennale 2005 - 2007 di Prevenzione e Promozione della Salute negli Ambienti di Lavoro. Registro nazionale dei mesoteliomi.

In particolare il DPR 8/8/94 dispone che il censimento degli edifici con presenza di amianto libero (il rilascio di fibre nell'aria è gia in atto) o in matrice friabile è obbligatorio per gli edifici pubblici, i locali aperti al pubblico e di utilizzazione collettiva ed i blocchi di appartamenti.
L'amianto a matrice friabile risulta sia stato utilizzato prevalentemente a fini ignifughi ed isolanti ed applicato a spruzzo su muri, pareti e strutture metalliche, legato in intonaco, sovrastante a controsoffitti o a pannelli non friabili, contenuto in pannelli di controsoffittature friabili, in cartoni o pannelli posti in genere dietro gli impianti di riscaldamento, nei tessuti antifiamma e nelle guarnizioni.
Informazioni utili ai fini del censimento si trovano sul sito web regionale:
http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Salute+e+Sicurezza+nei+luoghi+di+lavoro/Amianto+cosa+deve+fare+amministratore+di+condominio.htm.

Esposizione a radiazioni non ionizzanti

Le radiazioni non ionizzanti sono forme di radiazioni elettromagnetiche -comunemente chiamate campi elettromagnetici- che, al contrario delle radiazioni ionizzanti, non possiedono l'energia sufficiente per modificare le componenti della materia e degli esseri viventi (atomi, molecole). I campi elettromagnetici hanno origine dalle cariche elettriche e dal loro movimento (corrente elettrica). L'oscillazione delle cariche elettriche, ad esempio in un'antenna o in un conduttore percorso da corrente, produce campi elettrici e magnetici che si propagano nello spazio sotto forma di onde.

Le radiazioni non ionizzanti possono essere suddivise in:

- campi elettromagnetici a frequenze estremamente basse (ELF)
- radiofrequenze (RF) (tra 100 KHz e 300 MHz);
- microonde (MO)
- infrarosso (IR)
- luce visibile

I **campi elettromagnetici ELF** presentano frequenze di 50-60 Hz, le sorgenti di questi campi sono le linee per la trasmissione e distribuzione dell'energia elettrica, nonché i relativi impianti per la trasformazione della tensione, e tutti quei dispositivi presenti sia in ambienti lavorativi che domestici alimentati da rete elettrica.
Il meccanismo di interazione alla base degli effetti biologici e sanitari scientificamente accertati è dato dall'induzione di campi elettrici e correnti elettriche all'interno di un corpo umano esposto a campi elettrici e magnetici ELF connessi ad esposizioni anche di brevissima durata ad elevati livelli di campo. Tali effetti consistono principalmente nella stimolazione dei tessuti muscolari e nervosi (eccitabili elettricamente), e possono rappresentare rischi per la salute quando la densità della corrente elettrica indotta all'interno del corpo dal campo esterno supera una soglia di circa 100 mA/m2, valore raggiungibile a fronte di esposizioni a campi a 50 Hz dell'ordine delle centinaia di kilovolt/metro per quanto riguarda il campo elettrico e di qualche millitesla per quanto riguarda l'induzione magnetica. La natura "a soglia" dei rischi sanitari a breve termine dei campi elettromagnetici ELF ha permesso di stabilire un sistema di protezione nei confronti di questi rischi che, imponendo delle restrizioni di base sulla densità di corrente, permette in linea di principio di eliminare completamente la possibilità di questi effetti (ICNIRP, 1998). A tali restrizioni di base, che incorporano un fattore di protezione 10 per i lavoratori e di 50 per la popolazione generale, corrispondono dei livelli di riferimento sull'induzione magnetica pari, alla frequenza 50 Hz, a 500 μT per i lavoratori e 100 μT per la popolazione: questi valori sono così elevati rispetto a quelli riscontrabili nei normali ambienti di vita e di lavoro che la possibilità di rischi a breve termine dovuti all'esposizione ai campi ELF non rappresenta un reale problema sanitario. [Alessandro Polichetti. Effetti sanitari dei campi ELF. Dipartimento di Tecnologie e Salute, Istituto Superiore di Sanità].
Nel caso degli effetti a lungo termine, connessi ad esposizioni prolungate a bassi livelli di campo, i possibili meccanismi di interazione sono ancora ignoti e non esiste nessuna indicazione dell'esistenza di soglie per gli effetti, con conseguenti problematiche protezionistiche completamente diverse da quelle poste dagli effetti a breve termine.
Per quanto riguarda le **radiofrequenze,** con particolare riferimento a quelle generate dall'uso di impianti ed apparecchi per la telefonia mobile, l'OMS prevedeva, al 2005, la presenza di circa un miliardo e seicento milioni di abbonati ai servizi di telefonia mobile, con conseguente costante aumento del numero di stazioni radio base.

Per quanto attiene agli effetti sulla salute attribuibili a queste radiazioni, al momento viene giudicata ancora valida [Paolo Vecchia– Istituto Superiore di Sanità - http://www.iss.it/elet/effe/cont.php?id=94&lang=1&tipo=5 - Effetti a lungo termine dei campi a radiofrequenza e microonde] la conclusione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, basata su una revisione dei dati scientifici svolta nell'ambito del Progetto internazionale CEM (Monaco, Novembre 1996), secondo cui non c'è nessuna evidenza convincente che l'esposizione ai campi a radiofrequenza e microonde abbrevi la durata della vita umana, né che induca o favorisca il cancro.

In merito all'esposizione alle radiazioni non ionizzanti la Regione Veneto da tempo ha avviato un articolato programma di monitoraggio di siti al fine di assicurare, nel tempo, il rispetto dei parametri di emissione di campo elettromagnetico fissati dalla normativa di settore.

In particolar modo, nel settore delle teleradiocomunicazioni, è stata perseguita ed è in itinere una precisa strategia mirata all'ottimizzazione dei monitoraggi, effettuati tramite A.R.P.A.V., per il controllo delle emissioni di campo elettromagnetico.

A tale scopo é stato redatto nel corso dell'anno 2008 *"il Piano regionale di monitoraggio e ottimizzazione dell'esposizione ai campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici generati da impianti di telecomunicazione"*. E' un Piano la cui adozione si è dimostrata necessaria in considerazione del fatto che nelle sette Province del Veneto si è assistito al ricorrere di criticità in materia di cosiddetto "elettrosmog" soprattutto per la difficoltà di garantire nel tempo il permanere del rispetto dei parametri di emissione. Conseguentemente l'intervento regionale non è stato solo mirato ad un intervento, per così dire, immediato e diretto nella singola procedura di riduzione a conformità per ogni singolo episodio di mancato rispetto dei parametri di emissione, ma è stato indirizzato a prevedere una programmazione di interventi mirati, in primo luogo, a garantire nel tempo il rispetto delle riduzioni a conformità ottenute.

Proprio a tale scopo sono stati avviati numerosi monitoraggi mediante la collocazione di centraline di monitoraggio in continuo. Con tali centraline si ottengono risultati caratterizzati da un costante monitoraggio di un sito in tempo pressoché reale con segnalazione, pertanto, di ogni possibile scostamento dai parametri fissati dalla legislazione.

Lo scopo principale del Piano sopra menzionato è quello quindi di avere, per ciascun sito critico in relazione alla concentrazione di impianti emettitori presenti, un costante monitoraggio che permetta, di conseguenza, un intervento il più immediato possibile a tutela della salute della popolazione.

Con il Piano si è inteso perseguire altresì lo scopo della strutturazione e implementazione, da parte di A.R.P.A.V., del catasto regionale degli impianti emettitori, e di avviare diverse iniziative informative in tale delicato settore con il coinvolgimento di diverse professionalità che possono apportare contributi diversificati nell'ottica di una migliore conoscenza della problematica dell'inquinamento elettromagnetico

Nel corso dell'anno 2009 è stata avviata con ARPAV (DGR n. 589/2009) una iniziativa per ottimizzare il controllo degli impianti di comunicazione elettronica in tecnica analogica e digitale per la diffusione sonora, televisiva e della telefonia cellulare, prevedendo altresì un coinvolgimento dell'Università degli Studi di Padova – Facoltà di Giurisprudenza – finalizzata a garantire, da parte di quest'ultima, il necessario supporto tecnico-giuridico all'Amministrazione regionale e ad A.R.P.A.V, considerata la complessità della materia.

Sulla base delle campagne di monitoraggio effettuate da ARPAV nonché sulla base dei dati forniti dai gestori delle emittenti, nella tabella di seguito riportata si evidenzia, alla data del 31/10/2010, il numero di stazioni radio-base per la telefonia mobile attivi per Provincia e il totale per la Regione.

Provincia	**N° Stazioni Radio Base**
Belluno	331
Padova	817
Rovigo	250
Treviso	716
Venezia	801
Verona	870
Vicenza	733
Totale	**4518**

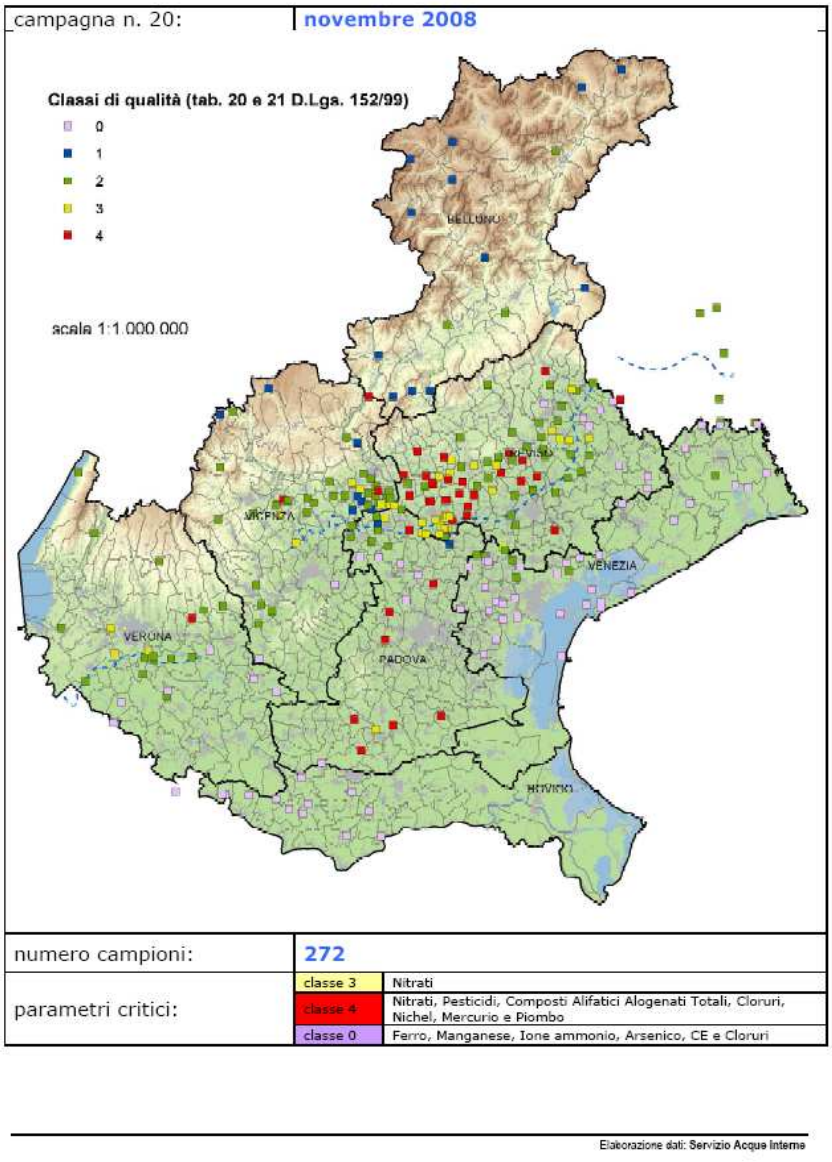
Nella tabella successiva si riporta, aggiornato al 30/09/2010, il numero dei siti e degli impianti radio-televisivi suddivisi per Provincia e il totale per la Regione.

Provincia	**Siti**	**Impianti RTV**
Belluno	134	696
Padova	28	176
Rovigo	28	47
Treviso	48	165
Venezia	30	50
Verona	110	573
Vicenza	136	569
Totale	**514**	**2276**

Inquinamento di acque sotterranee da sostanze chimiche

Da quanto emerge dal più recente rapporto tecnico di ARPAV che presenta i dati relativi all'attività di monitoraggio delle acque sotterranee nel Veneto, relativamente all'anno 2008, il 41% dei campioni è rappresentativo di acque di buona/ottima qualità.
Anche per il 2008 le contaminazioni riscontrate più frequentemente sono quelle dovute alle alte concentrazioni di nitrati, seguite da pesticidi e composti organo alogenati.
I dati ottenuti dalle reti di monitoraggio qualitativo delle acque sotterranee del Veneto per l'anno 2008 sono riportati nella figura n. 7.

Figura n. 7: 20ª Campagna di monitoraggio qualitativo delle acque sotterranee del Veneto. Autunno 2008.



Legenda: Definizione dello stato chimico delle acque sotterranee.

STATO QUALITATIVO	
CLASSE 1	Impatto antropico nullo o trascurabile con pregiate caratteristiche idrochimiche
CLASSE 2	Impatto antropico ridotto o sostenibile sul lungo periodo e con buone caratteristiche idrochimiche
CLASSE 3	Impatto antropico significativo e con caratteristiche idrochimiche generalmente buone, ma con segnali di compromissione
CLASSE 4	Impatto antropico rilevante con caratteristiche idrochimiche scadenti
CLASSE 0	Impatto antropico è nullo o trascurabile ma con particolari caratteristiche idrochimiche naturali in concentrazioni al di sopra del valore della classe 3

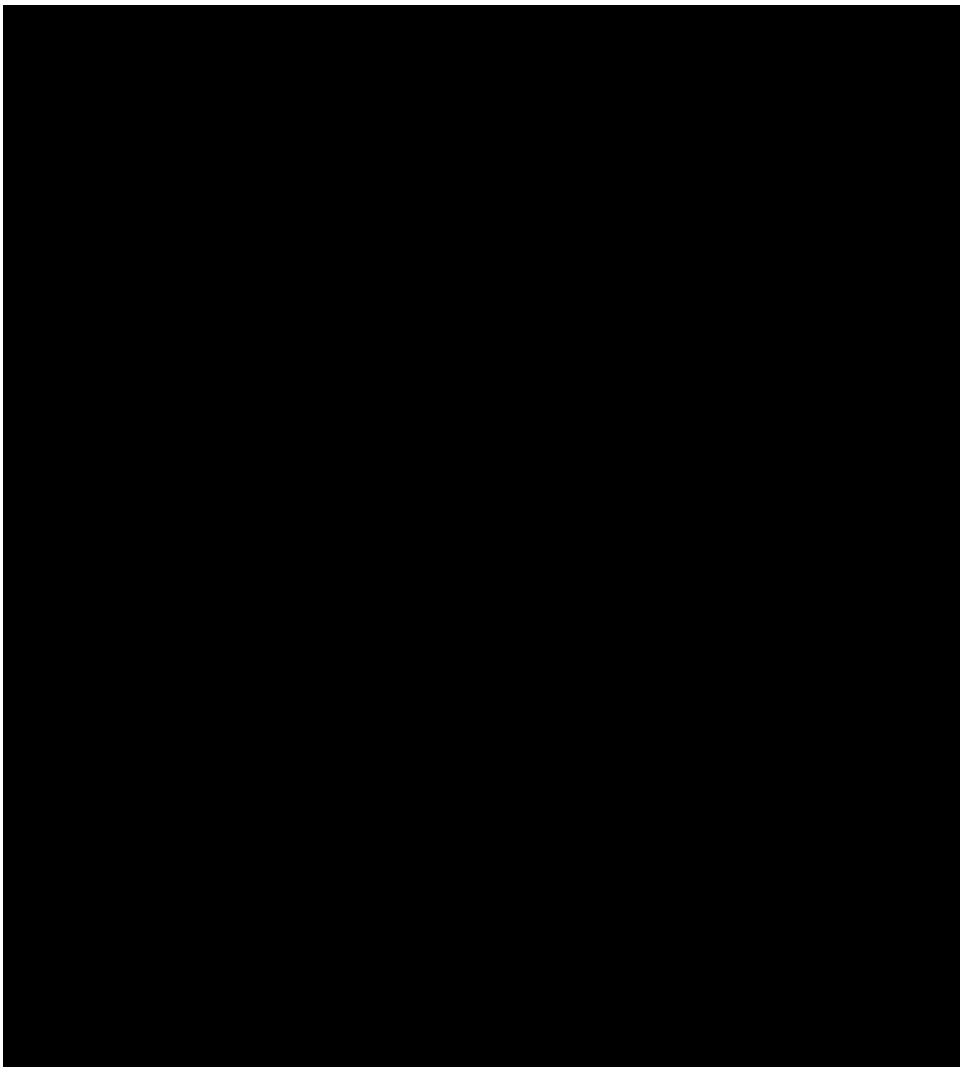
Esposizione ad altri inquinanti ambientali

Oltre a quanto descritto in dettaglio nei precedenti paragrafi, vi sono numerose altre fonti di inquinamento che possono determinare una contaminazione più o meno marcata di diverse matrici ambientali. Da tale contaminazione può derivare un'esposizione della popolazione a tali sostanze, sia in via diretta sia indiretta tramite contaminazione della catena alimentare. Le sostanze chimiche più diffuse e di maggior rilievo ambientale e sanitario comprendono le sostanze tossiche organiche persistenti e bioaccumulabili, tra i quali i prodotti fitosanitari.

Significativo è, ad esempio, il dato – in costante aumento nel quinquennio 2003-2008 – dei prodotti fitosanitari commercializzati in ambito territoriale veneto.

La tabella sottostante di pag. 68 evidenzia, relativamente all'anno 2008, la quantità in Kg (o litri) dei prodotti fitosanitari venduti, attraverso una suddivisione per provincia e per classe di pericolosità del prodotto venduto.

La consistenza del dato di vendita, rilevato in attuazione del c. 1, art. 42 DPR n. 290/2001, caratterizza in termini significativi il fenomeno dell'impiego degli stessi prodotti nelle aree agricole ed extragricole, ed indica che si tratta di una problematica da considerare con estrema attenzione, per i risvolti connessi alla tutela della salute della popolazione, oltre che ambientali, legati al quotidiano utilizzo dei prodotti fitosanitari.



[(1)]a cui si aggiungono 131.677 Kg o litri di altri prodotti commerciali di cui non è nota la classe di pericolosità.

È continuata pertanto l'attività del Progetto Regionale FAS "Fitosanitari – Ambiente – Salute" al fine di assicurare gli adempimenti di prevenzione sanitaria previsti dalla normativa.

Con DGR n. 1053 del 21.4.2009 si è provveduto a sviluppare il sistema di rilevazione, archiviazione ed elaborazione dei dati di vendita dei prodotti fitosanitari nella nostra regione relativamente all'anno 2008, mentre con DGR n. 2583

del 2.11.2010 è stato rinnovato all'ARPAV l'incarico per la stessa finalità sulla base delle dichiarazioni di vendita dei prodotti fitosanitari dell'anno 2009.
La conoscenza del dato sulla vendita dei prodotti fitosanitari a livello regionale permette, di anno in anno, una valutazione sulle iniziative di prevenzione sanitaria più opportune da adottare, in riferimento al particolare settore dell'impiego dei prodotti fitosanitari.
Inoltre, l'affinamento del sistema approntato consente l'individuazione dei casi di commercio irregolare dei prodotti fitosanitari che, allorquando sono venduti senza i requisiti previsti dal decreto ministeriale di loro autorizzazione, costituiscono un effettivo pericolo per la salute della popolazione.
Nel settore della vendita e dell'utilizzazione dei prodotti fitosanitari la DGR n. 1166 del 23.3.2010 ha rappresentato l'atto di programmazione regionale, anno 2010, per lo svolgimento del Piano annuale di controllo sanitario sulle attività di vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari, attuato dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, chiamate al raggiungimento di standard qualitativi e quantitativi dei sopralluoghi da effettuare nel corso dell'anno.
Tali obiettivi, secondo le indicazioni evidenziate con la DGR n. 527 del 2.3.2010, costituiscono i riferimenti di valutazione, per l'anno 2010, delle attività di igiene e sanità pubblica al fine del riconoscimento delle risorse previste dalla L.R. 16.8.2007 n. 23, art. 8, commi 2 e 3, da assegnare ai Dipartimenti di Prevenzione per il miglioramento ed il potenziamento delle stesse strutture aziendali.
È stata assicurata inoltre l'attività di formazione a favore degli operatori, Medici e Tecnici della Prevenzione, coinvolti nell'attività di controllo nel settore in questione e, pertanto, con le DGR n. 4283 del 29.12.2009 e n. 2116 del 7.9.2010, si è provveduto per la realizzazione di 2 interventi formativi (da proporre in più edizioni) finalizzati:

- a definire, precisare e caratterizzare l'attività di controllo sanitario nel settore, anche attraverso un approfondimento sugli obblighi, sulle responsabilità e sugli elementi sanzionatori che contraddistinguono la stessa attività di vigilanza;
- a migliorare le competenze di comunicazione e le capacità di gestione dei momenti formativi che Medici e Tecnici della Prevenzione sono chiamati a svolgere a favore degli operatori coinvolti nelle attività di vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari.

Il prospetto di pagina 70 rappresenta il quadro riepilogativo degli esiti dell'attività di controllo sanitario realizzata nel settore della vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari anno 2009 da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS sulla base della programmazione regionale in materia (P.Re.fit. 2009).

REACH

La realtà produttiva chimica del Veneto comporta la necessità di un'identificazione sistematica dei rischi e dei pericoli connessi alle sostanze chimiche finalizzata a prevenire casi di esposizione a vari agenti chimici, riducendo così patologie e decessi, con conseguente contrazione dei costi a carico dei singoli sistemi sanitari.
Con l'entrata in vigore del Regolamento REACH (Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals) n. 1907/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio, circa 30.000 sostanze e prodotti chimici saranno soggetti ad un esame sulla loro pericolosità e inseriti in un database comune a tutti gli Stati membri.
Anche nel Veneto i prodotti dell'industria chimica saranno maggiormente sicuri, sia per i consumatori, sia per l'ambiente, facilitando altresì l'implementazione del principio di responsabilità sociale delle imprese.
La conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici favorirà il miglioramento della tutela della salute umana e dell'ambiente e l'industria chimica beneficerà dell'introduzione di un unico sistema europeo di regolamentazione, di un meccanismo decisionale con scadenze chiare e di una maggiore fiducia del consumatore nei confronti dei prodotti.
Sulla base delle procedure previste dal sistema REACH, su un totale di circa 150.000 sostanze registrate, in Europa hanno effettuato una preregistrazione 65.000 imprese, 4055 in Italia e 453 nel Veneto.
Si tratta quindi di una realtà consistente in riferimento al panorama complessivo, così da suggerire, in termini di programmazione regionale, mirati interventi al fine di avviare il nuovo sistema REACH.
Tali interventi sono rivolti:

- alla formazione degli operatori sanitari;
- all'informazione della popolazione e dei consumatori in generale;

- all'assistenza alle imprese coinvolte;
- allo svolgimento dell'attività di controllo sanitario nel settore.

Relativamente al sistema REACH in ambito regionale, si è provveduto ad assicurare particolare importanza agli adempimenti previsti con il Reg. (CE) n. 1907/2006 e pertanto con DGR n. 4283 del 29.12.2009, tenendo conto degli indirizzi provenienti dal Ministero della Salute, dal Coordinamento delle Regioni e dal Gruppo insediato a livello nazionale, è stato impegnato l'importo di € 350.000,00 al fine di realizzare, attraverso specifico incarico ad Azienda ULSS, le linee progettuali Formazione, Vigilanza ed Assistenza che costituiscono i fondamentali ambiti di intervento finalizzati a concretizzare nel territorio regionale il complesso sistema REACH.
Con DGR n. 523 del 2.3.2010 è stata quindi individuata l'Autorità Regionale in materia di REACH (Direzione Regionale Prevenzione).
Successivamente è stato approntata una serie di strumenti operativi ed organizzativi per attuare puntualmente sul territorio regionale le linee progettuali suddette, secondo i criteri individuati con la DGR n. 4283/2009 citata.

Piano Regionale di controllo sulle attività di vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari anno 2009 (P.Re.fit. 2009)

-quadro complessivo-

DATI	AZIENDE ULSS																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	tot
1. CONTROLLO SULLE VENDITE																						
Ispezioni	12	3	10	13	10	24	32	18	34	17	0	7	7	25	9	14	18	15	5	21	38	332
Infrazioni totali	0	0	2	4	0	0	3	0	8	3	0	3	0	0	0	8	0	0	0	11	3	45
TIPOLOGIA INFRAZIONI																						
Rivendite non autorizzate	0	0	1	1	0	0	0	/	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	/	1	4
Addetti alla vendita non abilitati	0	0	1	1	0	0	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	/	1	3
Prodotti fitosanitari non autorizzati	0	0	0	0	0	0	0	/	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	/	0	1
condizioni di conservazione/trasporto inappropriate	0	0	0	0	0	0	0	/	0	0	0	3	0	0	0	4	0	0	0	/	0	7
mancanza registro carico-scarico	0	0	0	0	0	0	0	/	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Altro	0	0	0	2	0	0	3	/	8	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	10	1	28
2. CONTROLLO ETICHETTE E CONFEZ.TO																						
Imballaggi (art. 15.1 D.Lgs 194/95)																						
controlli	0	0	27	13	0	0	0	72	60	16	0	14	12	22	9	14	0	15	8	21	55	358
Infrazioni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Etichette (art. 16 D.Lgs 194/95)																						
controlli	9	0	27	13	0	10	1	53	60	16	0	14	12	22	9	14	0	15	12	21	55	363
Infrazioni	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Scheda di sicurezza																						
controlli	0	0	27	3	0	18	0	53	60	16	0	14	12	22	9	0	0	0	12	21	55	322
Infrazioni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3. CONTROLLO SULLA COMPOSIZIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI																						
Analisi	1	0	0	1	/	/	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6
Infrazioni	0	0	0	0	/	/	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sostanza attiva determinata																						
Analisi	0	0	0	1	/	/	0	/	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Infrazioni	0	0	0	0	/	/	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
quantità sostanza attiva																						
Analisi	0	0	0	1	/	/	0	/	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10
Infrazioni	0	0	0	0	/	/	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
quantità di altri componenti (Coformulanti, impurezze)																						
Analisi	/	0	0	1	/	/	0	/	0	/	0	8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Infrazioni	/	0	0	0	/	/	0	/	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Proprietà chimico-fisiche																						
Analisi	/	0	0	0	/	/	0	/	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Infrazioni	/	0	0	0	/	/	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altro																						
Analisi	/	0	0	0	/	/	0	/	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Infrazioni	/	0	0	0	/	/	0	/	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. CONTROLLO SULL'IMPIEGO DI PRODOTTI FITOSANITARI A LIVELLO DEGLI UTILIZZATORI																						
numero ispezioni	12	6	16	43	14	56	46	8	62	53	36	50	2	13	50	10	30	10	31	50	51	649
Infrazioni	4	16	1	1	0	0	2	0	149	5	14	10	0	0	11	10	1	3	7	36	6	276
TIPOLOGIA INFRAZIONI																						
Uso di prodotti non autorizzati	/	0	0	0	0	0	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Uso non previsto di prodotti autorizzati	/	0	0	1	0	0	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
mancata applicazione delle misure di sicurezza per prevenire i rischi di chi usa il PFS	/	4	0	0	0	0	0	/	24	0	0	6	0	0	11	3	0	0	2	0	0	50
Inappropriate condizioni di conservazione	/	2	0	0	0	0	0	/	52	0	0	4	0	0	0	2	0	0	2	0	6	68
Mancanza patentino utilizzatore	/	0	1	0	0	0	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Mancata tracciabilità	/	0	0	0	0	0	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mancanza registro dei trattamenti	/	1	0	0	0	0	0	/	0	5	2	0	0	0	0	5	0	0	3	1	0	17
mancanza di rispetto del tempo di rientro	/	0	0	0	0	0	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mancanza di rispetto degli intervalli di sicurezza	/	0	0	0	0	0	0	/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altro	4	9	0	0	0	0	2	/	73	0	12	0	0	0	0	0	0	3	0	34	0	137

L'inquinamento indoor

Nel 2001, in seguito ad Accordo Stato-Regioni concluso sulla base dell'azione di coordinamento interregionale della Regione del Veneto, sono state pubblicate le "Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati", al fine di contrastare gli effetti sulla salute delle persone derivanti dal cosiddetto "inquinamento indoor" (cfr. G.U. n. 276 del 27.11.2001, S.O. n. 252).

Il documento fornisce un quadro conoscitivo della qualità dell'aria "indoor" ed evidenzia le aree prioritarie d'intervento e gli obiettivi verso cui orientare le azioni per realizzare un Programma Nazionale di Prevenzione negli ambienti confinati di vita e di lavoro (abitazioni, scuole, uffici, mezzi di trasporto).

Con successivo Accordo Stato-Regioni del 5.10.2006 è stato approvato anche il documento "Linee guida per la definizione di protocolli tecnici di manutenzione predittiva sugli impianti di condizionamento", pubblicato nella G.U. n. 256 del 3.11.2006.

Più recentemente, con la Regione del Veneto nel ruolo di Capofila in materia di salute, sono stati definiti gli elementi tecnici necessari a concludere, in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni-EE.LL., l'Accordo sul documento "Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio indoor per allergie ed asma nelle scuole".

Piscine

In relazione alla problematica dell'inquinamento indoor, la Regione del Veneto ha già avviato un'esperienza di monitoraggio in ambiente piscina

Infatti, all'indomani dell'Accordo tra Stato-Regioni e Province Autonome del 16.1.2003 sugli aspetti igienico-sanitari concernenti la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine ad uso natatorio, e tenendo conto del successivo Accordo interregionale contenente le disposizioni tecniche in materia di piscine, la Regione del Veneto ha attuato il "Progetto Regionale Piscine".

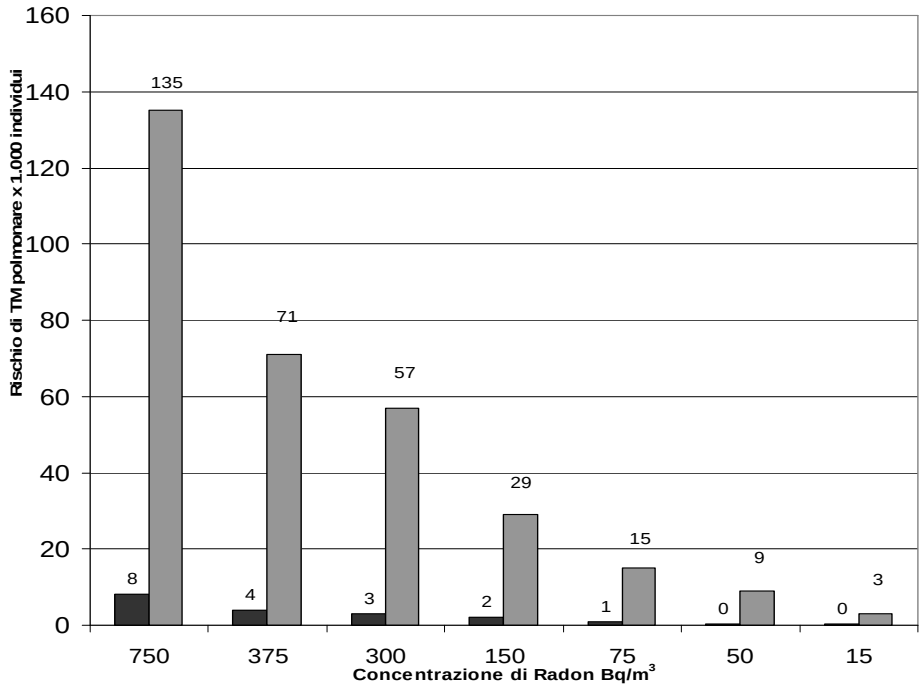
Sulla base di quest'ultima iniziativa è stata concretamente assicurata una nuova fase dell'attività di controllo sanitario sulla qualità delle acque e sul livello dei parametri acustici che i gestori delle piscine devono attentamente considerare nello svolgimento delle attività natatorie.
Su scala regionale sono almeno 30 milioni le presenze annue in piscina, con 110 mila persone che giornalmente entrano in acqua.
Questi dati hanno indirizzato l'azione regionale verso la conoscenza dell'effettiva realtà regionale degli impianti natatori esistenti, considerando prioritaria la qualità di acqua ed aria.
Attualmente la banca dati sugli impianti natatori, relativamente alle piscine pubbliche nell'ambito di attività ricettive, quali Collegi, Palestre, Centri, Associazioni e Circoli rilevate nel territorio di 20 Aziende ULSS su 21 annovera oltre 1200 strutture.
In collaborazione con le Associazioni di categoria si sono stati monitorati 10 impianti per una ricognizione dello stato di fatto dei parametri del protocollo, al fine di procedere ad una valutazione sul campo dell'applicazione dell'Accordo.
Nella prima fase di questo studio, sono state presi in esame principalmente gli aspetti chimico – fisici delle matrici osservate: temperatura e umidità dell'aria e dell'acqua, parametri chimici dell'acqua di vasca e dell'aria, requisiti di illuminazione, prestazioni acustiche degli edifici.
Nella prima parte della seconda fase di studio, allo scopo di evidenziare il comportamento degli impianti di climatizzazione al variare delle condizioni climatiche esterne, sono stati effettuati in alcune piscine monitoraggi continuativi per un periodo prolungato con registrazione in continuo delle condizioni di temperatura e umidità interne alla piscina e contestuale monitoraggio delle condizioni meteo all'esterno, in prossimità di ciascun impianto.
Oltre alle criticità emerse dal suddetto monitoraggio, l'acquisizione di ulteriori elementi di conoscenza, anche riferiti ad altri ambienti indoor a fruizione collettiva, in particolare alle scuole, consentono di elaborare specifiche disposizioni tecniche a garanzia dell'igienicità e della salubrità dell'ambiente piscina e di iniziative per il miglioramento degli ambienti di vita ad elevata frequentazione.
A tale proposito è in fase di realizzazione una terza fase di monitoraggio nell'ambiente piscina e negli ambienti scolastici.

Esposizione a radon

La relazione causale tra esposizione a radon e insorgenza di tumore al polmone è ormai suffragata da numerosi dati scientifici, derivanti da studi di mutagenesi cellulare, sperimentali su animali ed epidemiologici. Il radon e la sua progenie sono stati dichiarati cancerogeni per l'uomo (gruppo 1) già dal 1988 (IARC 1988).
Nella figura n. 6 è indicato il numero di persone ogni 1000 che si stima possano contrarre un tumore al polmone se esposte per tutta la vita a concentrazioni crescenti di radon. Le stime sono riferite distintamente a fumatori e non

fumatori. Risulta evidente l'aumento del rischio al crescere della concentrazione di radon alla quale si sia eventualmente esposti; inoltre, per i fumatori, il rischio complessivo è più alto –per ogni livello di esposizione- di circa 15 volte rispetto a quello dei non fumatori. I dati di letteratura attualmente disponibili, infatti, depongono per un rapporto sinergico dei due cancerogeni, per cui l'effetto combinato di fumo di sigaretta e radon risulta maggiore della somma dei singoli effetti.

Fig. n. 6 : Rischio di neoplasia polmonare in relazione all'esposizione al radon



(Fonte: A citizen's guide to radon, EPA-Environmental Protection Agency, 1992)

- *Il radon nelle abitazioni*

La Raccomandazione europea 43/90/Euratom fissa due livelli di riferimento a 400 Bq/mc e 200 Bq/mc rispettivamente per le abitazioni esistenti e per le nuove costruzioni. La Regione Veneto con la DGR n.79 18/01//2002 ha ritenuto di adottare, sia per le nuove abitazioni che per quelle esistenti, il livello di azione più cautelativo di 200 Bq/mc, fornendo indicazioni per l'esecuzione di misurazioni nella propria abitazione ai residenti nelle aree individuate e nelle abitazioni al piano terra.
Inoltre la Regione ha pubblicato il documento "Il Radon in Veneto, ecco come proteggersi – Guida pratica alla misurazione del radon e alla bonifica nelle abitazioni", consultabile sul sito web regionale [http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Luoghi+e+ambienti+sani/Radon.htm] e il testo "Gas Radon: tecniche di mitigazione. Indagine sperimentale sulla correlazione fra attacco a terra e tecniche di mitigazione". Zannoni, Bellezza, Bigliotto, Prearo. EdicomEdizioni – prima edizione novembre 2006.
Va precisato che, in tale ambito, si è voluto fornire un'informazione sugli effetti dell'esposizione al radon, ma anche sui rimedi come misure di riduzione all'esposizione, e tali rimedi sono stati sperimentati con specifiche attività di bonifica.

- *Il radon nelle scuole*

Il D.Lgs. 241/00, che recepisce la direttiva 96/29/EURATOM, stabilisce i limiti di concentrazione media annua di radon nei luoghi di lavoro ed, espressamente, anche nelle scuole; in particolare, per le scuole dell'infanzia e dell'obbligo, il limite (chiamato livello d'azione) è fissato in 500 Bq/m^3.
La tabella n. 1 illustra i risultati della campagna di monitoraggio realizzata da ARPAV dal 2003 al 2006 in tutte le scuole della Regione Veneto (pubbliche e private, dai nidi fino alle medie incluse) ubicate nei Comuni preliminarmente individuati a rischio radon (come da elenco pubblicato nella DGRV n. 79 del 18/01/02). A tali scuole

si sono aggiunte quelle dei restanti Comuni della provincia di Belluno, per iniziative locali dell'ARPAV e delle Aziende ULSS competenti per territorio.

Tabella n.1: Percentuale di edifici con almeno un superamento del limite di 500 Bq/m3 per ciascuna provincia e valori medio, minimo, massimo (rispetto alle concentrazioni medie rilevate nelle scuole) della concentrazione annua di radon – Anni 2003-2006

Provincia	n. scuole monitorate	% edifici con almeno un locale con sup. di 500 Bq/m^3	Valore medio (Bq/m^3)	Valore minimo (Bq/m^3)	Valore massimo (Bq/m^3)
Belluno	245	7 % (16 su 245)	154	27	1026
Padova	91	7 % (6 su 91)	118	23	1057
Treviso	48	2 % (1 su 48)	123	36	448
Vicenza	389	8 % (33 su 389)	163	19	1458
Totale	**773**	**7 % (56 su 773)**	**152**	**19**	**1458**

La campagna di misura ha riguardato complessivamente il monitoraggio di 773 edifici scolastici ubicati in 135 Comuni del territorio veneto. In ognuna di queste scuole sono state condotte misure della durata di un anno (in genere, sono state adottate due misure semestrali consecutive).

L'indicatore riporta i dati statistici generali risultanti dall'indagine: viene fornita la percentuale di scuole, rispetto a quelle monitorate, in cui almeno in un locale è stato riscontrato un superamento del limite di 500 Bq/m3; per tali situazioni la normativa prevede che entro tre anni vengano attuate azioni di mitigazione. Sono inoltre riportate le medie dei valori minimi, massimi e medi delle concentrazioni medie annue di radon, misurate in ciascuna scuola e calcolate su base provinciale.

A seguito dei superamenti rilevati negli edifici scolastici, risulta siano già state avviate iniziative di bonifica, che comportano attività articolate con coinvolgimento di diversi soggetti: progetto, lavori edili, misurazioni di verifica dell'efficacia dell'azione di mitigazione (misure di breve termine e una misura confermativa di lungo termine della durata di un anno). Lo stato di avanzamento delle bonifiche è consultabile sul sito di ARPAV (www.arpa.veneto.it)

Profilo dei comportamenti

Nella tabella che segue (fonte OMS) sono rappresentati i fattori di rischio associati ad ogni specifica patologia. Lo stile di vita che l'individuo adotta è in gran parte causa del proprio stato di salute.

Questa tabella indica come una sola malattia, ad esempio un'affezione cardiaca, può essere causata da varie scelte comportamentali e come ogni fattore di rischio, ad esempio il tabagismo, può essere la causa occulta di molte malattie	**Alimentazione sbagliata ed eccessiva**	**Abuso di alcol**	**Tabagismo**	**Mancanza di esercizio fisico**	**Stress**	**Inquinamento atmosferico**
Malattie cardiovascolari						
Cardiopatie	●●	●	●●	●●	●●	
Attacco cardiaco	●●	●●	●	●●	●●	
Ipertensione	●●	●●	●	●●	●●	
Cancro						
Colon – retto	●●					
Polmone			●●			●
Bocca		●	●●			
Stomaco	●					
Malattie respiratorie			●●			●●
Cirrosi		●●				
Diabete	●●	●●		●●	●●	
Osteoporosi	●●	●●	●	●●		
Disturbi alimentari	●●	●		●●		
Ulcera gastrica	●●	●●	●●		●●	
Traumi del feto		●●	●●			●

● = rischio
●● = alto rischio

Nelle pagine che seguono vengono riportati alcuni dati relativi agli stili di vita dei veneti.

Abitudine al fumo di tabacco

Nel 2009, nel Veneto, il 25% dei residenti intervistati, tra i 18 e 69 anni tramite il sistema di sorveglianza PASSI, risulta essere fumatore, il 22% ex fumatore ed il 53% non fumatore. L'abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini, nelle classi di età minori di 35 anni e nelle persone con difficoltà economiche. Il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 11. Il 4% dei fumatori dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno ("forti fumatori").

Il 42% degli intervistati dichiara che un medico o un operatore sanitario ha indagato le sue abitudini al fumo. Il 62% dei fumatori riporta altresì di aver ricevuto da parte di un operatore sanitario un invito a smettere di fumare.

Praticamente tutti gli ex fumatori (95%) hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli e solo l' 1% ha riferito di averlo fatto grazie a gruppi di aiuto o operatori sanitari. Un 3% di fumatori ha utilizzato farmaci o cerotti per tentare di smettere.

L'87% degli intervistati dichiara che non si fuma in casa. Il 79% delle persone riferisce che la legge sul divieto di fumo nei locali pubblici è rispettata sempre ed il 15% quasi sempre, mentre l'82% degli intervistati riferisce il rispetto assoluto di tale divieto in ambito lavorativo e l'11% quasi sempre.

Abitudine al fumo di sigaretta
Veneto - PASSI 2009

Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	24,9	*23,6*	*26,1*
Classi di età			
18-24	33,6	*29,1*	*38,1*
25-34	31,6	*28,4*	*34,8*
35-49	24,6	*22,5*	*26,7*
50-69	19,0	*17,1*	*20,9*
Sesso			
uomini	29,6	*27,7*	*31,5*
donne	20,1	*18,4*	*21,7*
Livello di istruzione			
nessuna/elementare	18,4	*15,2*	*21,6*
media inferiore	29,0	*26,7*	*31,3*
media superiore	26,3	*24,4*	*28,3*
laurea	15,4	*12,2*	*18,6*
Difficoltà economiche			
molte	36,8	*31,7*	*41,9*
qualche	27,4	*25,2*	*29,6*
nessuna	21,7	*20,2*	*23,3*

Fumo passivo

Le stime derivanti dai dati ISTAT (Indagine Multiscopo 2005) rilevano la presenza in Italia di una quota consistente di fumatori passivi. Definendo come fumatore passivo la persona che convive con almeno un fumatore e non fuma, allora i fumatori passivi in Veneto sono circa il 19% della popolazione. In Veneto, nel 31,5% dei nuclei familiari con figli, almeno uno dei due genitori fuma: ne esce che quasi un terzo dei bambini fino a 5 anni è esposto a fumo passivo perché vive con fumatori, la quota si attesta attorno al 28% per i ragazzi tra i 6 e i 14 anni; aspetto da non sottovalutare in termini di prevenzione, considerato anche il ruolo guida dell'adulto nei confronti dell'adolescente.

Alimentazione

Popolazione 18-69 anni (dati PASSI)

Nel Veneto il 4% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni con il sistema di sorveglianza PASSI risulta sottopeso, il 56% normopeso, il 30% sovrappeso e il 10% obeso. Le persone in eccesso ponderale (in sovrappeso o obese) sono perciò il 40% del campione;

Il 43% delle persone in sovrappeso non percepisce come troppo alto il proprio peso.

Il 44% delle persone in sovrappeso ed il 79% delle persone obese ha ricevuto da parte di un operatore sanitario il consiglio di perdere peso.

Il 22,5% delle persone in eccesso ponderale riferisce di seguire una dieta per perdere peso. Il 28% delle persone sovrappeso ed il 35% di quelle obese risulta sedentario.

Solo il 13% della popolazione intervistata aderisce alle raccomandazioni internazionali circa l'adeguato livello di consumo di frutta e verdura, riferendo un consumo di cinque porzioni al giorno; il 39% ne mangia tre o quattro, il 45% uno o due e il 3% nessuna.

Popolazione con eccesso ponderale
Veneto - PASSI 2009

Caratteristiche	Sovrappeso			Obesi		
	%	IC 95%		%	IC 95%	
Totale	30,0	*28,7*	*31,3*	10,2	*9,3*	*11,0*
Classi di età						
18 - 34	19,8	*17,6*	*22,1*	3,6	*2,6*	*4,6*
35 - 49	29,6	*27,5*	*31,8*	10,1	*8,7*	*11,6*
50 - 69	38,7	*36,5*	*41,0*	15,7	*13,9*	*17,4*
Sesso						
uomini	39,2	*37,3*	*41,2*	11,7	*10,4*	*13,0*
donne	20,5	*18,9*	*22,2*	8,6	*7,5*	*9,7*
Istruzione						
nessuna/elementare	38,2	*34,3*	*42,0*	21,1	*17,8*	*24,4*
media inferiore	35,1	*32,7*	*37,5*	13,2	*11,4*	*14,9*
media superiore	26,0	*24,1*	*27,9*	6,8	*5,7*	*7,9*
laurea	22,3	*18,7*	*25,9*	3,0	*1,5*	*4,5*
Difficoltà economiche						
molte	31,4	*26,4*	*36,3*	16,5	*12,6*	*20,3*
qualche	31,4	*29,2*	*33,6*	12,0	*10,4*	*13,5*
nessuna	28,8	*27,1*	*30,5*	8,1	*7,1*	*9,2*

Popolazione 8-9 anni (dati OKKIO)

Nel Veneto il 72,8% dei bambini di che frequentano le classi terze delle scuole primarie (8 e 9 anni) risulta sotto o normopeso, il 20% sovrappeso, il 7,3% obeso. I bambini di questa classe di età in eccesso ponderale (sovrappeso o obesi) sono perciò il 27,3% del campione.

Il 36% del campione non fa colazione al mattino o non fa colazione adeguata.

L'80% del campione non consuma una merenda adeguata di metà mattina.

Il 55% del campione consuma frutta e verdura 1 sola volta al giorno o meno o mai, durante la settimana.

Il 50% del campione consuma bevande zuccherate una o più volte al giorno.

Popolazione con eccesso ponderale
Veneto – OKkio alla Salute 2008

Caratteristiche	Normo/Sottopeso	Sovrappeso	Obesi
	%	%	%
Totale	72,8	20,0	7,3
Classi di età			
8 anni	72,9	19,2	7,9
9 anni	72,6	20,8	6,6
Sesso			
maschi	72,9	20,8	6,3
donne	72,6	19,2	8,2
Zona Geografica			
< 10.000	70,0	21,5	8,5
10.000-50.000	75,9	17,1	7,0
> 50.000	75,8	19,9	4,3
Metropolitana e/o perimetropolitana	69,2	22,1	8,7
Istruzione della madre			
Nessuna, elementare, media	67,6	22,7	9,7
Superiore	75,1	19,2	5,7
Laurea	79,3	14,8	5,9

Il sistema di sorveglianza "OKkio alla Salute", nell'ambito di un progetto più ampio "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", è relativo alla raccolta di dati sullo stato nutrizionale e gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie ed è stato realizzato per la prima volta nel 2008, ripetuto nel 2010 e sarà oggetto di un'ulteriore replica nel 2012.

Con esso, in Italia, viene utilizzato, su tutto il territorio nazionale, un sistema omogeneo per raccogliere ed elaborare i dati su stato nutrizionale e stili alimentari e di vita di una classe di popolazione, permettendo anche di effettuare confronti tra varie aree del paese al fine di instaurare un sistema stabile di sorveglianza in materia.

Le modalità di campionamento dei dati possono avere rappresentatività regionale o sub regionale (province, aggregazioni di ASL, ASL).

La raccolta dati 2008 è stata effettuata con valenza regionale, mentre quella del 2010 è stata effettuata con valenza di AULSS o loro aggregazioni. Per li 2012 è ipotizzabile una replica della scelta del 2010, ma ciò dipenderà anche dai risultati dell'elaborazione in corso sui dati del 2010.

Ma comunque siano i risultati sarà necessario mantenere elevata la "pressione" sulla necessità di promuovere stili alimentari e di vita più corretti per i nostri bambini (alimentazione equilibrata e sufficiente attività fisica), mediante l'adozione di modalità di comunicazione dei risultati delle rilevazioni alle famiglie e di motivazione al cambiamento, sempre più efficaci ed efficienti, aventi come obiettivo il contrasto dell'eccesso di peso in tale classe di età e in quelle vicine al fine di prevenire l'obesità nelle future generazioni di adulti e le conseguenze e complicanze che ne derivano.

Consumo di alcol

La percentuale di persone intervistate con il sistema di sorveglianza PASSI che dichiara di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) risulta del 64%.
Complessivamente il 24% degli intervistati può essere considerato un consumatore a rischio in quanto è o un forte bevitore (12%), cioè consuma più di 2 unità/giorno se maschio o più di 1 unità/giorno se femmina (nuova definizione INRAN), e/o beve prevalentemente fuori pasto (11%) e/o è un bevitore "binge" (8%), cioè almeno una volta nell'ultimo mese ha bevuto in una sola occasione 6 o più unità di bevande alcoliche. Solo il 18,3% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario gli ha chiesto del proprio comportamento nei confronti dell'alcol.

Persone che hanno bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese
Veneto - PASSI 2009

Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	63,9	*62,6*	*65,2*
Classi di età			
18-24	70,8	*66,5*	*75,1*
25-34	64,7	*61,5*	*67,9*
35-49	63,4	*61,2*	*65,5*
50-69	62,0	*59,7*	*64,2*
Sesso			
uomini	79,4	*77,7*	*81,1*
donne	48,1	*46,1*	*50,1*
Livello di istruzione			
nessuna/elementare	54,1	*50,2*	*58,0*
media inferiore	61,4	*59,0*	*63,9*
media superiore	66,5	*64,5*	*68,5*
laurea	71,3	*67,3*	*75,2*
Difficoltà economiche			
molte	53,7	*48,3*	*59,0*
qualche	60,1	*57,8*	*62,4*
nessuna	67,8	*66,0*	*69,5*

Attività fisica

Il 29,5% degli intervistati tra i 18 e 69 anni tramite il sistema di sorveglianza PASSI può considerarsi adeguatamente attivo, il 45% svolge una moderata attività fisica ed il restante 25,5% non svolge proprio attività fisica o comunque ne fa poca. La sedentarietà è più diffusa tra le persone con basso livello di istruzione. Il 16% dei sedentari ha percepito come sufficiente il proprio livello di attività fisica.
Solo al 36% delle persone intervistate un medico o un operatore sanitario ha chiesto se effettuassero attività fisica e al 34% ha consigliato di svolgerla.

Sedentari Veneto - PASSI 2009			
Caratteristiche	**%**	**IC 95%**	
Totale	25,5	*24,2*	*26,8*
Classi di età			
18-34	22,2	*19,8*	*24,5*
35-49	26,0	*23,9*	*28,2*
50-69	27,7	*25,6*	*29,9*
Sesso			
uomini	23,6	*21,9*	*25,4*
donne	27,4	*25,6*	*29,2*
Istruzione			
nessuna/elementare	32,5	*28,8*	*36,3*
media inferiore	29,6	*27,3*	*32,0*
media superiore	23,0	*21,1*	*24,8*
laurea	16,3	*13,2*	*19,5*
Difficoltà economiche			
molte	27,7	*23,0*	*32,3*
qualche	28,7	*26,5*	*31,0*
nessuna	23,2	*21,6*	*24,8*

La sicurezza domestica

Sebbene gli incidenti domestici siano riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, la sorveglianza PASSI evidenzia che il rischio di infortunio domestico è però considerato basso o assente dal 95% degli intervistati.
La percezione del rischio è leggermente più alta nelle donne (6% contro 4% degli uomini).
Informazioni per prevenire questi infortuni sono state ricevute solo dal 26% degli intervistati, soprattutto tramite opuscoli/mass media, meno da operatori sanitario e da tecnici. Solamente il 29% di chi ha ricevuto informazioni ha cambiato i propri comportamenti o ha adottato misure preventive.

Sicurezza domestica **Veneto – PASSI 2009**	**%**	**IC 95%**
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	94,9	94,3-95,5
Dichiara di avere ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	25,7	24,5-26,9
Ha modificato comportamenti o adottato misure preventive (a)	29,2	26,3-32,0

(a) tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

Persone che hanno bassa percezione del rischio di infortunio domestico Veneto - PASSI 2009			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	94,9	94,3	95,5
Classi di età			
18-34	94,8	93,6	95,9
35-49	94,6	93,6	95,6
50-69	95,3	94,4	96,2
Sesso			
uomini	96,1	95,4	96,9
donne	93,7	92,7	94,6
Livello di istruzione			
nessuna/elementare	94,4	92,6	96,1
media inferiore	95,4	94,4	96,3
media superiore	94,7	93,8	95,7
laurea	94,8	92,9	96,6
Difficoltà economiche			
molte	90,3	87,3	93,3
qualche	95,1	94,2	96,1
nessuna	95,3	94,6	96,1
Persone potenzialmente a rischio			
presenza	93,9	92,9	95,0
assenza	95,5	94,8	96,2

La sicurezza stradale

Percentuali piuttosto elevate di intervistati riferiscono di far ricorso ai dispositivi di sicurezza il cui obbligo all'utilizzo è di più vecchia introduzione: il 98% dichiara di usare sempre il casco e il 91% la cintura anteriore; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (32%).
Il 12% dei conducenti dichiara di aver guidato, almeno una volta nel mese precedente l'indagine, dopo l'assunzione di bevande alcoliche tale da determinare un livello pericoloso di alcol nel sangue.
Questa abitudine è più diffusa tra gli uomini (17% rispetto al 3% delle donne). Il 9% è stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

Sicurezza stradale *Veneto – PASSI 2009*	*%*	*IC 95%*
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza (a)		
casco sempre	98,0	(97,2-98,9)
cintura anteriore sempre	91,4	(90,6-92,2)
cintura posteriore sempre	31,7	(30,2-33,2)
Guida sotto l'effetto dell'alcol (b)	12,1	(11,0-13,2)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	9,2	(8,4-10,0)

(a) calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o in automobile
(b) aver guidato entro un' ora dall'aver bevuto ≥2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg.

Persone che hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol *Veneto - PASSI 2009*			
Caratteristiche	%	IC 95%	
Totale	12,1	11,0	13,2
Classi di età			
18-24	10,6	7,3	13,9
25-34	14,0	11,1	17,0
35-49	10,9	9,1	12,8
50-69	12,7	10,9	14,6
Sesso			
uomini	17,4	15,7	19,0
donne	3,1	2,1	4,1
Livello di istruzione			
nessuna/elementare	10,5	7,3	13,7
media inferiore	14,0	11,8	16,1
media superiore	11,4	9,7	13,1
laurea	11,5	8,3	14,8
Difficoltà economiche			
molte	12,1	7,4	16,8
qualche	10,6	8,7	12,5
nessuna	13,1	11,6	14,6

Coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dopo aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

Profilo dei comportamenti - ALCUNI INDICATORI

Profilo dei comportamenti	Anno	Veneto	Italia
Abitudine al fumo			
% Fumatori (a)	**2009**	**24,9**	**28,8**
% Fumatori uomini	**2009**	**29,6**	**33,4**
% Fumatori donne	**2009**	**20,1**	**24,3**
Numero medio di sigarette	**2009**	**11**	**13**
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	**2009**	**45,2**	**36,1**
% Ex fumatori (b)	**2009**	**22,1**	**19,6**
% Ex fumatori cha hanno smesso da soli	**2009**	**95,4**	**96,1**
% Non fumatori (c)	**2009**	**53,1**	**51,6**
% Rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo al lavoro in ambienti chiusi	**2009**	**92,9**	**88,3**
% Rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi pubblici	**2009**	**94,3**	**86,6**
(a) più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi			
(b) più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi			
(c) meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato			
Alimentazione			
% Popolazione in sovrappeso/obeso	**2009**	**40,1**	**42,2**
% Popolazione in sovrappeso	**2009**	**30,0**	**31,8**
% Popolazione obesa	**2009**	**10,2**	**10,4**
% Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	**2009**	**12,6**	**9,5**
Consumo di alcol			
% Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese (d)	**2009**	**63,9**	**56,7**
% Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	**2009**	**11,5**	**7,8**
% Bevitori binge (e)	**2009**	**7,7**	**5,6**
% Forti bevitori (f)	**2009**	**11,8**	**9,3**
% Bevitori a rischio (g)	**2009**	**23,6**	**18,0**
(d) una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore			
(e) nell'ultimo mese consumo almeno una volta di 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione			
(f) più di 2 unità/gg per gli uomini e più di 1/gg per le donne			
(g) bevitori fuori pasto o binge o forti bevitori			
Attività fisica			
% Popolazione attiva (h)	**2009**	**29,5**	**33,0**
% Popolazione parzialmente attiva (i)	**2009**	**45,0**	**36,8**
% Popolazione sedentaria (l)	**2009**	**25,5**	**30,2**
(h) lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)			
(i) non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati			
(l) non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero			
Fonte: Ministero della Salute – CCM e Regione Veneto: Sorveglianza PASSI			

Il consiglio dell'operatore sanitario

Abitudine al fumo di tabacco, PASSI 2009

	Veneto % (IC 95%)	Italia % (IC 95%)
Chiesto se fuma:		
a tutto il campione	42,4 (40,9-43,9)	41,0 (40,3-41,6)
ai fumatori	69,7 (66,7-72,7)	64,0 (62,0-65,2)
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori)	62,2 (59,0-65,3)	60,1 (58,8-61,4)

Alimentazione, PASSI 2009

	Veneto % (IC 95%)	Italia % (IC 95%)
Consigliato di perdere peso:		
sovrappeso	44,2 (41,4-47,0)	45,2 (43,9-46,4)
obeso	78,8 (74,9-82,7)	80,1 (78,2-81,9)
sovrappeso/obeso	53,4 (51,0-55,9)	54,1 (53,6-55,1)
Consigliato di fare attività fisica:		
sovrappeso	40,2 (37,3-43,1)	34,7 (33,5-35,9)
obeso	53,7 (48,9-58,5)	48,2 (45,9-50,5)
sovrappeso/obeso	43,9 (41,4-46,4)	38,1 (37,1-39,2)

Consumo di alcol, PASSI 2009

	Veneto % (IC 95%)	Italia % (IC 95%)
Chiesto sul consumo di alcolici	18,3 (17,2-19,5)	14,3 (13,8-14,8)
Consigliato ai bevitori a rischio di ridurre il consumo	5,5 (4,1-6,9)	6,3 (5,6-7,2)

Attività fisica, PASSI 2009

	Veneto % (IC 95%)	Italia % (IC 95%)
Chiesto se fa attività fisica	36,5 (34,9-38,8)	30,7 (30,0-31,4)
Consigliato di fare attività fisica	33,8 (32,3-35,3)	30,5 (29,8-31,1)

SANITA' ANIMALE

Nel biennio 2008-2009 la Sanità Pubblica Veterinaria ha visto riconfermato il suo ruolo di primo piano nella gestione delle emergenze sanitarie che interessano gli animali e spesso (come nel caso delle cosiddette "zoonosi") anche l'uomo.

In materia di sanità animale la politica sanitaria veterinaria regionale, in linea con quanto previsto dalle strategie nazionali e comunitarie di lotta alle malattie infettive, ha come obiettivi prioritari l'eradicazione di malattie "storiche" e la prevenzione di malattie emergenti, attraverso il monitoraggio continuo dello stato sanitario delle popolazioni animali e gli interventi mirati alla loro eradicazione. Tale politica viene realizzata attraverso le attività di vigilanza e controllo dei Servizi veterinari del Sistema sanitario regionale, coordinati dall'Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare (UPSAIA) della Regione del Veneto.

Nel 2008, in particolare, i Servizi Veterinari della Regione del Veneto hanno dovuto affrontare (oltre ai piani di monitoraggio e controllo "routinari" delle malattie infettive degli animali, quali l'Influenza Aviaria e i Piani di Risanamento) alcune malattie "emergenti" per il nostro territorio, quali la Blue Tongue (BT) nei bovini e la West Nile Disease (WND) negli equidi (quest'ultima con ripercussioni anche nel settore umano).

Il 2009, oltre alle suddette malattie, è stato caratterizzato -a partire dall'autunno- anche dalla riemergenza della rabbia silvestre, una grave malattia a carattere zoonosico che dal 1997 era scomparsa dall'Italia.

In tutte le sopraccitate emergenze, la Sanità Veterinaria veneta ha dimostrato la propria capacità organizzativa ed operativa, portando (come nel caso della BT) all'estinzione dei focolai attivi e quindi all'eradicazione della malattia; nel caso della rabbia, la subitanea messa in atto di provvedimenti restrittivi (rivolti sia ai privati cittadini -cani di proprietà- che al mondo venatorio) e l'attuazione di campagne di vaccinazione orale delle volpi hanno permesso di contenere la malattia entro limiti accettabili, limitandone la diffusione e bloccandone il passaggio dagli animali selvatici a quelli domestici (oltre che all'uomo).

1. Piani di risanamento (TBC, BRC e LBE)

L'applicazione dei controlli e degli interventi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale nei confronti della Tubercolosi bovina (TBC), Brucellosi (BRC) bovina, Leucosi bovina enzootica (LBE) e Brucellosi ovi-caprina ha portato negli ultimi anni ad un progressivo miglioramento della situazione epidemiologica in ambito nazionale, fino al raggiungimento della completa eradicazione di tali malattie ed alla relativa acquisizione della qualifica di "Regione Ufficialmente indenne".

Infatti, grazie all'applicazione del Piano triennale 2007-2009 di controllo ed eradicazione delle suddette malattie (Deliberazione di Giunta Regionale n. 2909 del 18/09/07), l'intera regione ha acquisito nel 2007 la qualifica di territorio ufficialmente indenne per Brucellosi bovina e Leucosi bovina enzootica (Decisione della Commissione n. 174 del 20/03/07). Nel corso del 2008 tutto il territorio della Regione del Veneto è stato riconosciuto ufficialmente indenne anche per Brucellosi ovi-caprina (Decisione della Commissione n. 97 del 30/01/08) e per Tubercolosi bovina (Decisione della Commissione n. 404 del 21/05/08).

TBC BOVINA

Il controllo degli allevamenti di bovini per tale malattia ha cadenza triennale (periodo 2007-2009): in Veneto è stato scelto di testare il 100% delle aziende nel 2008: sul totale dei testati (7.914 aziende, per un totale di 320.566 capi), non è stata rilevata alcuna positività, per cui il 100% degli stessi è risultato ufficialmente indenne (Figg 1 e 2).

Fig. 1 – TBC: allevamenti ufficialmente indenni. Anni 1998-2009.

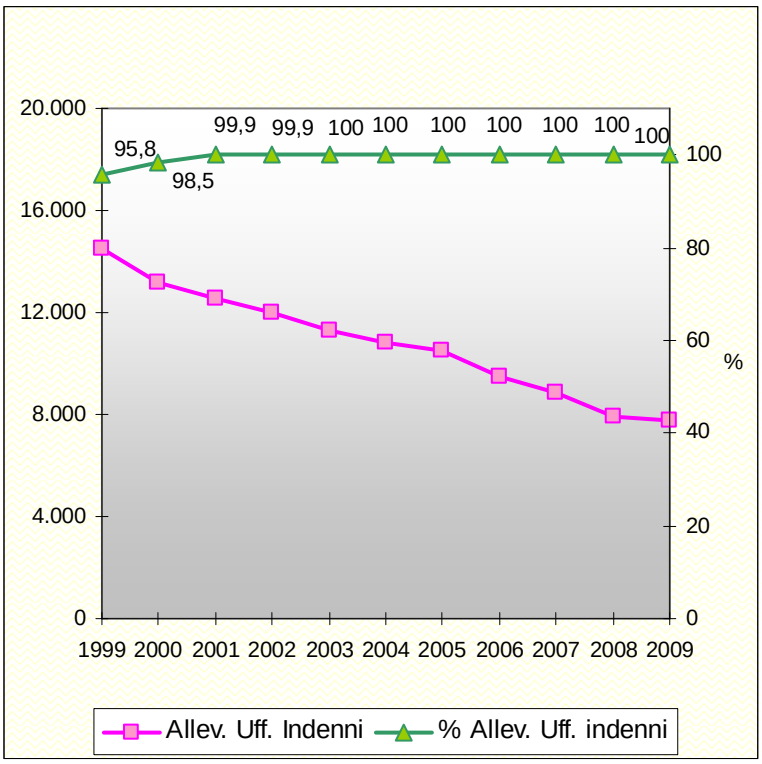
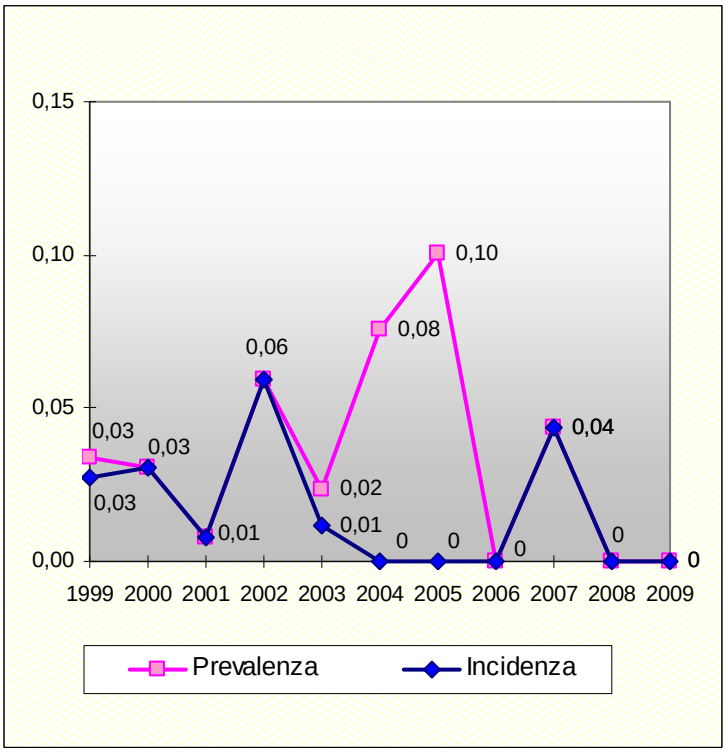


Fig. 2 – TBC: prevalenza ed incidenza. Anni 1998-2009.



BRC BOVINA

L'acquisizione della qualifica comunitaria di territorio ufficialmente indenne ha consentito di modificare la cadenza dell'attività di controllo delle aziende venete. Nel corso del 2008, sulla base della pianificazione regionale, è stato effettuato per questa malattia il controllo di tutti i bovini di età superiore ai 24 mesi in almeno 20% del patrimonio presente; il piano prevede infatti di campionare il 100% dei capi in 5 anni.

In particolare, nel 2008 è stato controllato il 31% delle aziende potenzialmente controllabili e non è stato registrato nessun focolaio di Brucellosi bovina; nel 2009 è stato controllato il 26% delle aziende potenzialmente controllabili, e anche in questo caso non è stata rilevata alcuna positività (Figg. 3 e 4).

Nell'ambito del sistema di rilevamento e di rendicontazione degli aborti, obbligatorio ai fini del mantenimento della qualifica di regione Ufficialmente Indenne, nel 2008 sono stati inviati all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe) 379 feti abortiti e nel 2009 ne sono stati inviati 328: in nessun caso è stata isolata *Brucella spp.*

Fig. 3 – BRC bovina: allevamenti ufficialmente indenni. Anni 1998-2009.

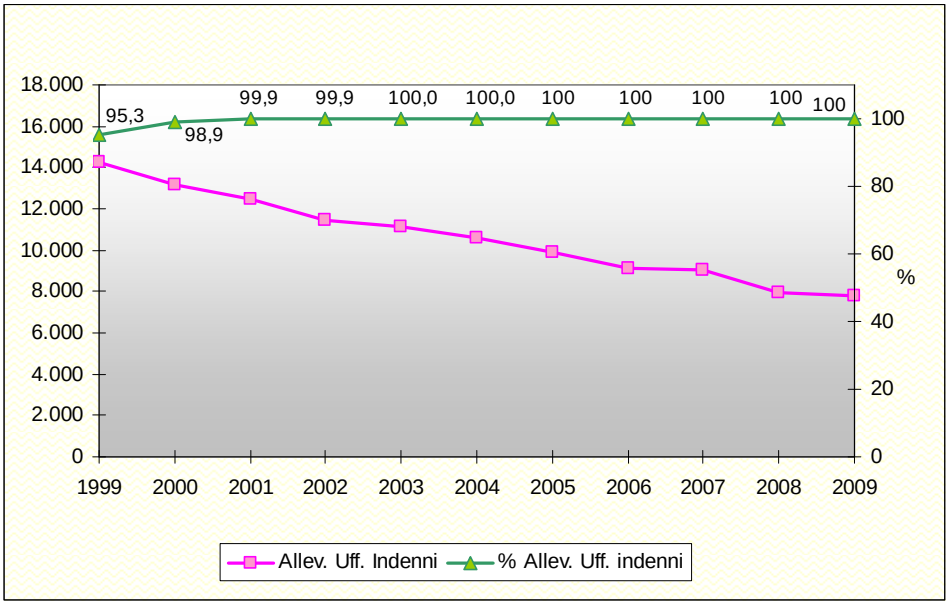
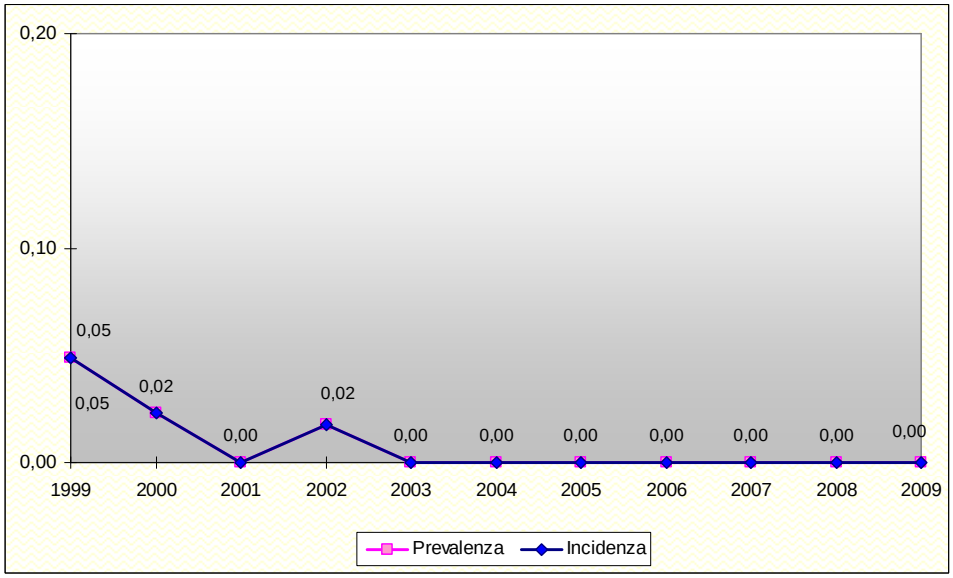


Fig. 4 - BRC bovina: prevalenza ed incidenza negli allevamenti. Anni 1998-2009.



LBE

A seguito dell'acquisizione della qualifica di regione ufficialmente indenne per tale malattia, è stata riprogrammata la pianificazione regionale dei controlli, che hanno assunto la frequenza e la modalità già descritta per la BRC bovina. Nel 2008 e nel 2009 la percentuale di allevamenti ufficialmente indenni è rimasta sempre pari al 100%, non essendosi attestato alcun focolaio di malattia (Figg. 5 e 6).

Fig. 5 – LBE: allevamenti ufficialmente indenni. Anni 1998-2009.

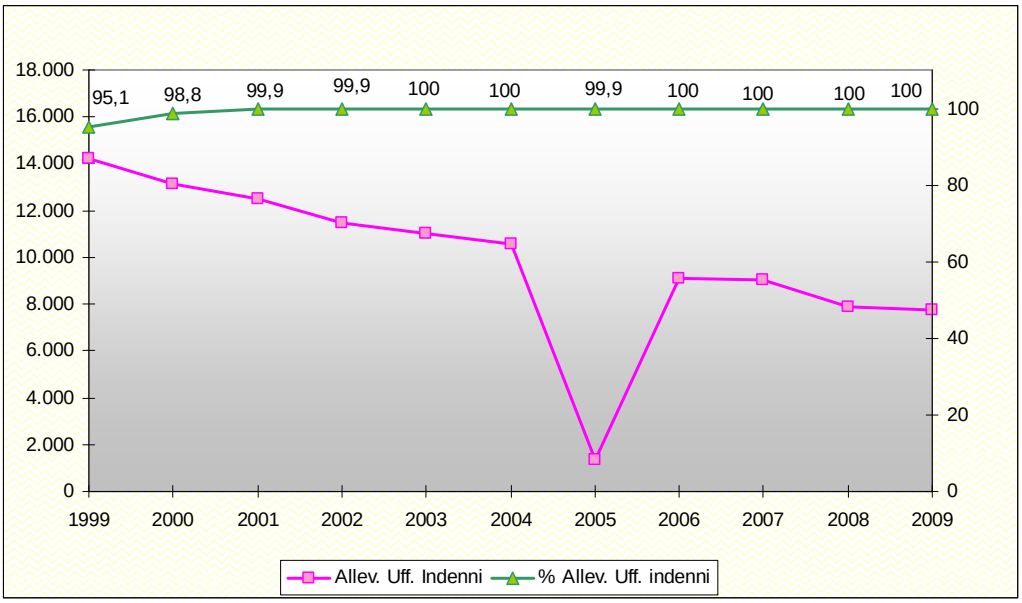
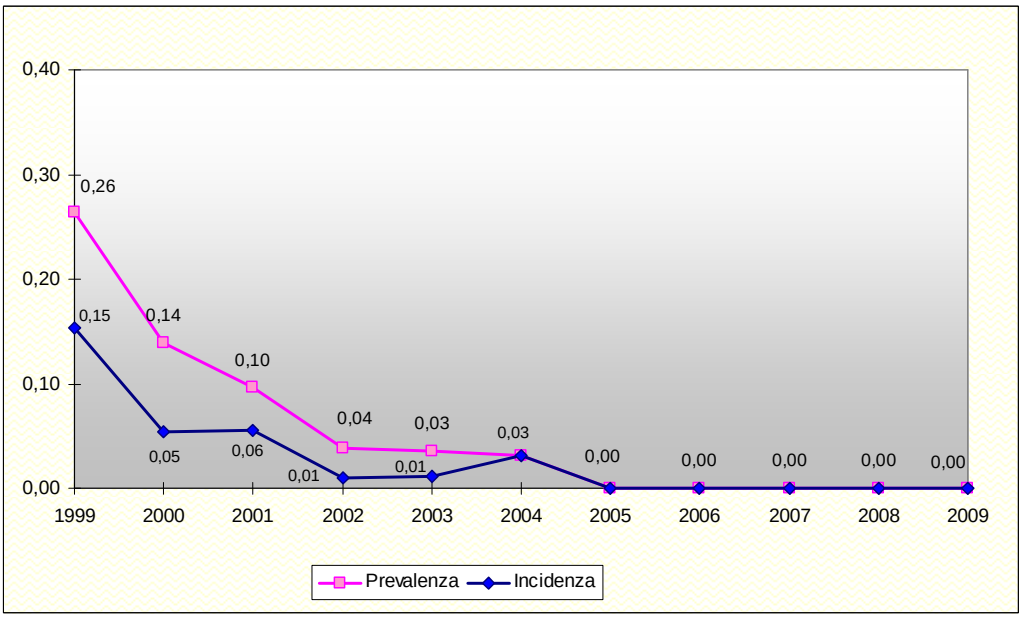


Fig. 6 – LBE: prevalenza ed incidenza negli allevamenti. Anni 1998-2009.



BRC OVI-CAPRINA

Nel 2008 la Regione del Veneto è stata dichiarata ufficialmente indenne per Brucellosi ovicaprina: i controlli sugli allevamenti hanno pertanto assunto cadenza biennale. Nel corso del 2008 il numero di allevamenti ufficialmente

indenni è rimasto pari al 100%, non verificandosi alcun focolaio; lo stesso risultato è stato ottenuto nel 2009 (Figg. 7 e 8).

Fig. 7 – BRC ovi-caprina: allevamenti ufficialmente indenni. Anni 1998-2009

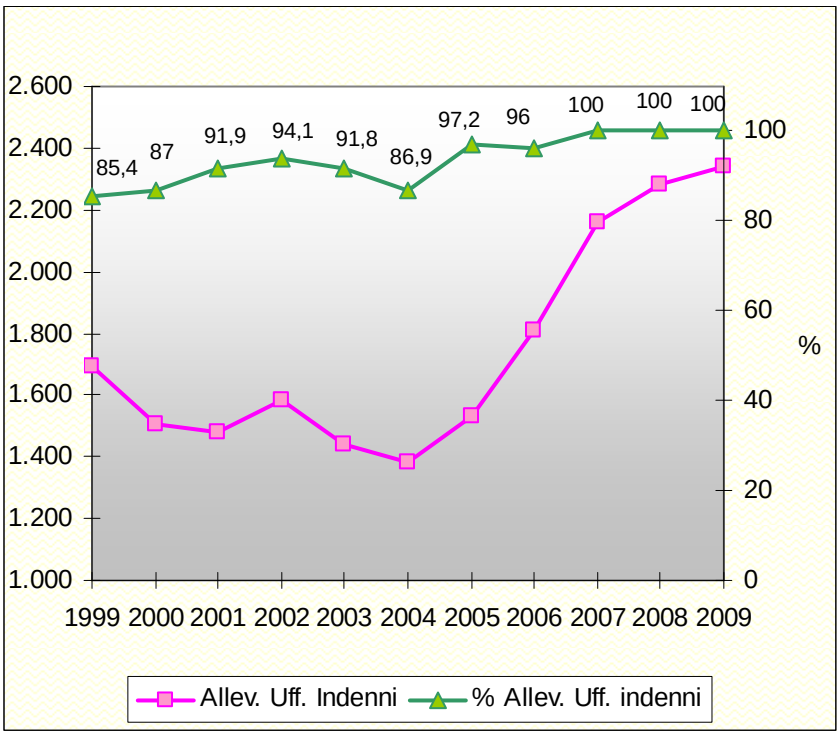
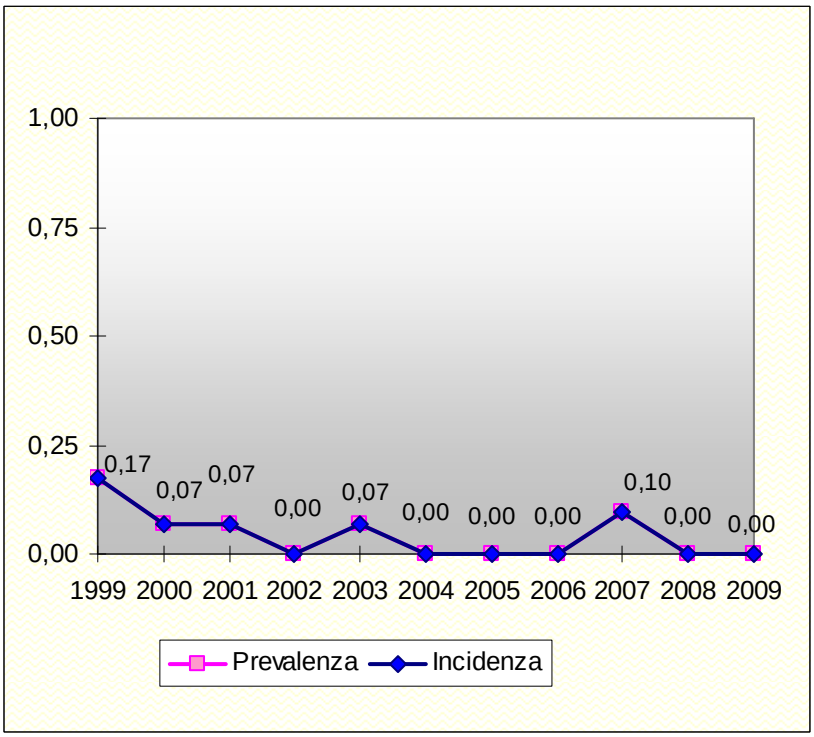


Fig. 8 – BRC ovi-caprina: prevalenza ed incidenza negli allevamenti. Anni 1998-2009.



2. Piani di controllo salmonellosi

Le salmonellosi costituiscono un rilevante problema di sanità sia umana che veterinaria: infatti, la recente normativa comunitaria relativa al controllo dei principali agenti zoonotici (Direttiva 2003/99 del 17/11/03 e Regolamento 2160/03 del 17/11/03) contempla misure volte alla stima della prevalenza, alla prevenzione e al controllo dei sierotipi più rilevanti di salmonella spp. (quali S. Enteritidis e S. Typhimurium).

PIANO NAZIONALE DI CONTROLLO DI *SALMONELLA ENTERITIDIS* E *TYPHIMURIUM* IN GALLINE OVAIOLE

Il piano è entrato in vigore il 1 gennaio 2008 ed ha durata triennale; si propone di ridurre nel territorio nazionale la prevalenza di S. Enteritidis (SE) e Typhimurium (ST) nelle galline ovaiole del 10% ogni anno di applicazione del piano.
Il programma si basa sullo schema di monitoraggio stabilito dal Regolamento (CE) 1168/2006, che prevede campionamenti da effettuarsi su iniziativa dell'allevatore (autocontrollo) e controlli ufficiali da parte dei Servizi Veterinari delle AZ-ULSS da eseguirsi presso le aziende di ovaiole in fase di deposizione presenti nel Veneto.
Tale piano ha permesso di rilevare, nel 2008, 20 gruppi di ovaiole positivi ai sierotipi di *Salmonella* previsti dal Piano (corrispondenti a 14 allevamenti): 6 localizzati nella provincia di Verona, 4 a Treviso e 2 rispettivamente a Venezia e Rovigo.
La tabella seguente (Tab. 1) mostra la distribuzione dei sierotipi di *Salmonella* isolati nel 2008 a seguito dei prelievi ufficiali eseguiti dalle Az-ULSS: si osserva che, a seguito di controllo routinario, SE è stata isolata in 9 allevamenti, ST in un solo allevamento e in un allevamento sono stati isolati entrambi i sierotipi.

Tabella 1 - Distribuzione dei sierotipi di Salmonella (SE, ST) isolati nel corso dei prelievi ufficiali – anno 2008.

Motivo del prelievo (controllo ufficiale)	Sierotipi isolati		
	SE	**ST**	**SE+ST**
Controllo routinario	9	1	1
Controllo di conferma a seguito di positività per SE e/o ST in autocontrollo	2	0	0
Controllo su tutti gli altri gruppi dell'allevamento a seguito di positività per SE e/ ST al controllo routinario in un gruppo dell'azienda	2	0	0
Controllo ambientale dell'avvenuta disinfezione dei locali a seguito di precedente positività per SE e/o ST	1	1	2
Controllo nel caso in cui l'Autorità lo ritenga opportuno	1	0	0
Totale	**15**	**2**	**3**

Nel corso dei controlli previsti dal Piano, nel 2008 sono stati isolati anche altri sierotipi di Salmonella non ritenuti rilevanti nell'ambito del Piano, fra cui: Heidelberg, Montevideo e Braenderup (in 4 allevamenti), Hadar (3 allevamenti), Infantis e enterica subsp. enterica (2 allevamenti), Corvallis e Virchow (1 allevamento) ed altri sierotipi (11 allevamenti).
Nel corso del 2009, sono stati rilevati 18 gruppi di ovaiole positivi per sierotipi salmonellari inclusi nel piano (corrispondenti a 10 aziende), distribuiti in quasi tutte le province del Veneto (Tabella 2); sono state inoltre rilevati 27 gruppi di ovaiole positivi per "salmonelle minori" (Tabella 3).

Tabella 2 - Positività per salmonelle incluse nel Piano nazionale di controllo (SE, ST) in galline ovaiole– anno 2009.

ASL	Numero di aziende infette	Numero di animali infetti
3	1	19.500
7	3	149.000
17	2	98.800
18	1	180.000
19	1	7.000
21	1	8.500
22	1	36.500
Totale	**10**	**499.300**

Tabella 3 – Sierotipi salmonellari isolati da allevamenti di ovaiole – anno 2009.

SIEROTIPO	n° gruppi	n° allevamenti
S Typhimurium	**0**	**0**
S Enteritidis	**16**	**10**
S. Braenderup	8	6
S. Corvallis	1	1
S. Gruppo B - 1,4,[5],12 : i : - :	1	1
S. Heidelberg	2	2
S. Kentucky - Gr. C3 - 8,20 : i : z6 :	4	4
S. Livingstone - Gr. C1 - 6,7,14 : d : l,w :	1	1
S. Muenchen - Gr. C2 - 6,8 : d : 1,2 :	3	2
S. Newport - Gr. C2 - 6,8,20 : e,h : 1,2 :	1	1
S. Rissen - Gr. C1 - 6,7,14 : f,g : - :	1	1
S. Senftenberg - Gr. E4 - 1,3,19 : g,[s],t : - :	1	1
S. Entebbe - Gr. B - 1,4,12,27 : z : z6 :	1	1
S. Agona - Gr. B - 1,4,[5],12 : f,g,s : [1,2] :	2	1
S. Isangi - Gr. C1 - 6,7,14 : d : 1,5 :	1	1

PIANO NAZIONALE DI CONTROLLO DI S. ENTERITIDIS, TYPHIMURIUM, HADAR, VIRCOW E INFANTIS NEI GRUPPI DA RIPRODUZIONE DI POLLAME DELLA SPECIE *GALLUS GALLUS*

A partire da gennaio 2007 è entrato in vigore in Italia il piano nazionale di controllo di S. Enteritidis (SE), Typhimurium (ST), Hadar (SH), Virchow (SV) e Infantis (SI) nei gruppi da riproduzione di pollame della specie *Gallus gallus* (approvato con Decisione 2006/759/CE e Decisione 2006/875/CE). Il piano prevede che i Servizi Veterinari delle AZ-ULSS eseguano, con cadenze e modalità previste dal programma, i controlli ufficiali nelle aziende di riproduttori presenti nel territorio regionale; il programma, di durata triennale, ha l'obiettivo di ridurre all'1% la prevalenza dell'infezione causata dai 5 sierotipi di *Salmonella* sopra elencati.

Nel corso del 2008, sono risultati positivi per salmonella 6 gruppi (capannoni) facenti parte di 3 allevamenti, di cui 2 localizzati in provincia di Vicenza e 1 in quella di Padova. In tutti gli allevamenti a seguito delle positività sono state applicate le misure previste dal Piano, cioè la macellazione o l'abbattimento dei gruppi positivi, la disinfezione degli ambienti ed il successivo controllo microbiologico ambientale prima dell'immissione dei nuovi gruppi. Nel corso dei controlli eseguiti nel 2008 sono stati inoltre isolati anche i seguenti sierotipi di *Salmonella* non compresi nel piano, in particolare: in 3 allevamenti S. *enterica* subsp. *enterica*, in 2 allevamenti S. Thompson, S. Bareilly, S. Braenderup, S. Muenchen e in un allevamento S. Newport.

Nel 2009, sono risultati positivi per salmonelle incluse nel Piano 4 gruppi di riproduttori, facenti parte di 3 aziende localizzate nelle province di Vicenza, Padova e Verona (Tabella 4); 12 gruppi invece sono risultati positivi ad altri sierotipi "minori" di salmonella, non inclusi nel Piano (Tabella 5).

Tabella 4 - Positività per salmonelle incluse nel Piano nazionale di controllo (SE, ST) in riproduttori – anno 2009.

ASL	Numero di aziende infette	Numero di animali infetti
6	1	3.000
17	1	23.015
22	1	24.428
Totale	**3**	**50.443**

Tabella 5 - Sierotipi salmonellari isolati da allevamenti di riproduttori – anno 2009.

SIEROTIPO	n° gruppi	n° allevamenti
S.Typhimurium	**2**	**1**
S.Hadar	**2**	**2**
S. Enterica sub. Enterica	1	1
S.Coeln	2	1
S.Livingstone	2	2
S.Muenchen	6	1
S.Napoli	1	1
S.Thompson	2	2

PIANO NAZIONALE DI CONTROLLO DI S. ENTERITIDIS E TYPHIMURIUM NEI POLLI DA CARNE DELLA SPECIE *GALLUS GALLUS*

Il 1 gennaio 2009 è entrato in vigore in Italia il piano nazionale di controllo di S. Enteritidis (SE) e Typhimurium (ST) nei polli da carne della specie *Gallus gallus* (approvato con Decisione 2008/815/CE). Il piano prevede che i Servizi Veterinari delle AZ-ULSS eseguano, con cadenze e modalità previste dal programma, i controlli ufficiali nelle aziende di polli da carne ("broiler") con più di 5.000 capi presenti nel territorio regionale; il programma, di durata triennale, ha l'obiettivo di ridurre all'1% la prevalenza dell'infezione causata dai 2 sopraccitati sierotipi di *Salmonella*.
Nel corso del 2009, sono risultati positivi per le salmonelle previste nel Piano (SE, ST) 7 gruppi, facenti parte di 5 allevamenti, distribuiti fra le le province di Vicenza, Venezia, Treviso e Verona (Tabella 6); altri sierotipi di salmonella, non inclusi nel Piano di controllo, sono stati rilevati in 201 gruppi di broiler (Tabella 7)

Tabella 6 - Positività per salmonelle incluse nel Piano nazionale di controllo in broiler– anno 2009.

ASL	Numero di aziende infette	Numero di animali infetti
6	1	69.000
9	1	114.000
10	1	105.000
20	1	21.000
22	1	58.700
Totale	**5**	**367.700**

Tabella 7 - Sierotipi salmonellari isolati da allevamenti di broiler – anno 2009.

SIEROTIPO	n° gruppi	n° allevamenti
S.Typhimurium	**2**	**2**
S Enteritidis	**5**	**3**
S. Gruppo B - 1,4,[5],12 : i : - :	3	3
S. Agona - Gr. B - 1,4,[5],12 : f,g,s : [1,2] :	4	4
S. Anatum - Gr. E1 - 3,10[15][15,34] : e,h : 1,6 :	4	4
S. Blockley - Gr. C2 - 6,8 : k : 1,5 :	2	2
S. Brancaster - Gr. B - 1,4,12,27 : z29 : - :	1	1
S. Bredeney - Gr. B - 1,4,12,27 : l,v : 1,7 :	25	24
S. Enterica subsp. Enterica	10	9
S. Hadar - Gr. C2 - 6,8 : z10 : e,n,x :	22	21
S. Heidelberg - Gr. B - 1,4,[5],12 : r : 1,2 :	6	5
S. Infantis - Gr. C1 - 6,7,14 : r : 1,5 :	2	2
S. Kottbus - Gr. C2 - 6,8 : e,h : 1,5 :	1	1
S. Liverpool - Gr. E4 - 1,3,19 : d : e,n,z15 :	1	1
S. Livingstone - Gr. C1 - 6,7,14 : d : l,w :	8	8
S. London - Gr. E1 - 3,10[15] : l,v : 1,6 :	1	1
S. Mbandaka - Gr. C1 - 6,7,14 : z10 : e,n,z15 :	11	11
S. Montevideo - Gr. C1 - 6,7,14 : g,m,[p],s : [1,2,7] :	4	1
S. Muenchen - Gr. C2 - 6,8 : d : 1,2 :	19	14
S. Newport - Gr. C2 - 6,8,20 : e,h : 1,2 :	1	1
S. Orion - Gr. E1 - 3,10[15][15,34] : y : 1,5 :	2	2
S. Schwarzengrund - Gr. B - 1,4,12,27 : d : 1,7 :	2	2
S. Senftenberg - Gr. E4 - 1,3,19 : g,[s],t : - :	1	1
S. Thompson - Gr. C1 - 6,7,14 : k : 1,5 :	69	65
S. Virchow - Gr. C1 - 6,7,14 : r : 1,2 :	1	1
Non tipizzabili	2	2

3. Blue Tongue

A partire dal 2000, l'Italia è stata interessata da attiva circolazione del virus della Blue Tongue fra le specie sensibili e da segnalazione di forme cliniche della malattia causate da diversi sierotipi tra i 24 conosciuti (in particolare, i sierotipi 1, 2, 4, 9 e 16). Per tale ragione, dal 2001 è stato attivato un Piano di sorveglianza su tutto il territorio nazionale (O.M. dell'11 maggio 2001). Inoltre, a partire dal 2006 l'infezione è stata diagnosticata anche in diversi Stati membri del centro-nord Europa (Belgio, Olanda, Germania, Francia, Danimarca, Regno Unito) e il virus isolato è stato identificato appartenente al sierotipo 8 (BTV-8).

La Regione del Veneto, che ha un'importante produzione di bovini da carne, risulta essere una delle principali destinatarie, a livello nazionale, di bovini provenienti da tali Zone di Restrizione (ZR) per Blue Tongue (BT), in particolare dalla Francia: per tale motivo, a partire da luglio 2007, a causa della situazione epidemiologica del nord Europa, sono stati attuati i rintracci ed il controllo di animali provenienti da ZR unitamente ad accertamenti sui capi degli allevamenti di destinazione e su quelli insistenti nel raggio di 4 km da essi.

L'attività di campionamento in seguito all'introduzione di capi da tali Zone è iniziata a fine settembre 2007 ed è proseguita nel 2008: tale attività ha comportato l'esecuzione di 29.305 campioni eseguiti a seguito di rintraccio di animali provenienti dalla Francia coinvolgendo 828 aziende, ed ha portato all'identificazione di 118 bovini positivi sierologicamente da BTV-8 in 37 allevamenti veneti. In questo stesso periodo è stata riscontrata anche positività virologica in bovini autoctoni di 5 allevamenti da riproduzione del Veneto, rispettivamente uno in provincia di Treviso e 4 in provincia di Verona.

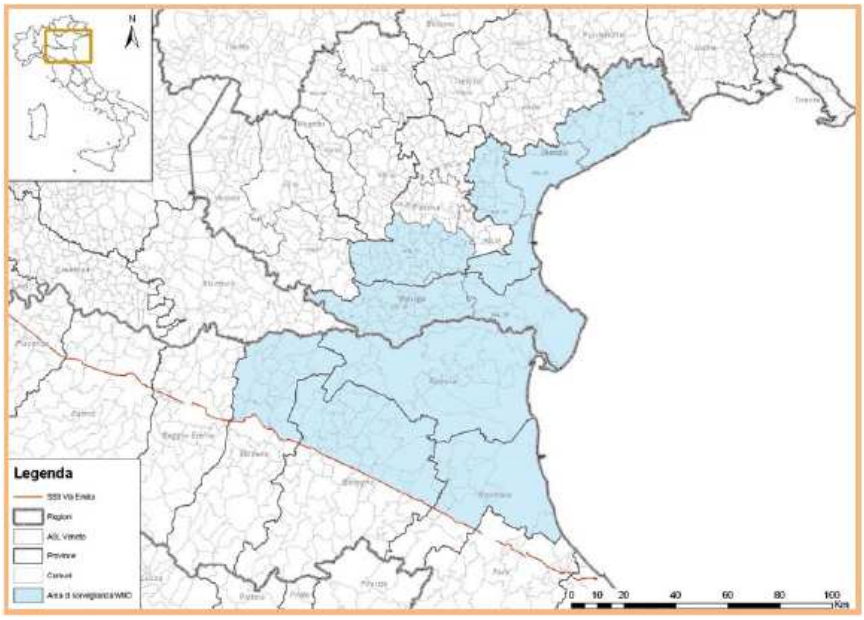
In seguito a tali positività sono state applicate le disposizioni della Direttiva 2000/75/CE che prevede l'istituzione di una zona di protezione con raggio di 100 Km intorno all'azienda infetta e una di sorveglianza di 50 Km più estesa di quella di protezione, dichiarando in questo modo come Zona di Restrizione l'intera Regione del Veneto.

Sulla base dei riscontri epidemiologici ed i risultati dei controlli effettuati nell'area interessata dalle misure restrittive, il Ministero della Salute ha successivamente ridefinito l'area di restrizione, limitandola alle sole province di Verona per il Veneto e di Mantova e Brescia per la Lombardia. Per consentire la libera circolazione dei bovini dalle aree sottoposte a restrizione, a partire da fine giugno 2008, è stata avviata una campagna di vaccinazione nei confronti del sierotipo 8 nella provincia di Verona (per quanto riguarda il Veneto) e nella provincia di Mantova (per la Lombardia). Tale campagna ha comportato un doppio intervento vaccinale (con vaccino inattivato) su tutti gli animali presenti negli allevamenti da riproduzione (bovini e ovi-caprini) di età > ai 75 giorni: in Veneto è stata addirittura superata la soglia del numero minimo di animali da vaccinare prevista dalla legislazione nazionale, ovvero è stato vaccinato più dell'80% dei capi suscettibili. E' stato inoltre effettuato un ulteriore richiamo su tutti i capi, a 6 mesi dall'ultimo intervento vaccinale.
Dopo gli episodi della primavera 2008, non sono più state rilevate positività per BT nel territorio della Regione del Veneto: pertanto, come stabilito dal Regolamento CE 1266/2007, trascorsi due anni senza circolazione virale nel proprio territorio, ad aprile 2010 le Province di Mantova e Verona sono state stralciate dalle zone sottoposte a restrizione.

4. West Nile Disease

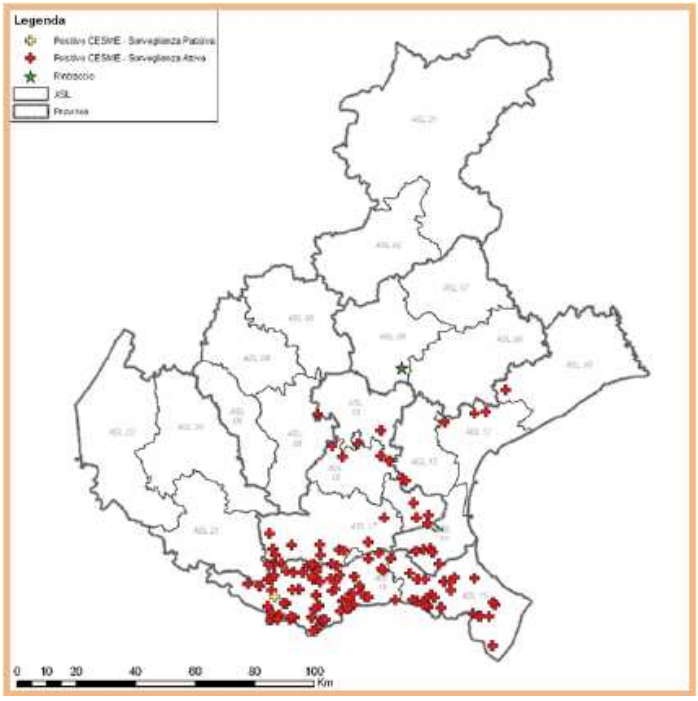
La West Nile Disease (WND), da sempre ritenuta una malattia esotica, negli ultimi anni si è diffusa anche in continenti a clima temperato, come ad esempio in Europa dove ha iniziato a manifestarsi con frequenza sempre più elevata. In Italia la malattia è stata diagnosticata per la prima volta in Toscana (Padule di Fucecchio), nella tarda estate del 1998, interessando 8 allevamenti e 1 ippodromo, dove si manifestò la tipica sintomatologia nervosa nei cavalli.
A partire dal 2002, il Ministero della Salute ha istituito un Piano di Sorveglianza nazionale volto ad individuare precocemente la possibile circolazione del virus della West Nile in aree a rischio (O.M. 4/04/02, O.M. 13/05/03, O.M. 13/07/05 e D.M. 29/11/07). Il Piano prevede l'individuazione di 15 aree, sparse sul territorio nazionale, che per le loro caratteristiche ambientali (zone umide, paludose, ricche di uccelli acquatici) sono considerate idonee all'introduzione e propagazione del virus. All'interno di queste aree i servizi veterinari attuano il piano di sorveglianza, che si basa sul prelievo periodico di campioni ematici di polli sentinella, sulla ricerca del virus nelle carcasse di uccelli trovati morti e sulla cattura di artropodi vettori. Inoltre, per valutare l'efficacia del sistema di sorveglianza, il piano prevede il controllo sierologico a campione degli equidi presenti nell'area di studio in primavera e in autunno.
A distanza di 10 anni dalla prima notifica di focolaio in Italia, nell'agosto del 2008 il virus della West Nile è ricomparso nell'area del Delta del Po: sono state segnalate in Emilia Romagna le prime positività per West Nile virus in cavalli che presentavano sintomatologia clinica, detenuti in alcune scuderie della provincia di Ferrara. Nello stesso periodo anche in Veneto, in particolare nelle province di Treviso e Rovigo, sono stati segnalati cavalli con sintomatologia nervosa. Tutti gli equidi, sottoposti a prelievo di sangue per la ricerca di anticorpi, sono risultati positivi.
A differenza di quanto era avvenuto nel 1998, in questo frangente la sintomatologia clinica è stata descritta anche nell'uomo.
A seguito di tali positività la Regione del Veneto ha ritenuto indispensabile predisporre, a partire dal 30 settembre 2008 (Decreto Regionale n. 473 del 29/09/08), un Piano di sorveglianza attiva straordinario che prevedeva, nell'arco di 15 giorni, il monitoraggio sierologico degli equidi di un campione di allevamenti e maneggi presenti nella province di Rovigo e Venezia e in alcuni comuni della provincia di Padova (Fig. 9): i soggetti da campionare dovevano essere stanziali (animali che negli ultimi 3 mesi non erano stati movimentati fuori regione), scelti in modo che fossero rappresentativi di tutte le fasce di età. Dovevano inoltre essere campionati tutti i soggetti stanziali con sintomatologia neurologica.

Fig. 9 – Area sottoposta a monitoraggio ai sensi del D.R. 473 del 29/09/08.



Dopo questa prima fase di monitoraggio, per poter correttamente definire l'area di diffusione della malattia, il controllo sierologico sugli equidi autoctoni è stato esteso a tutto il territorio regionale. A tale fine sono stati utilizzati i sieri prelevati in occasione dei piani di controllo per l'Anemia Infettiva e Arterite Virale. I controlli sono terminati a gennaio 2009, portando ai seguenti risultati: in totale sono stati controllati 561 allevamenti, di cui 133 sono risultati positivi (focolai), per un totale di 1.649 capi controllati e 276 confermati positivi dal Centro di Referenza Nazionale (Figura 10).

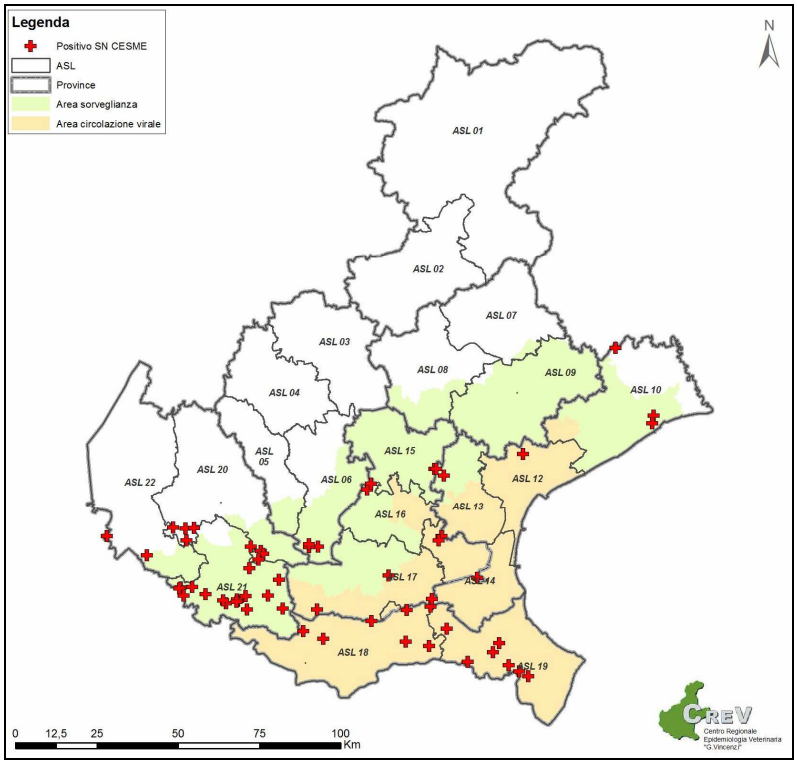
Figura 10 – Piano di monitoraggio straordinario per WND (D.R. 473 del 29/09/08): localizzazione degli allevamenti positivi.



A partire dal mese di luglio 2009 sono stati segnalati, sul territorio della Regione Emilia-Romagna e della Regione Lombardia, alcuni nuovi casi clinici in cavalli riferibili alla WND. Considerata la contiguità geografica dei suddetti territori con la nostra regione, e vista la necessità di rilevare precocemente una nuova circolazione del virus WN sul nostro territorio (sia nelle aree endemiche che nelle aree di sorveglianza), nella tarda estate 2009 è stato emanato un nuovo Piano di sorveglianza straordinario per la WND in Veneto (Decreto Regionale n. 133 del 4/09/09),

comprendente controlli in un campione di equidi per Az-ULSS (come già effettuato con il Piano precedente), sorveglianza nei volatili selvatici stanziali rinvenuti morti o catturati e sorveglianza entomologica.
Detto Piano ha permesso di rilevare 20 positività per WND nell'Area di Circolazione Virale della Regione del Veneto e altre 38 positività nell'Area di Sorveglianza (Figura 11).

Figura 11 - Piano di monitoraggio straordinario per WND (D.R. 133 del 4/09/09): localizzazione degli allevamenti positivi.



5. Rabbia

La rabbia è una malattia infettiva e contagiosa, a esito mortale, sostenuta da un *Lyssavirus* (Fam. *Rhabdoviridae*), propria dei mammiferi in genere -uomo compreso-, che colpisce il sistema nervoso centrale ed è trasmissibile di norma con il morso; principale serbatoio del virus sono le specie animali selvatiche, tra le quali, in misura maggiore, la volpe.

E' una malattia denunciabile e soggetta provvedimenti sanitari ai sensi del D.P.R. dell'8 febbraio 1954 n. 320 (Regolamento di Polizia Veterinaria).
Storicamente, la rabbia ha interessato il territorio dell'Italia centro-meridionale fino al marzo del 1973; successivamente, il nostro Paese è stato soggetto ad ulteriori epidemie di rabbia nei periodi 1977-1986, 1988-1989 e 1991-1995 (Friuli Venezia Giulia) e nel 1993 e 1994 (Bolzano). Grazie ad una pronta ed efficace campagna di vaccinazione degli animali domestici e delle volpi, l'epizoozia si è estinta a partire dal dicembre '95: dal 1997 l'Italia aveva ottenuto il riconoscimento di Stato indenne da rabbia.
Negli anni successivi, fino al 2000, sono state effettuate campagne annuali di vaccinazione antirabbica orale delle volpi, al fine di mantenere l'indennità dalla malattia e di prevenirne eventuali reintroduzioni da Stati confinanti; vista la favorevole situazione epidemiologica, nel 2001-2002 la vaccinazione era stata sospesa.
Nell'ottobre del 2008 la rabbia silvestre è ricomparsa in alcuni comuni del nord-est della Regione Friuli Venezia Giulia: tali positività sono ritenute correlate con la situazione epidemiologica presente nella vicina Slovenia.
L'anno successivo la malattia si è estesa anche alla Regione del Veneto: il 17 novembre 2009, infatti, un cane di proprietà del comune di Lozzo di Cadore (BL) è risultato positivo per rabbia: a questo sono seguite ulteriori positività, per un totale (al 31/12/09) di 33 casi in Veneto e 35 casi in Friuli Venezia Giulia.

Tabella 8 – casi di rabbia identificati negli animali nel 2009.

	SPECIE					
REGIONE	**ASINO**	**CANE**	**CAPRIOLO**	**TASSO**	**VOLPE**	**TOTALE**
Friuli Venezia Giulia	0	1	1	1	32	**35**
Veneto	1	2	0	1	29	**33**
TOTALE	**1**	**3**	**1**	**2**	**61**	**68**

A seguito della conferma dei suddetti casi di rabbia, la Regione del Veneto ha prontamente emanato una Ordinanza (n. 251 del 24/11/09), contenente alcune misure urgenti per contrastare la diffusione dell'epizoozia, quali: il divieto di circolazione di cani in ambienti agro-silvo pastorali dei territori considerati "a rischio" (province di BL, TV e alcuni comuni di VI) e la vaccinazione obbligatoria pre-contagio dei cani di proprietà delle province di BL, TV e di taluni comuni di VI e di VE. In **Figura D** è riportata l'area di vaccinazione antirabbica obbligatoria dei cani di proprietà.
Allo stesso modo, il Ministero della Salute ha disposto a livello nazionale le misure sanitarie sopra descritte, tramite l'Ordinanza del 26/11/09; è stato altresì istituito un gruppo di esperti (Unità di Crisi Centrale – UCC), deputato espressamente alla gestione dell'emergenza.
La Regione del Veneto ha quindi emanato ulteriori provvedimenti per far fronte all'emergenza: tra questi, il Decreto del Dirigente Regionale n. 183/2009 ha disposto la vaccinazione orale delle volpi nelle aree a rischio, misura già concordata in sede di UCC del 24/11/09. Tale vaccinazione, secondo quanto previsto dalla Comunità Europea, avrà una durata complessiva di 3 anni (con 2 interventi vaccinali l'anno): la prima fase è stata completata nei mesi di dicembre e gennaio scorsi, mediante distribuzione aerea delle esche. L'area di vaccinazione orale della popolazione volpina è rappresentata in Figura E.
Periodicamente, e comunque col variare della situazione epidemiologica, tutte le misure sanitarie predisposte venivano ridiscusse ed eventualmente rimodulate dall'UCC; di conseguenza, anche i provvedimenti sanitari -sia nazionali che regionali- sono stati di volta in volta rimodulati in base alla situazione contingente.

Figura 12 - Area di vaccinazione antirabbica d'emergenza della popolazione canina.

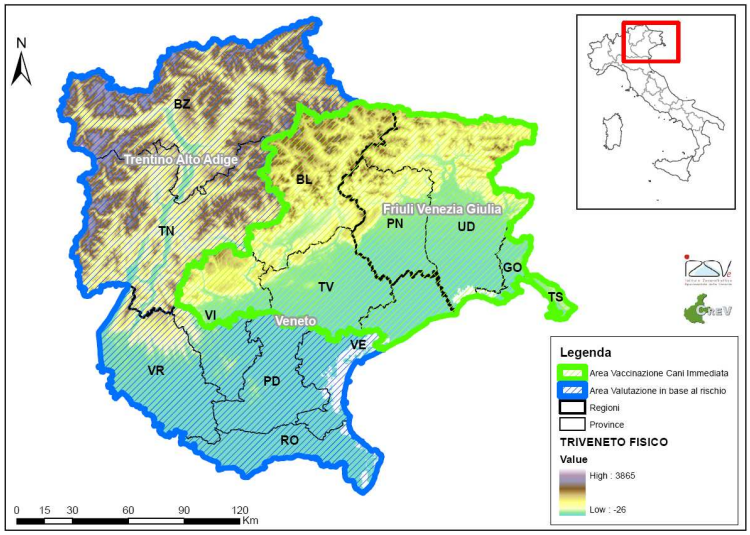
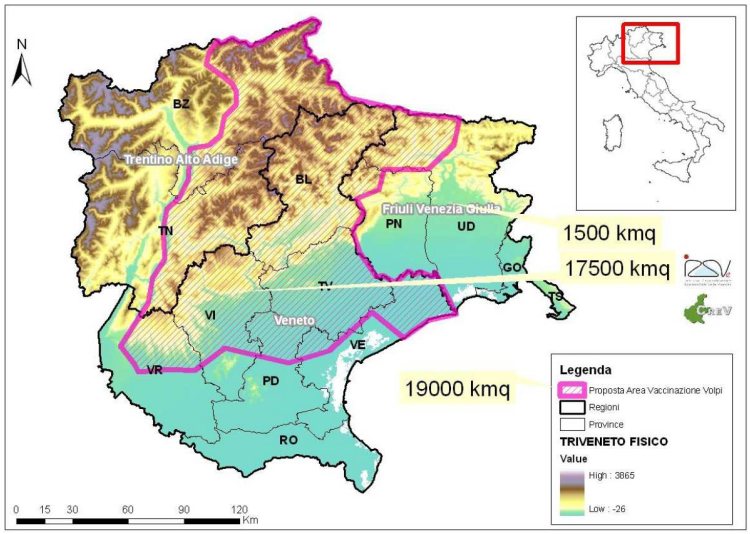


Figura 13 - Area di vaccinazione antirabbica d'emergenza delle volpi.


N
BZ
Trentino Alto Adige
BL
TN
Friuli Venezia Giulia
PN
UD
GO
TV
VI
Veneto
VE
VR
PD
RO
1500 kmq
17500 kmq
19000 kmq
Legenda
Proposta Area Vaccinazione Volpi
Regioni
Province
TRIVENETO FISICO
Value
High : 3865
Low : -26
0 15 30 60 90 120
Km

ALIMENTAZIONE ANIMALE

La qualità dell'alimentazione animale è essenziale, poiché influenza la salute degli animali e, di conseguenza, la nostra sicurezza alimentare. Negli ultimi decenni si sono registrati enormi sviluppi in tale campo sia per quanto concerne i metodi di produzione e lavorazione dei mangimi che i controlli necessari per assicurare il rispetto di standard accettabili di sicurezza.
A livello comunitario la CE, analizzando le recenti crisi verificatesi nel settore dei mangimi, ha ritenuto necessario emanare il Reg. (CE) n. 183/2005, in maniera tale da garantire un elevato grado di sicurezza dei mangimi, al fine di tutelare la salute degli animali, dell'uomo e dell'ambiente, obiettivo fondamentale della legislazione alimentare, già enunciato nel Reg. (CE) n. 178/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 28 gennaio 2002. Dal momento che gli incidenti possono verificarsi lungo tutta la filiera della produzione, con conseguenze economiche gravissime, è stato necessario affrontare il problema legato alla sicurezza dei mangimi in modo più armonico, coinvolgendo tutti gli attori in tutte le fasi della produzione, a partire dalla produzione primaria dei mangimi, fino a e compresa l'immissione dei mangimi sul mercato. In relazione alle misure adottate sul territorio nazionale, al fine della tutela della sanità pubblica, il Ministero annualmente stabilisce un piano di controllo denominato "Piano Nazionale di Sorveglianza e Vigilanza sanitaria sull'alimentazione animale" (PNAA) con valenza triennale, che ha come obiettivo:

- vigilanza e controllo in merito all'applicazione delle restrizioni relative al divieto di utilizzo delle proteine animali trasformate nell'alimentazione degli animali d'allevamento così come previsto dal Reg. (CE) 999/2001 e successive modifiche;
- vigilanza e controllo dei contaminanti e delle sostanze indesiderabili, con particolare attenzione alle micotossine nei mangimi, e alla contaminazione da diossine di alcune materie prime e sottoprodotti industriali utilizzati per la produzione di mangimi;
- controllo dell'eventuale presenza di additivi vietati e delle sostanze farmacologicamente attive vietate nell'alimentazione animale;
- vigilanza e controllo in materia di contaminazione da Salmonelle delle materie prime per mangimi di origine animale individuate nella direttiva 2003/99/CEE e delle materie prime per mangimi di origine vegetale e dei mangimi composti;
- piano nazionale di controllo della presenza di OGM

Il nuovo assetto normativo ha determinato una revisione anche delle attività amministrative legate ai controlli ufficiali presso le strutture di produzione/lavorazione, commercio e trasporto da parte delle autorità competenti, coinvolgendo in primis i Servizi Veterinari Territoriali (SVET).
Nel corso del 2008 i Servizi Veterinari delle Aziende ULSS della Regione del Veneto, nell'ambito del Piano Nazionale Alimentazione Animale hanno effettuato 1435 campioni (tabella n.1) lungo tutta la filiera dell'alimentazione animale, che rappresentano il 16, 5% di tutta l'attività svolta a livello nazionale. Sono stati eseguiti il 85,9% dei controlli previsti dal piano regionale e il 96,7% dei campioni previsti dal Piano Nazionale. Infatti il piano nazionale prevede un numero minimo di controlli da effettuare che le Regioni possono implementare sulla base dell'andamento dei piani precedenti. L'unità di Progetto aveva infatti incrementato i campioni previsti per la vigilanza dei principi attivi e degli additivi (582 contro i 548). Inoltre in considerazione delle positività riscontrate negli anni precedenti, si è previsto di aumentare i controlli della sorveglianza delle micotossine (250 contro 147) Per le altre tipologie di controllo non sono stati adottati integrazioni regionali.
In tutti i settori i controlli eseguiti superano il 90% (obiettivo minimo) rispetto ai programmati in ambito nazionale, tranne che per la vigilanza OGM in cui sono stati eseguiti 4 controlli in meno. Un discorso a parte va fatto per la BSE. In questo caso per la sorveglianza BSE sono stati eseguiti quasi il doppio dei controlli, mentre per la vigilanza sono stati eseguiti solo il 61,1% dei controlli. Questa discrepanza è dovuta anche a un uso non corretto dei verbali di prelevamento da parte dei Servizi Veterinari, che determina un errore di registrazione nel sistema informatico dell'IZS. Nel corso delle riunioni di presentazione del piano regionale per l'anno 2009, i Servizi Veterinari sono stati sensibilizzati al problema e sono stati sollecitati ad usare correttamente i verbali di campionamento. Si deve tuttavia rilevare che in ogni caso sono stati eseguiti, per la BSE, un numero di campioni molto inferiore a quelli previsti.

Il PNAA 2008 indica le seguenti frequenze minime di ispezione che possono essere aumentate dalla Regioni sulla base dell'analisi dei rischi tenendo conto della tipologia e della localizzazione dell'impianto, del tipo di mangime prodotto o stoccato e dell'indirizzo produttivo dell'allevamento.

Per le seguenti imprese del settore dei mangimi deve essere eseguita almeno un'ispezione l'anno:

- stabilimenti di cui all'articolo 10, lettera a), b), c) del Reg. (CE)183/2005;
- impianti di produzione di mangimi medicati e prodotti intermedi;
- aziende zootecniche che producono mangimi medicati per autoconsumo;
- imprese di cui all'art. 5, comma 2, del Reg. (CE) 183/2005;
- laboratori di analisi per autocontrollo aziendale o autorizzati all'esecuzione di analisi per conto terzi.

Un' ispezione ogni due anni:

- impianti di distribuzione di mangimi medicati e prodotti intermedi;
- imprese di cui all'art. 5, comma 1, del Reg. (CE) 183/2005, dato l'elevato numero dei produttori primari, le ispezioni devono essere programmate in ambito regionale, in base al livello di rischio;

- n. 729 ispezioni, presso gli operatori primari registrati ai sensi del Regolamento(CE) 183/2005 art. 5, comma 1 con 1 non conformità;
- n. 331(su 3335 nazionali) ispezioni effettuate presso le ditte registrate ai sensi del Regolamento(CE) 183/2005 art. 5, comma 2 con il riscontro di n. 6 non conformità.;
- n. 101 (su 1484 nazionali) ispezioni effettuate presso le ditte riconosciute ai sensi del Regolamento(CE) 183/2005 con il riscontro di n. 2 non conformità;
- n. 82 (su 419 nazionali) ispezioni effettuate presso gli operatori del settore mangimi medicati con il riscontro di n. 36 non conformità.
- n. 37 (su 194 nazionali) ispezioni presso gli stabilimenti autorizzati che producono mangimi contenenti prodotti in deroga ai divieti di cui all'articolo 7, paragrafi 1 e 2 del Regolamento(CE) n. 999/2001 effettuate con il riscontro di n. 0 non conformità.

Per quanto riguarda l'attività ispettiva sui produttori primari e su tutta la filiera produttiva, i dati sopra riportati sono riportati dei sopralluoghi effettuati, rispetto ai dati programmati, si deve sottolineare l'impossibilità di effettuare le verifiche su tutti i produttori primari, come previsto dal piano nazionale, in considerazione dell'elevato numero di quest'ultimi (circa 100.000). Questa solo attività avrebbe infatti assorbito tutte le risorse umane impiegate per tutti i piani di controllo della veterinaria, cosa impossibile da attuare.

PIANO NAZIONALE RESIDUI

Il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali predispone annualmente il Piano Nazionale Residui in linea con le indicazioni della Commissione Europea e con il dettato della normativa vigente. Nello specifico, il Piano Nazionale Residui, previsto dalla Dir. 96/23/CE, è effettuato ai sensi del DLgs 158/2006 e successive modifiche.

Tale piano si prefigge la sorveglianza ed il monitoraggio della presenza nella filiera produttiva di residui di sostanze farmacologicamente attive vietate o l'uso improprio di quelle autorizzate. Al fine di raggiungere i suddetti scopi, viene programmato un piano di campionamento, a livello del processo di allevamento degli animali e di prima trasformazione dei prodotti di origine animale, che tiene in considerazione, tra l'altro, al fine di operare opportune modifiche ed eventuali azioni mirate, dei risultati dell'anno precedente.

Per l'anno 2008 sono stati programmati a livello nazionale 31.121 campioni. In fase di attuazione del Piano sono stati analizzati 25.839 campioni, pari all'83% del numero di campioni programmati ed al 93,5% del numero minimo calcolato sulla base dei livelli produttivi nazionali.

Sulla base dei controlli attribuiti dal Ministero, la Regione del Veneto predispone annualmente il Piano Regionale Residui, che per l'anno 2008 è costituito da 4686 campioni programmati. Tali campioni sono ripartiti alle aziende ULSS sulla base della consistenza del patrimonio zootecnico e delle entità di produzione delle strutture di macellazione. Per la ripartizione ci si avvale di un sistema informatico semplice ed efficace che consente la ripartizione automatica dei campioni tra le diverse Az-ULSS e la loro equilibrata distribuzione durante tutto l'anno, in modo da permettere la piena operatività dei laboratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie che eseguono le attività analitiche.

I campioni programmati per l'anno 2008 erano rappresentati da 4686 unità di cui 1206 in allevamento e 3480 al macello. Sono stati eseguiti 4996 campioni (106,6% del programmato), di cui 1702 in allevamento (141,1 % del programmato), 3270 al macello e 24 presso altre tipologie di impianti (93,9 % del programmato).

I controlli in allevamento risultano più numerosi rispetto al programmato in quanto, a seguito di positività allo screening e/o al test di conferma, sono stati condotti specifici controlli e campionamenti sia presso gli allevamenti in cui sono state rilevate delle irregolarità che presso gli allevamenti funzionalmente correlati.

Inoltre, nel corso del 2008, alcune strutture di macellazione poste sul territorio regionale hanno cessato la loro attività e non è stato sempre possibile ridistribuire l'attività assegnata a tali strutture ad altre aziende ULSS.

Nel corso del 2008 sono state rilevate 63 non conformità a livello nazionale e 13 a livello regionale (pari allo 0,24% dei campioni esaminati a livello nazionale e 0,26% a livello regionale) di cui 5 per sostanze di categoria A (Desametazone e Testosterone) ed 8 per sostanze di categoria B.

Riportiamo di seguito le tabelle descrittive della distribuzione regionale dei campioni programmati ed analizzati nel corso dell'anno 2008:

DISTRIBUZIONE DEI CAMPIONI PROGRAMMATI PER LUOGO PRELIEVO NEL VENETO				
REGIONE DI PROVENIENZA TERRITORIALE	**ALLEVAMENTO**	**MACELLO**	**CACCIATO**	**TOTALE**
VENETO	1206	3480	0	**4686**

DISTRIBUZIONE DEI CAMPIONI ANALIZZATI PER LUOGO PRELIEVO E REGIONE/P.A.				
REGIONE DI PROVENIENZA TERRITORIALE	**ALLEVAMENTO**	**MACELLO**	**STABILIMENTO**	**TOTALE**
VENETO	1702	3270	24	**4996**

ANAGRAFE ANIMALE: CONTROLLI IN ALLEVAMENTO

La legislazione comunitaria prevede che gli Stati Membri in possesso di una banca dati dell'anagrafe bovina riconosciuta devono assicurare un livello minimo di ispezioni annuali su almeno il 5% delle aziende presenti sul proprio territorio. I controlli per l'anagrafe zootecnica sono effettuati ai sensi del Reg. (CE) n. 1082/2003 e del Reg. (CE) n. 1505/2006.

Nel corso dell'anno 2008, i Servizi Veterinari della Regione Veneto hanno effettuato 2.578 controlli su 2.488 allevamenti. Sono stati in questo modo controllati il 10.3% degli allevamenti bovini veneti (contro una media nazionale del 7.88%). Il dato più significativo è rappresentato dal numero di controlli totali eseguiti, pari a 2.578, che rappresenta il 16.9 % di tutti i controlli eseguiti in ambito nazionale, da tutti gli organismi di controllo (Servizi Veterinari, NAS e corpo Forestale). Questo ultimo dato risente degli accordi intercorsi con AVEPA (Agenzia Veneta per i Pagamenti in Agricoltura), che prevedono che tutti i controlli veterinari per la condizionalità siano eseguiti dai Servizi Veterinari della Regione del Veneto. Pertanto i Servizi territoriali, oltre alla normale programmazione, eseguono i controlli su campione di allevamenti estratto da AVEPA. Per razionalizzare le attività di controllo, è stato istituito a livello nazionale un tavolo di lavoro per addivenire a una maggiore integrazione tra controlli sanitari e controlli condizionalità, in modo da ridurre significativamente le percentuali di allevamenti controllati.

RIEPILOGO SUI CONTROLLI MINIMI NELLE AZIENDE CON ALLEVAMENTI BOVINI E BUFALINI AI SENSI DEL REG. (CE) 1082/2003 IN VENETO, ANNO 2008 (dati aggiornati al 23/03/2009)	
Numero medio di aziende aperte con capi al 01/01/2008	24.045
Numero totale di ispezioni effettuate ai sensi del Reg.(CE) 1082/2003	2.578 (16,9% dei controlli nazionali)
Numero complessivo di capi registrati sul territorio al 01/01/2008	880.314
Numero totale di aziende sottoposte a controllo ai sensi del Reg.(CE) 1082/2003 (percentuale rispetto alle aziende aperte con capi al 01/01/2008)	2.488 (10,3% delle aziende venete controllate, contro il 7,88% a livello nazionale)

Di seguito vengono dettagliati i controlli per l'anagrafe in allevamento effettuati in Regione del Veneto nel 2008 e nel 2009.

Tabella 1 – controlli per l'anagrafe in allevamento (anno 2008)

	Nr.controlli Bovini	Allevamenti Bovini controllati	Nr.controlli Ovicaprini	Allevamenti Ovicaprini controllati	Nr.controlli allevamenti suini	Allevamenti altre specie controllati
Totale	**2.578**	**2.488**	**231**	**227**	**207**	**204**

Dei suddetti controlli, 1 è stato effettuato dai NAS presso un allevamento bovino e 25 dal Corpo Forestale dello Stato (sempre in allevamenti bovini).

Tabella 2 - controlli in allevamento nel 2008 con irregolarità riscontrate.

	Nr.controlli Bovini	Allevamenti Bovini controllati	Nr.controlli Ovicaprini	Allevamenti Ovicaprini controllati	Nr.controlli altre specie	Allevamenti altre specie controllati
Totale	**88**	**88**	**4**	**4**	**1**	**1**

Delle irregolarità sopra riportate, 1 è stata rilevata dai NAS in un allevamento bovino e 22 (sempre in allevamenti bovini) dal Corpo Forestale dello Stato.

Tabella 3 - Controlli per l'anagrafe in allevamento effettuati nel 2009

	Nr.controlli Bovini	Allevamenti Bovini controllati	Nr.controlli Ovicaprini	Allevamenti Ovicaprini controllati	Nr.controlli altre specie	Allevamenti altre specie controllati
Totale	**1.483**	**1.456**	**87**	**79**	**159**	**155**

Nel 2009, 1 allevamento bovino è stato controllato dai NAS, mentre altri 15 sono stati controllati dal Corpo Forestale dello Stato.

Tabella 4 - controlli in allevamento nel 2009 con irregolarità riscontrate.

	Nr.controlli Bovini	Allevamenti Bovini controllati	Nr.controlli Ovicaprini	Allevamenti Ovicaprini controllati	Nr.controlli altre specie	Allevamenti altre specie controllati
Totale	**81**	**79**	**3**	**3**	**22**	**22**

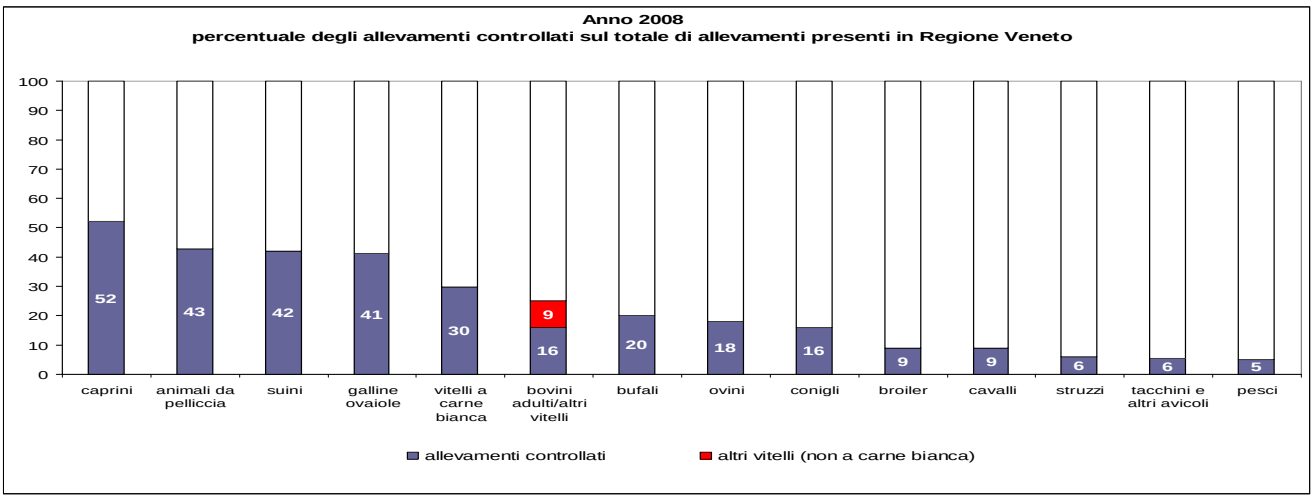
Di queste irregolarità, 15 sono state riscontrate in allevamenti bovini dal Corpo Forestale dello Stato.

BENESSERE ANIMALE

Con nota prot. 0016031-P-04/08/2008 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha formalizzato il Piano Nazionale Benessere animale (PNBA), che comprende tra l'altro i controlli che i Servizi Veterinari territoriali devono compiere negli allevamenti, definendone la percentuale annuale da eseguire sull'intero patrimonio regionale e le modalità di conduzione (check-list, criteri di scelta etc…). Ai sensi della decisione 2006/778/CE, entrata in applicazione dal 01 gennaio 2008, le ispezioni devono riguardare tutte le specie di allevamento che rientrano nel campo di applicazione della direttiva 98/58/CE (recepita con D.Lgs. 146/2001).
Dalla data di formalizzazione del Piano, per gli ultimi mesi del 2008, il Ministero ha previsto un avvio in fase sperimentale della programmazione dei controlli e dei flussi rendicontativi tra Servizi Veterinari territoriali, Regioni e Ministero stesso.
Il PNBA prevede di controllare il 15 % sull'intero patrimonio regionale, di allevamenti di vitelli a carne bianca, galline ovaiole, suini e broiler, ed il 25 % sull'intero patrimonio regionale relativi alle così dette "altre specie". Applicando le indicazioni del PNBA, in Regione Veneto si sarebbero dovuti eseguire da agosto a dicembre 2008, complessivamente 743 controlli, ripartiti a seconda delle specie allevate, secondo la tabella di seguito riportata:

Specie	***N. allevamenti soggettibili al PNBA***	***N. allevamenti da controllare/anno previsti dal PNBA***	***N. di allevamenti da controllare agosto-dicembre 2008***
vitelli a carne bianca	**536**	80	34
suini	**624**	94	39
galline ovaiole	**143**	21	9
broiler	**962**	144	60
altre specie (bovini,ovini,caprini, bufali, cavalli, conigli, tacchini ed altri avicoli, struzzi, animali da pelliccia, pesci)	**5.769**	1.442	601
Totale			**743**

Prima della formalizzazione del PNBA da parte del Ministero, la Regione del Veneto, aveva già provveduto a fornire ai Servizi Veterinari delle Azienda ULSS (con nota n. 66.074/50.00.13 del 28 marzo 2008) una prima programmazione dei controlli da effettuare, basata sull'analisi dell'attività rendicontata negli anni precedenti, focalizzata negli allevamenti di vitelli a carne bianca, di galline ovaiole e di suini. Successivamente, sono stati programmati ulteriori di controlli da effettuare anche negli allevamenti delle "altre specie", valevoli altresì per l'erogazione dei premi comunitari.
La programmazione regionale dei controlli del benessere animale in allevamento per l'anno 2008 derivante dalle sopraccitate fasi, ha previsto complessivamente 1.756 allevamenti; a fine anno i Servizi Veterinari territoriali hanno rendicontato un totale di 1.660 ispezioni, pari al 20,66% sul numero di allevamenti presenti nel territorio regionale.



Il numero di allevamenti controllati nel territorio della Regione del Veneto durante l'anno 2008, copre ampiamente il numero minimo di controlli individuato dal PNBA per i di applicazione in via sperimentale dello stesso (da agosto a dicembre), e corrisponde altresì al 94,53 % del programmato regionale per quello stesso anno.

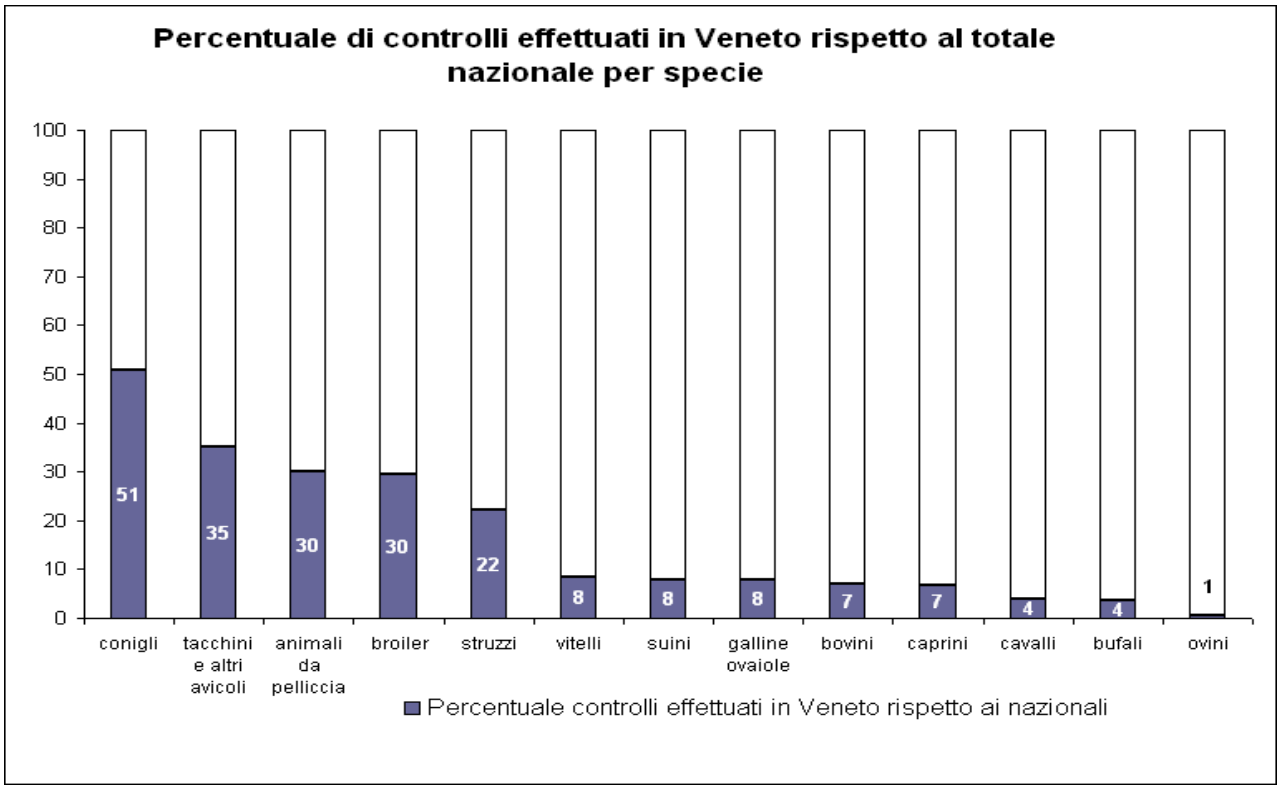
Pare opportuno sottolineare che se il PNBA fosse stato applicato sull'intero anno, sarebbe stato invece difficile riuscire a soddisfare gli obiettivi individuati. Dai dati sotto riportati risulta evidente come il numero di allevamenti controllati in tutto il 2008 superi ampiamente la percentuale minima del 15% dell'intero patrimonio, anche estendendola su base annuale, nel caso di vitelli a carne bianca, suini e galline ovaiole. Diversamente, nell'ipotesi annuale, non si sarebbe riusciti a raggiungere l'obiettivo di controllare almeno il 15% degli allevamenti di broiler ed il 25% delle altre specie.

Tale dato è evidentemente a conferma del fatto che il PNBA non è stato tarato sulla distribuzione effettiva degli allevamenti presenti nel territorio nazionale: la Regione del Veneto si contraddistingue per avere una realtà produttiva molto rilevante in termini di diversità delle specie allevate ed anche di effettivo numero di allevamenti presenti, con particolare riferimento al patrimonio avicolo, soprattutto tacchini e broiler (rispettivamente pari al 84,24% e 58,30% del totale degli allevamenti nazionali). Gli allevamenti veneti inoltre sono prevalentemente di tipo intensivo con un elevato numero di animali allevati per singolo allevamento, superando i criteri di filtro per numero di capi presenti, individuati dal PNBA.

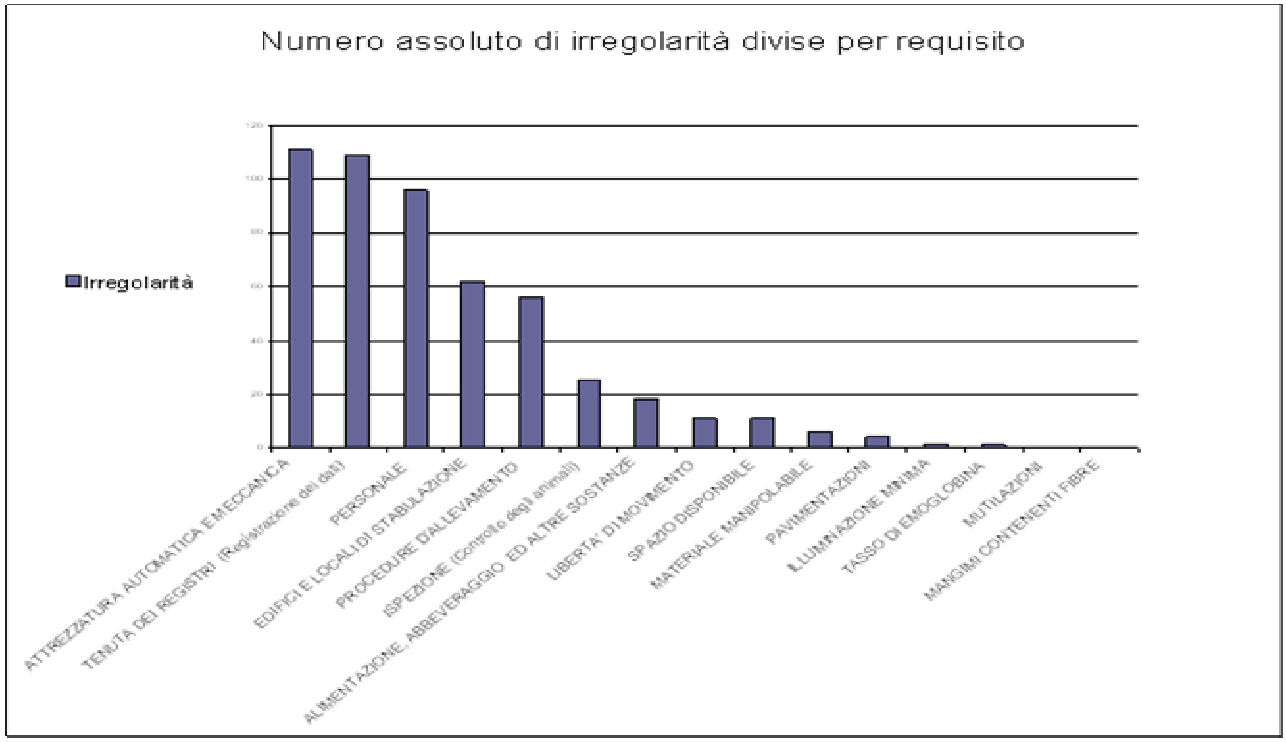
Per tale motivo, ai tavoli tecnici di lavoro tra Regioni e Ministero, la Regione del Veneto ha ribadito con forza la necessità che la distribuzione minima dei controlli per il benessere animale in allevamento previsti per l'anno 2009 fosse maggiormente tarata e differenziata per le singole regioni sulla base delle singole realtà produttive, ovvero, nell'ottica di mantenere una percentuale dei controlli minimi da effettuare di abbassarla di almeno 5 unità.

REGIONE del VENETO Specie/Categoria animale	allevamenti soggettibili al PNBA	allevamenti controllati anno 2008	Percentuale controllati/soggettibili
Vitelli a carne bianca	*536*	*159*	***29,66***
Altri vitelli		*313*	
Bovini adulti	*3.436*	*548*	***15,94***
Suini	*624*	*263*	***42,14***
Ovini	*117*	*21*	***17,94***
Galline ovaiole	*143*	*59*	***41,25***
Caprini	*46*	*24*	***52,17***
Broiler	*962*	*85*	***8,83***
Bufali	*10*	*2*	***20,00***
Cavalli	*443*	*39*	***8,80***
Conigli/Lepri	*490*	*78*	***15,91***
Tacchini ed altri avicoli	*898*	*50*	***5,56***
Struzzi	*34*	*2*	***5,88***
Animali da pelliccia	*7*	*3*	***42,85***
Pesci	*288*	*14*	***4,86***
Totale	***8.034***	***1.660***	***20,66***

E' altresì interessante notare come i controlli effettuati in Veneto corrispondano al 7,12% del totale dei controlli effettuati sul territorio nazionale per la verifica del benessere animale durante il 2008, come rappresentato nello schema sottostante.



Nei 1.660 allevamenti controllati in Veneto sono state registrate 511 irregolarità, a cui sono seguite 494 prescrizioni (377 rimediabili entro 3 mesi mentre 117 oltre i 3 mesi) e 5 sanzioni. Le irregolarità hanno riguardato principalmente alcuni parametri di controllo, come di seguito schematizzato:



A seguito di non conformità, sono stati erogati esclusivamente 5 provvedimenti sanzionatori riferiti ad un allevamento di vitelli non a carne bianca ed a 4 allevamenti di galline ovaiole in gabbia, e relativi al parametro "spazio disponibile". In valore assoluto gli allevamenti di vitelli hanno presentato maggiori non conformità rispetto alle altre tipologie di allevamento, benché valutando in termini percentuali si raggiungano per talune specie anche un rapporto tra irregolarità e numero di allevamenti controllati pari al 50%. In alcuni casi il dato è però poco indicativo vista l'esiguità del campione, come ad esempio negli allevamenti di struzzi.

SPECIE	n. allevamenti presenti	n. allevamenti controllati	n. irregolarità	n. prescrizioni A	n. prescrizioni B	n. sanzioni
VITELLI A CARNE BIANCA ALTRI VITELLI	536	159 313	203	131	59	1
BOVINI ADULTI	3.436	548	140	123	17	0
SUINI	624	263	87	64	23	0
BROILER	962	85	26	24	2	0
TACCHINI ED ALTRI AVICOLI	898	50	18	12	6	0
GALLINE OVAIOLE	143	59	12	4	4	4
CONIGLI	490	78	11	8	3	0
PESCI	288	14	6	6	0	0
CAVALLI	443	39	3	3	0	0
OVINI	117	21	2	2	0	0
CAPRINI	46	24	2	0	2	0
STRUZZI	34	2	1	0	1	0
BUFALI	10	2	0	0	0	0
ANIMALI DA PELLICCIA	7	3	0	0	0	0
TOTALE	8.034	1.660	511	377	117	5

Come di seguito rappresentato, in termini di entità e tipologia di prescrizioni la Regione del Veneto raggiunge mediamente il 10,36% delle non conformità rilevate su base nazionale. Tale dato, benché soggettibile ad

interpretazioni diverse, in taluni casi sta evidentemente a dimostrare un'importante attività di controllo e formazione agli allevatori da parte dei Servizi Veterinari delle Az. ULSS del Veneto.

Specie/Categoria animale	non conformità nazionali	non conformità regionali	% non conformità regionali/nazionali
Vitelli	*1.188*	*203*	***17,09***
Bovini adulti	*1.028*	*140*	***13,62***
Suini	*1.633*	*87*	***5.33***
Ovini	*455*	*2*	***0,44***
Galline ovaiole	*267*	*12*	***4,49***
Caprini	*77*	*2*	***2,60***
Broiler	*77*	*26*	***33,77***
Bufali	*NP*	*0*	
Cavalli	*133*	*3*	***2,25***
Conigli/Lepri	*NP*	*11*	
Tacchini ed altri avicoli	*18*	*18*	***100,00***
Struzzi	*NP*	*1*	
Animali da pelliccia	*0*	*0*	***0***
Pesci	*NP*	*6*	
Totale	***4.876***	***511***	***10,36***

NP= non è presente un dato quantitativo

In termini generali, l'attività di controllo del benessere animale in allevamento effettuata durante l'anno 2008 in Veneto è stata quantitativamente e qualitativamente rilevante, pur riconoscendo che un'eventuale estensione su base annuale delle percentuali minime di controllo previste dal PNBA andrebbe ampiamente a penalizzare i Servizi Veterinari Territoriali Veneti.

Sarebbe necessario rivedere i criteri di programmazione dell'attività di controllo tenendo particolarmente conto delle non conformità rilevate negli anni precedenti ed in modo da calibrare la % minima di controlli da effettuare annualmente a seconda del numero di allevamenti presenti, del numero di animali allevati e del numero di risorse disponibili, propri di ciascuna Regione, ovvero sulla base di criteri di rischio codificati che permettano di individuare gli allevamenti problema.

Come ulteriore elemento di criticità riferibile all'anno 2008, si sottolinea il fatto che la programmazione regionale è stata effettuata in più fasi ed in diversi momenti dell'anno, nel tentativo di integrare ed armonizzare le disposizioni intervenute successivamente a livello nazionale, con il PNBA, e con i controlli previsti dagli Enti erogatori dei premi comunitari per gli allevatori.

Nel 2009 gli allevamenti da controllare sono calati in numero assoluto considerato che le disposizioni nazionali hanno diminuito la percentuale di controlli da effettuare. Le percentuali ministeriali di riferimento dalle quali è stato derivato il Piano Regionale Benessere Animale (PRBA) sono riportate nella tabella seguente:

Percentuale attesa del 10% sul totale di allevamenti presenti per singola specie

VITELLI CARNE BIANCA
SUINI
OVAIOLE
BROILER

Percentuale attesa del 15% sulla somma totale di allevamenti presenti per le seguenti specie

ALTRI BOVINI
STRUZZI
TACCHINI
OCHE
ANATRE

ALTRI AVICOLI
CONIGLI
OVINI
CAPRINI
BUFALI
CAVALLI
PESCI
DA PELLICCIA

Il PRBA è risultato ampiamente adempiente rispetto alla programmazione nazionale.
Infatti a fronte di 1.104 allevamenti da controllare programmati, ne sono stati controllati 1.581.

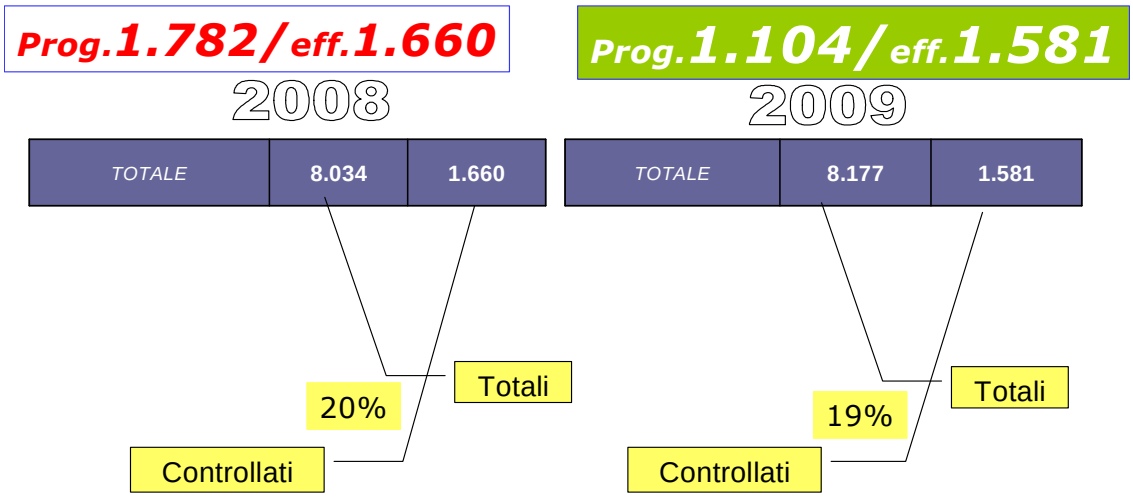


Figura 1 controlli effettuati vs. controlli programmati

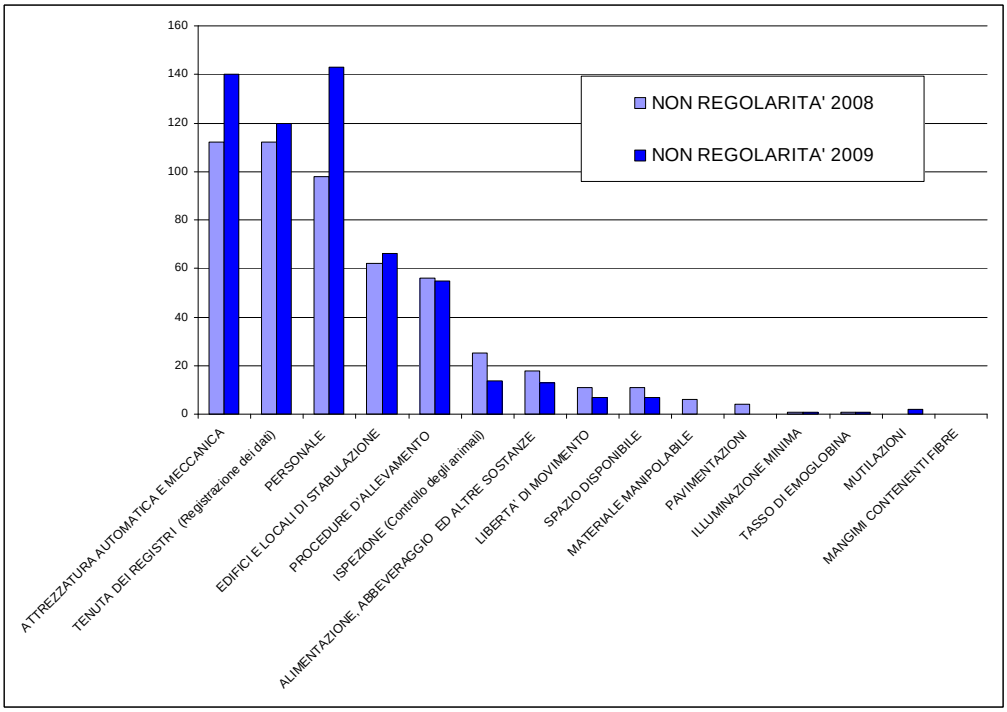


Figura 1 Regione del Veneto confronto fra non conformità 2008 e 2009

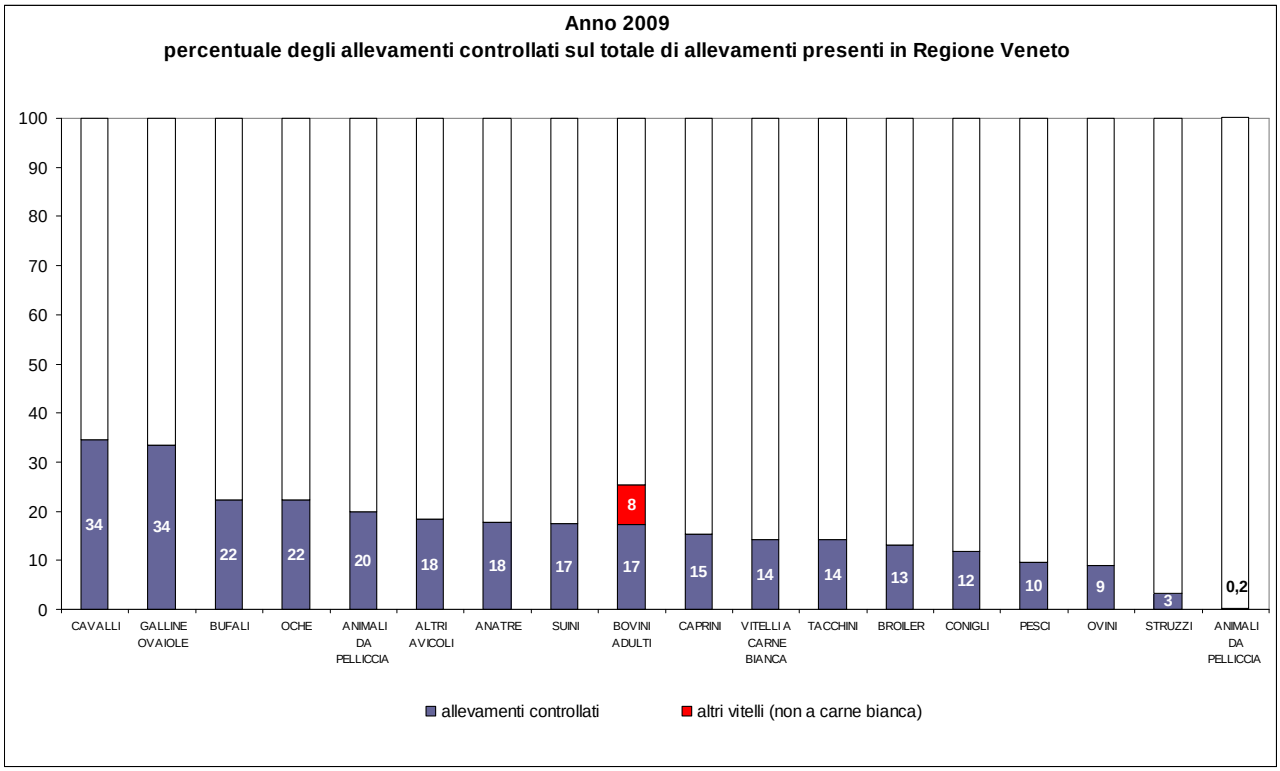
Il numero dei controlli, pur restando vicino a quello dell'anno 2008 risulta ampiamente superiore a quello richiesti dalla programmazione nazionale.

Per quanto riguarda la violazione dei requisiti, il confronto con il dato 2008 rispecchia solo piccole variazioni di tendenza a livello percentuale, a parte le non conformità riguardanti il personale che salgono circa di 7 punti percentuali. Il numero assoluto invece vede un incremento di circa 60 non conformità

SPECIE	n. allevamenti presenti	n. allevamenti controllati	n. irregolarità	n. prescrizioni A	n. prescrizioni B	n. sanzioni
VITELLI A CARNE BIANCA ALTRI VITELLI	525	75 282	176	146	28	2
BOVINI ADULTI SUINI	3.479 803	598 140	217 23	123 7	93 16	1 0
BROILER	969	128	21	9	12	0
TACCHINI	623	89	29	14	15	0
ALTRI AVICOLI	211	39	21	16	5	0
GALLINE OVAIOLE	152	51	27	13	9	5
CONIGLI	470	56	22	19	3	0
PESCI	291	28	13	9	4	0
CAVALLI	87	30	6	4	2	0
OVINI	325	29	4	2	2	0
CAPRINI	137	21	3	3	0	0
STRUZZI	31	1	0	0	0	0
BUFALI	9	2	5	0	5	0
ANATRE	51	9	3	3	0	0
OCHE	9	2	0	0	0	0
ANIMALI DA PELLICCIA	5	1	0	0	0	0
TOTALE	8.177	1.581	570	368	194	8

Un dato che appare interessante per quanto riguarda la rendicontazione 2009 è che la percentuale di sanzioni negli allevamenti di galline ovaiole è del 9,8%, mentre in tutti gli altri allevamenti controllati è lo 0,2%, 49 volte più alto, dato che comunque risulta in linea con il dato 2008.

Di seguito si riporta lo schema dei controlli effettuati nella Regione del Veneto nell'anno 2009.



PERCENTUALE TOTALE ATTESA	13,50%
PERCENTUALE TOTALE EFFETTUATA	19,33%
Miglioramento rispetto all'atteso	5,83%

Percentuale attesa del 10% sul totale di allevamenti presenti per singola specie

SPECIE	n All	controlli	Percentuale
VITELLI CARNE BIANCA	525	75	14,29%
SUINI	803	140	17,43%
OVAIOLE	152	51	33,55%
BROILER	969	128	13,21%
TOTALE	2449	394	16,09%

Percentuale attesa del 15% sulla somma totale di allevamenti presenti per le seguenti specie

SPECIE	n All	controlli	Percentuale
ALTRI BOVINI	3479	598	17,19%
STRUZZI	31	1	3,23%
TACCHINI	623	89	14,29%
OCHE	9	2	22,22%
ANATRE	51	9	17,65%
ALTRI AVICOLI	211	39	18,48%
CONIGLI	470	56	11,91%
OVINI	325	29	8,92%
CAPRINI	137	21	15,33%
BUFALI	9	2	22,22%
CAVALLI	87	30	34,48%
PESCI	291	28	9,62%
DA PELLICCIA	5	1	20,00%
ALTRI VITELLI	3479	282	8,11%
TOTALE	5728	1187	20,72%

IGIENE ALIMENTARE

In materia di Igiene degli Alimenti ed in linea con quanto previsto dalle strategie nazionali e comunitarie di controllo ufficiale degli alimenti, di verifica dell'applicazione dei Regolamenti Comunitari che costituiscono il cosiddetto "Pacchetto Igiene" e di esecuzione di quanto previsto in applicazione delle procedure del sistema di allerta comunitario in materia di alimenti destinati al consumo umano.

L'applicazione di quanto previsto dal "Pacchetto igiene" in Veneto è stata indirizzata dalla Regione con la D.G.R. 20.11.2008, n. 3710 e con il Decreto del Dirigente Regionale dell'U.P.S.A.I.A. 05.03.2010 n. 140, di recepimento degli accordi in merito intercorsi tra il Ministero della Salute, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano .

Attraverso di esse il S.I.A.N.A. ha indirizzato e coordinato l'attività in merito effettuata dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), dai Servizi Veterinari delle Aziende U.L.S.S. del Veneto e dai Laboratori dell'Agenzia Regionale Protezione Prevenzione Ambientale (A.R.P.A.V.).e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (I.Z.S.) delle Venezie che effettuano le analisi sugli alimenti nell'ambito delle attività di Controllo Ufficiale degli stessi.

L'attività di Controllo Ufficiale degli alimenti, effettuata dai dianzi citati servizi delle Aziende U.L.S.S e dai richiamati Laboratori di A.R.P.A.V. e I.Z.S. delle Venezie, ha avuto modo di svolgersi in maniera più efficace e coordinata anche grazie all'emanazione da parte del Regione del Veneto del Piano Regionale Integrato dei Controlli (P.R.I.C.) 2007-2010.

Tale piano è costituto anche di una parte dedicata ai campionamenti ufficiali di alimenti sia di origine animale che di origine non animale, di una parte dedicata al controllo ufficiale per la ricerca delle eventuale presenza di Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) in alcuni alimenti di origine vegetale (mais e derivati, soia e derivati e dal 2009 anche riso e derivati) e di una parte dedicata al monitoraggio per il controllo dell'eventuale trattamento con radiazioni ionizzanti di alcuni alimenti di origine vegetale e animale.

La parte di tale piano dedicata al Controllo Ufficiale degli alimenti è stata aggiornata ogni anno dal 2007 al 2010 ed i risultati a livello regionale relativi agli anni 2008 e 2009 sono riportati nella successiva **Tabella A**, dove sono riportati sia i dati relativi all'attività di controllo analitico ufficiale vigilanza effettuata dai Laboratori di A.R.P.A.V. e I.Z.S delle Venezie e dalla successiva **Tabella B**, dove sono riportati i dati relativi all'attività di vigilanza ispettiva svolta dai S.I.A.N. e dai Servizi Veterinari delle Aziende U.L.S.S. del Veneto negli anni 2008 e 2009.

I dati aggregati dell'attività di Controllo Ufficiale analitici e ispettivi, sono inviati annualmente, mediante apposite tabelle alla Direzione Generale Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione del Ministero della Salute in adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione Europea.

Per quanto riguarda il Controllo Ufficiale per la verifica dell'eventuale presenza di O.G.M. in alcuni alimenti di origine vegetale, come in precedenza riportato, i risultati di tale attività relativi alla Regione del Veneto e inerenti gli anni 2008 e 2009 sono descritti nella sotto riportata **Tabella C**.

I dati relativi al monitoraggio condotto nel 2008 e nel 2009, per verificare l'eventuale trattamento con radiazioni ionizzanti di alcuni alimenti di origine vegetale e animale, sono riportati nella successiva **Tabella D**.

TABELLA A:
Controllo ufficiale prodotti alimentari: analisi dei campioni di alimenti
ANNO 2008

Prodotti	Numero Campioni	Numero Campioni Irregolari
Lattiero caseari	1.627	3
Uova e ovoprodotti	122	0
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione, pollame	1.982	63
Pesci, crostacei, molluschi	2.270	33
Grassi ed olii	294	15
Zuppe, brodi, salse	142	5
Cereali e prodotti della panetteria	1.351	37
Frutta e verdura	812	7
Erbe, spezie, caffè, the	181	2
Bevande non alcoliche	300	2
Vino	186	6
Bevande alcoliche escluso il vino	91	1
Gelati e dessert	193	2
Cacao e preparazioni a base di cacao	105	0
Dolciumi	335	10
Frutta secca	84	1
Piatti preparati	1.154	7
Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	190	1
Additivi	29	0
Materiali destinati al contatto con gli alimenti	570	0
Altri alimenti	155	14

ANNO 2009

Prodotti	Numero Campioni	Numero Campioni Irregolari
Lattiero caseari	1.150	13
Uova e ovoprodotti	217	
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione, pollame	1.416	30
Pesci, crostacei, molluschi	639	24
Grassi ed olii	122	2
Zuppe, brodi, salse	232	6
Cereali e prodotti della panetteria	1.343	17
Frutta e verdura	665	8
Erbe, spezie, caffè, the	183	1
Bevande non alcoliche	252	1
Vino	175	2
Bevande alcoliche escluso il vino	78	2
Gelati e dessert	205	1
Cacao e preparazioni a base di cacao	84	0
Dolciumi	19	0
Frutta secca	93	1
Piatti preparati	954	10
Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	177	1
Additivi	10	0
Materiali destinati al contatto con gli alimenti	331	0
Altri alimenti	178	1

Tabella b: Controllo ufficiale prodotti alimentari – attivita' ispettiva
ANNO 2008

Oggetto dell'attività ispettiva	Servizi veterinari	Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione
Numero di Unità	54.400	79.760
Numero di Unità Controllate	36.882	12.567
Numero di Ispezioni	147.909	15.866
Numero di Unità con Infrazioni	570	1.606
Totale Campioni Prelevati	65.373	5.259
Totale Campioni non Regolamentari	319	170
Numero di infrazioni		
a) Igiene Generale	492	769
b) Igiene (HACCP, Formazione e Personale)	75	538
c) Composizione	6	17
d) Contaminazione (Diversa da quella microbiologica)	42	4
e) Etichettatura e Presentazione	41	45
f) Altro	220	290
Provvedimenti		
a) Amministrativi	356	3.734
b) Notizie di Reato	59	49

ANNO 2009

Oggetto dell'attività ispettiva	Servizi veterinari	Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione
Numero di Unità	54.753	87.064
Numero di Unità Controllate	32.662	12.695
Numero di Ispezioni	127.093	16.249
Numero di Unità con Infrazioni	746	1.782
Totale Campioni Prelevati	33.070	5.207
Totale Campioni non Regolamentari	377	116
Numero di infrazioni		
a) Igiene Generale	474	788
b) Igiene (HACCP, Formazione e Personale)	199	700
c) Composizione	1	9
d) Contaminazione (Diversa da quella microbiologica)	14	6
e) Etichettatura e Presentazione	39	46
f) Altro	243	414
Provvedimenti		
a) Amministrativi	891	3.373
b) Notizie di Reato	65	76

TABELLA C
Cotrollo ufficiale sulla presenza di organismi geneticamente modificati negli alimenti,
ANNO 2008

Nel corso dell'anno 2008 sono stati effettuati, dai SIAN delle Aziende ULSS del Veneto, **62 campioni** di alimenti contenenti mais e derivati, soia e derivati, alimenti per la prima infanzia o altri prodotti destinati ad una alimentazione particolare contenenti soia e/o mais e cereali per la prima colazione e prodotti da forno contenenti mais e soia.
Tali campioni sono stati successivamente analizzati presso il Servizio Laboratori – U.O. di Biologia del Dipartimento A.R.P.A.V. Provinciale (D.A.P.) di Treviso.
Nel corso del 2008, le analisi effettuate hanno portato a rilevare la presenza di mais MON 810 in percentuale superiore ai limiti consentiti, su un campione prelevato da una partita di farina di mais confezionata di provenienza extra UE che era stata sottoposta a vincolo sanitario preventivo in attesa degli esiti delle analisi. Gli ulteriori controlli effettuati hanno permesso di accertare la regolarità dell'etichettatura del prodotto che indicava la presenza di OGM.

ANNO 2009

Nel corso dell'anno 2009 sono stati effettuati, dai SIAN delle Aziende ULSS del Veneto, 66 **campioni** di alimenti contenenti mais e derivati, soia e derivati, riso e derivati, alimenti per la prima infanzia o altri prodotti destinati ad una alimentazione particolare contenenti soia e/o mais e/o riso e cereali per la prima colazione e prodotti da forno contenenti mais e/o soia e/o riso.
Tali campioni sono stati successivamente analizzati presso il Servizio Laboratori – U.O. di Biologia del Dipartimento A.R.P.A.V. Provinciale (D.A.P.) di Treviso e i controlli ufficiali effettuati nel corso del 2009 non hanno portato a rilevare la presenza impropria di OGM.

TABELLA D
Piano regionale di monitoraggio conoscitivo per la verifica dell'eventuale trattamento di spezie con radiazioni ionizzanti
ANNO 2008

Tecnica analitica utilizzata

Si è applicato metodo microbiologico di screening UNI EN 13783:2002 proposto dall'I.S.S. (Rapporti ISTISAN 04/21). Tale metodo si applica per individuare se un alimento è stato trattato o meno con radiazioni ionizzanti e si basa sul principio che la composizione della microflora di un alimento si modifica in funzione delle condizioni di processo.
Poiché le radiazioni ionizzanti influenzano la vitalità degli organismi, ma non la loro capacità di essere colorati, è possibile individuare alimenti sottoposti a trattamento mediante l'associazione di due metodiche:

- la conta diretta delle cellule microbiche da filtro con microscopio a epifluorescenza dopo il trattamento con arancio di acridina (Direct Epifluorescent Filter Tecnique, DEFT) con cui si ottiene il numero totale di microrganismi attivi prima del trattamento;
- la conta batterica ottenuta con la numerazione delle colonie su piastra (Aerobic Plate Count, APC), norma UNI EN ISO 4833:2004 che indica invece solo i microrganismi vivi presenti nel campione dopo un possibile trattamento.

La differenza tra il valore ottenuto con la tecnica DEFT e il valore ottenuto con la tecnica APC fornisce informazioni sull'eventuale trattamento con radiazioni ionizzanti dell'alimento in esame che viene espresso con il valore Dc. Se tale valore è <4 il campione non risulta essere stato sottoposto ad irraggiamento.
I campioni risultati positivi devono però essere confermati con un altro metodo standardizzato per provare specificamente che l'alimento è stato sottoposto ad irraggiamento, in quanto il metodo DEFT/APC è un metodo di screening non specifico per i trattamenti d'irraggiamento.
Altra limitazione è che il metodo DEFT/APC non è applicabile quando il numero di microrganismi del campione, quantificati con il metodo APC è inferiore a 10-3 ufc/g.

Risultati

Dei 92 campioni esaminati, 15 hanno fornito un conteggio di cellule vitali con il metodo APC inferiore a 103 ufc/g., per cui non hanno potuto essere interpretati, 7 hanno fornito un valore di Dc >4 che indica un sospetto irraggiamento che deve essere confermato con metodiche appropriate e precisamente: 1 campione di miscele di spezie, 1 campione di pepe, 2 campioni di peperoncino, 2 campioni di origano e 1 campione di condimento vegetale. Tali campioni sono stati inviati all'I.S.S. per la conferma e nessuno di essi ha dato esito positivo.

Denominazione	**Miscela di spezie**	**Pepe**	**Peperoncino**	**Origano**	**Condimento vegetale**	**Curry**	**Totali**
Campioni effettuati	18	19	18	18	16	3	92
Campioni negativi	15	14	11	15	12	3	70
Campioni non interpretabili per valore APC <103	2	4	5	1	3	-	15
Campioni inviati a I.S.S. per conferma	1	1	2	2	1	-	7

TABELLA D
ANNO 2009

Tecnica analitica utilizzata

La tecnica impiegata è la medesima utilizzata nell'anno 2008 e i cui principio sono stati sommariamente illustrati in precedenza.

Risultati

Dei campioni esaminati campionati ed esaminati nel 2009, 16 hanno fornito un conteggio di cellule vitali con il metodo APC inferiore a 103 ufc/g. Sei di questi campioni hanno fornito un valore di Dc>4 che indica un sospetto irraggiamento che deve essere confermato con metodiche appropriate e precisamente: 2 campioni di miscele di spezie, 2 campioni di pepe e 2 campioni di peperoncino. Tali campioni sono stati inviati all'I.S.S. per la conferma e 5 di essi hanno dato esito positivo della stesse.

I S.I.A.N. delle Aziende U.L.S.S del Veneto, dove sono stati effettuati tali campioni "sospetti-positivi", sono stati invitati ad effettuare un campione ufficiale della stessa matrice, stessa marca e possibilmente stesso lotto, di quelli effettuati per il monitoraggio. Tali campioni verranno inviati al Centro Nazionale di Riferimento Radiazioni, CNRR presso l'I.Z.S. della Puglia e della Basilicata ed in caso di positività saranno inviati all'I.S.S per la conferma finale.

Denominazione	Miscela di spezie	Pepe	Peperoncino	Origano	Condimento vegetale	Curry	Totali
Campioni effettuati	19	23	23	22	20	5	112
Campioni negativi							96
Campioni non interpretabili per valore APC <103							10
Campioni inviati a I.S.S. per conferma	2	2	2				6

TABELLA D
PIANO REGIONALE DI MONITORAGGIO CONOSCITIVO PER LA VERIFICA DELL'EVENTUALE TRATTAMENTO DI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE CON RADIAZIONI IONIZZANTI
ANNO 2008

Tipologia alimenti analizzati	N. dei campioni analizzati		Metodo CEN utilizzato
	Risultato: non irradiato	Risultato: irradiati, etichettati scorrettamente	
Carne	31		UNI EN 13784
Preparazioni alimentari a base di carne	16		UNI EN 13784
muscolo ittico	8		UNI EN 13784
Preparazioni alimentari a base di pesce	3		UNI EN 13784
TOTALE	58		

ANNO 2009

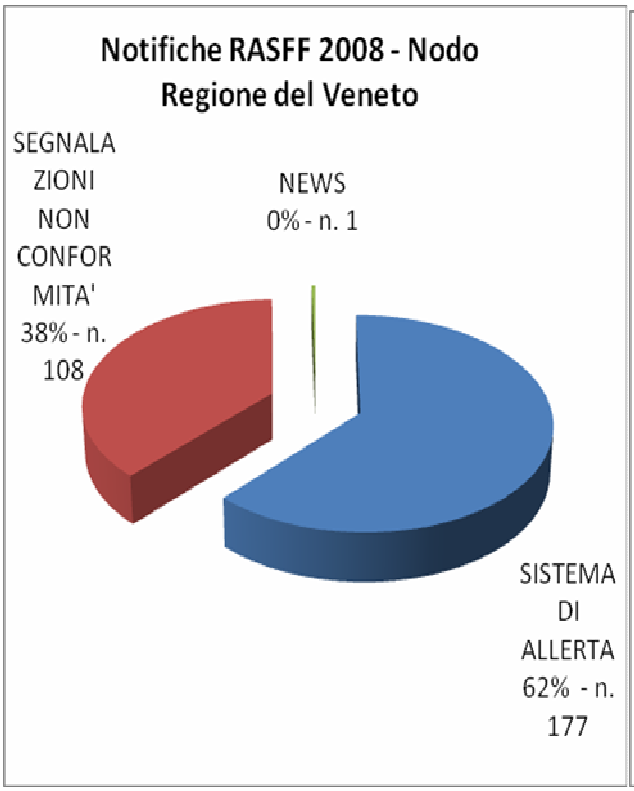
Tipologia alimenti analizzati	N. dei campioni analizzati		Metodo CEN utilizzato
	Risultato: non irradiato	Risultato: irradiati, etichettati scorrettamente	
Carne	31		UNI EN 13784
Preparazioni alimentari a base di carne	11		UNI EN 13784
muscolo ittico	14		UNI EN 13784
TOTALE	56		

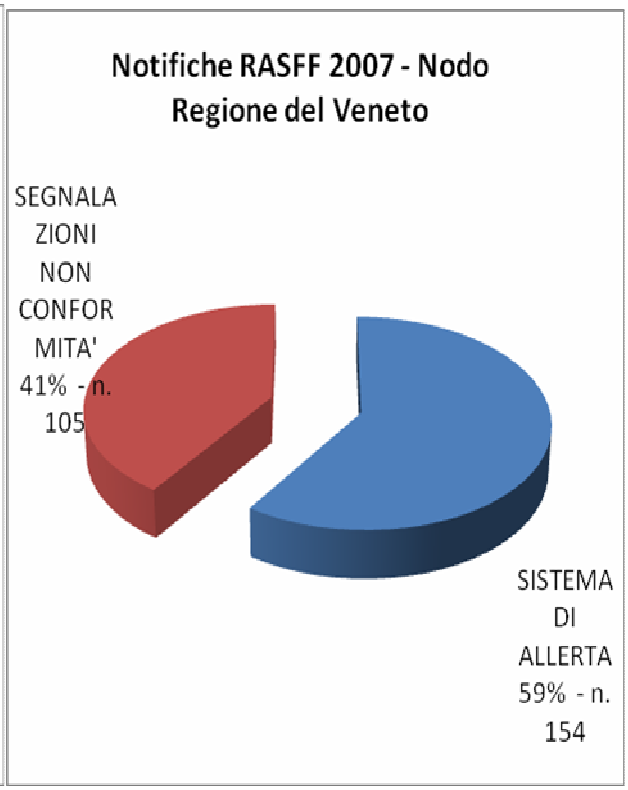
SISTEMA DI ALLERTA

I dati presentati sono relativi agli anni 2007 e 2008.
Quelli relatiivall'anno 2009 sono in fase di elaborazione e verranno presentati in occasione della relazione drealtiva all'anno 2010.
Il sistema di allerta rapido è una rete per lo scambio rapido di informazioni conseguenti al riscontro di un rischio per la salute umana sugli alimenti, i mangimi ed i materiali a contatto con gli alimenti.
Il sistema di allerta rapido è stato istituito a livello comunitario con il Regolamento CE n. 178/2002 (articoli da 50 a 52), ed è stato reso operativo a livello regionale con il Decreto della Giunta Regionale n. 1041 del 11 aprile 2006 di recepimento dell'Intesa Stato Regioni n. 204/CSR del 13 novembre 2008.
Nella rete del Sistema di Allerta prendono parte i tre livelli dell'autorità competente in ambito sanitario operanti a livello nazionale, ovvero il Ministero della Salute Direzione Generale Sicurezza Alimentare e Nutrizone, le Regioni e P.A. e le Aziende U.L.S.S., ciascuna delle quali deve individuare al proprio interno il relativo "punto di contatto" per la trasmissione e ricezione delle comunicazioni urgenti.

IL SISTEMA DI ALLERTA RAPIDO NELLA REGIONE DEL VENETO

I dati relativi alla gestione del sistema di allerta da parte del nodo regionale del Veneto negli anni 2007 e 2008 sono statisticamente elaborati al fine della programmazione dell'attività sanitaria regionale.
Nel corso dell'anno 2007 e 2008 il nodo regionale del Veneto ha gestito rispettivamente n. 259 e n. 286 notifiche di allerta ripartite come segue:

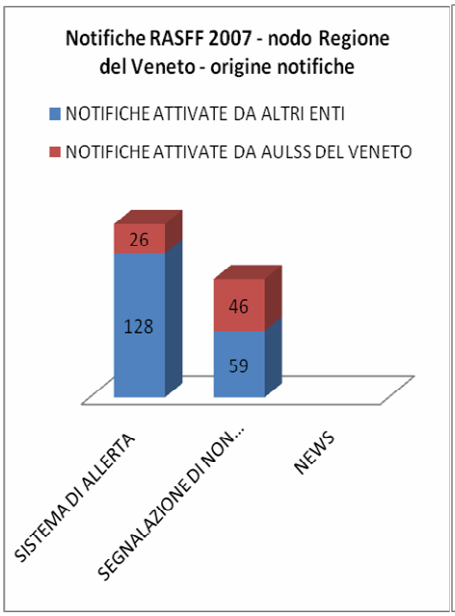


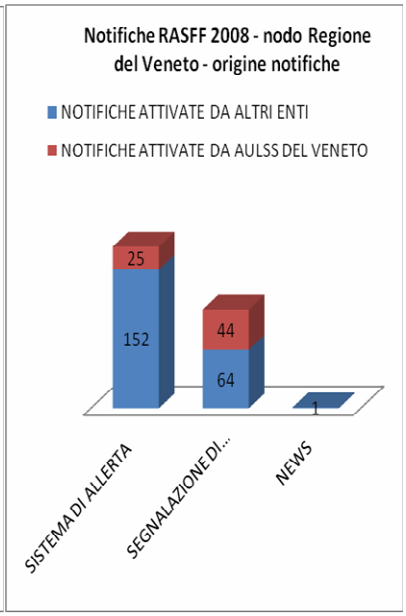


Le notifiche di allerta gestire a livello regionale si distinguono in:

- Sistema di allerta (o sistema di allarme rapido) – notifiche relative a situazioni di grave rischio per il consumatore
- Segnalazione di non conformità (o segnalazione per informazione) – notifiche relative a prodotti non presenti sul mercato, o attivate qualora non sussistono le condizioni affinché tali prodotti possano arrecare grave danno al consumatore e/o agli animali
- Informazione di carattere generale - comunicazioni recanti notizie di interesse generale sulla sicurezza degli alimenti e dei mangimi

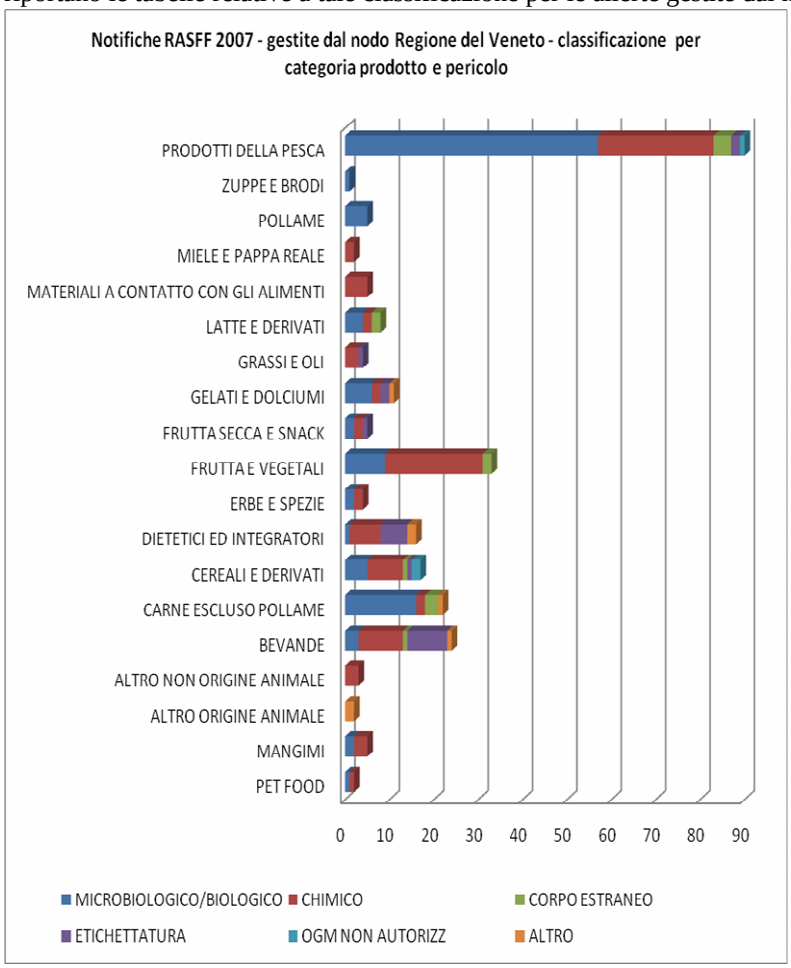
Delle segnalazioni gestite dal nodo regionale veneto, una parte riguarda notifiche attivate a seguito di non conformità rilevate dalle Aziende ULSS del Veneto e un'altra parte riguarda notifiche attivate da altre autorità competenti e inoltrate dagli altri punti di contatto nazionali (nodi di altre Regioni e punto di contatto nazionale) al nodo regionale veneto. Le notifiche trasmesse al nodo regionale da parte degli altri punti di contatto nazionali possono riguardare segnalazioni che coinvolgono la ditta produttrice di un alimento a cui è ascrivibile la non conformità, o liste di distribuzione di prodotto oggetto di allerta da parte di ditte di altre Regioni o Paesi. Nella seguente tabella vengono classificate le notifiche gestite dal nodo regionale veneto sulla base dell'origine delle stesse.

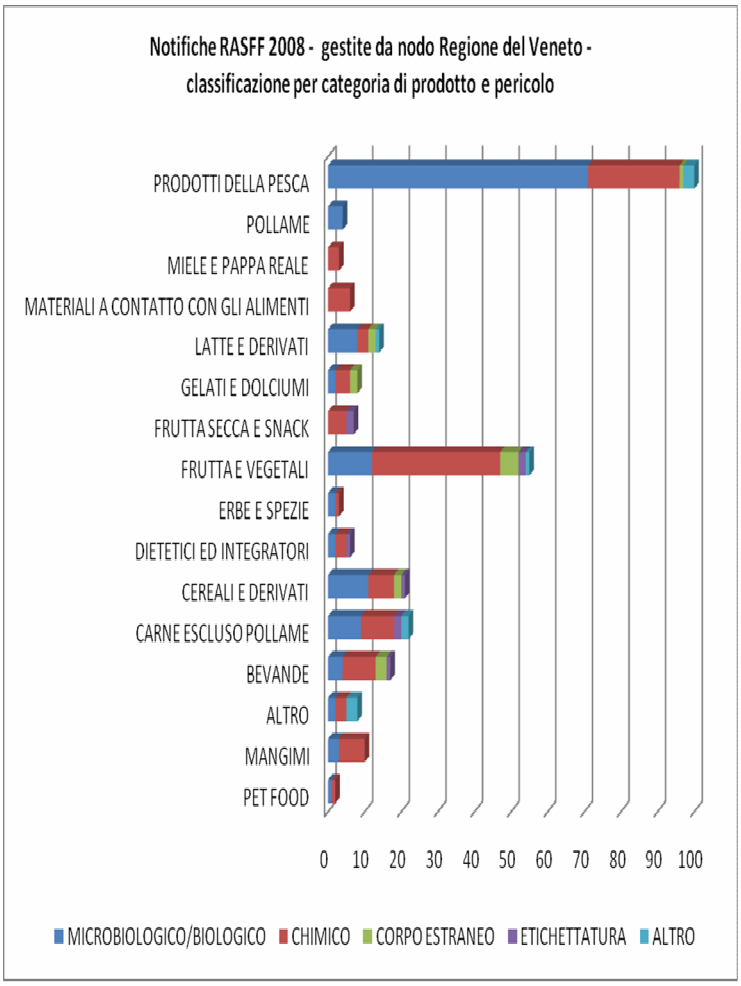




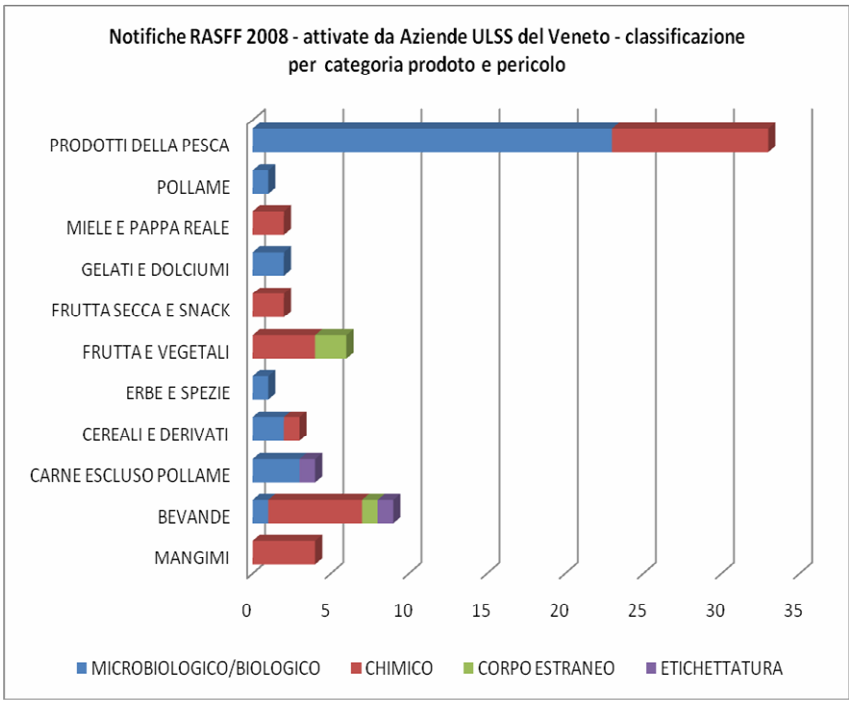
CLASSIFICAZIONE DELLE NOTIFICHE GESTITE DAL NODO REGIONALE VENETO

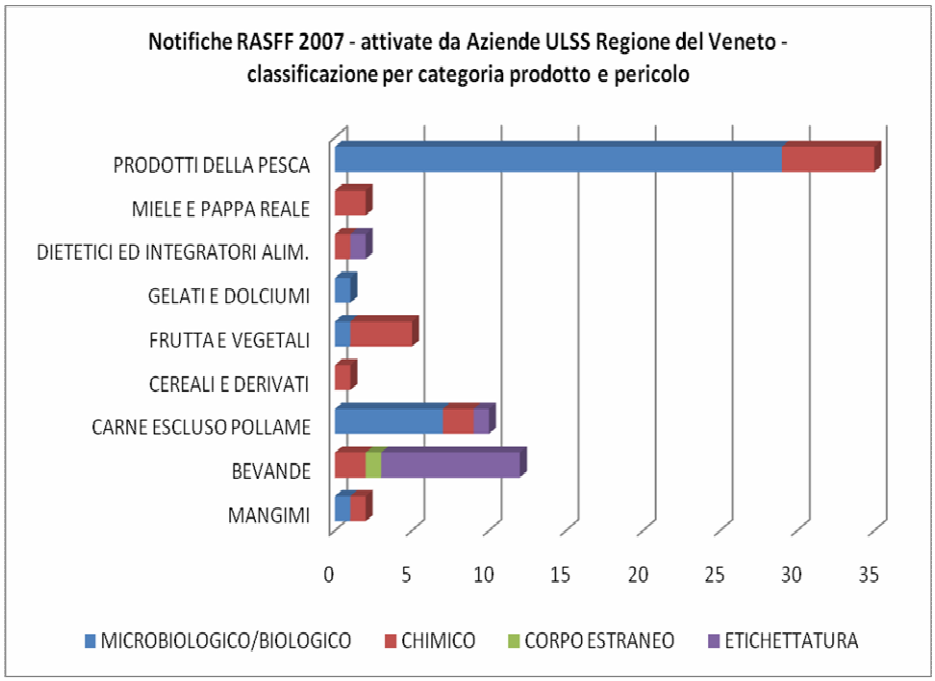
Le notifiche gestite dal nodo regionale veneto sono state classificate sulla base della categoria del prodotto e della categoria del pericolo che ha originato la non conformità. A tal fine è stata utilizzata quale base per la classificazione dei pericoli, quella adottata dal DG SANCO e, per la classificazione dei prodotti alimentari, quella del report annuale dei sistemi di allerta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, opportunamente rivista. Si riportano le tabelle relative a tale classificazione per le allerte gestite dal nodo regionale veneto negli anni 2007 e 2008.





Sono state classificate, sulla base dei principi di cui sopra, anche le segnalazioni già ricomprese in forma aggregata nelle due tabelle precedenti, relative alle notifiche attivate dalle Aziende ULSS del Veneto negli anni 2007 e 2008.





FLUSSO INFORMATIVO

Il Nodo Regionale del Veneto ha gestito nel corso dell'anno 2008, 286 segnalazioni, così ripartite:

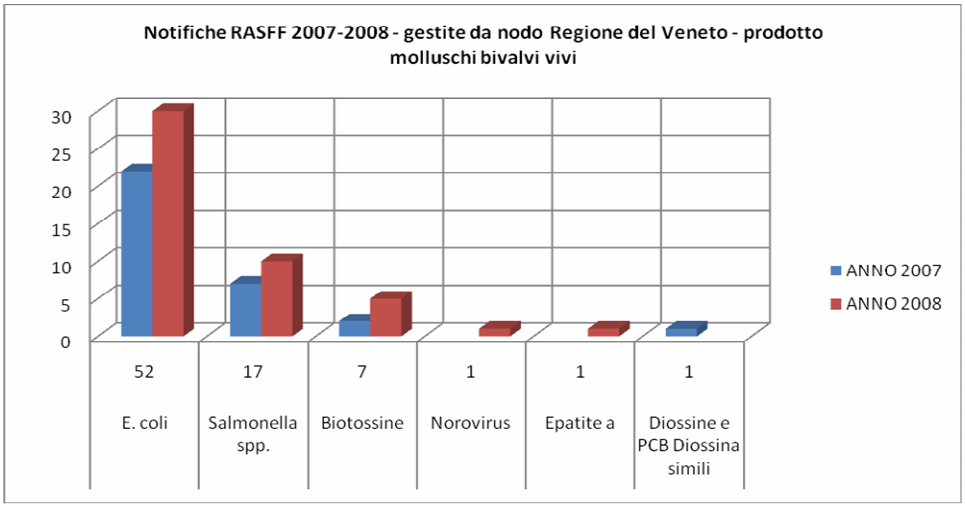
- 67 Notificate dalle Aziende ULSS
- 24 Sistemi di allerta
- 43 Segnalazioni di non conformità
- 74 Notificate dal Ministero della Salute (57 sistemi di allerta, 16 segnalazioni non conformità, 1 news)
- 142 notificate da altre Regioni (97 sistemi di allerta, 45 segnalazioni di non conformità)
- 3 notificate da Forze dell'Ordine (3 segnalazioni di non conformità)

NOTIFICHE GESTITE DAL NODO REGIONALE VENETO PER IL PRODOTTO MOLLUSCHI BIVALVI VIVI

La notevole rilevanza delle segnalazioni a carico dei molluschi bivalvi vivi testimonia la forte esposizione del prodotto a pericoli di origine microbiologica, specialmente in considerazione della necessità di commercializzare il prodotto come vivo ed alla suscettibilità alle contaminazioni batteriche dello stesso prodotto già dalla zona di produzione, fino alle fasi di lavorazione e commercializzazione.
La regione del Veneto primeggia in Italia nella produzione di molluschi bivalvi vivi, in modo particolare per la produzione di vongole veraci e mitili. La Regione del Veneto è inoltre ai vertici nazionali per numero e dimensione di centri di depurazione di spedizione. Riportiamo, a titolo di esempio, i dati produttivi di vongole veraci e mitili degli ambiti marini e lagunari veneti nell'anno 2007:

- 15.642 Kg mitili (4.754 Kg da zone di classe B);
- 15.539 Kg vongole veraci.

I molluschi bivalvi vivi sono stati classificati nelle precedenti tabelle all'interno della categoria di "prodotti della pesca". Riportiamo quindi le segnalazioni specifiche del prodotto molluschi bivalvi vivi gestite dalla regione del Veneto negli anni 2007 e 2008, classificate sulla base dello specifico pericolo riscontrato.


Notifiche RASFF 2007-2008 - gestite da nodo Regione del Veneto - prodotto molluschi bivalvi vivi
30
25
20
15
10
5
0
52
17
7
1
1
1
E. coli
Salmonella spp.
Biotossine
Norovirus
Epatite a
Diossine e PCB Diossina simili
ANNO 2007
ANNO 2008

MOLLUSCHICOLTURA

La molluschicoltura rappresenta per la Regione del Veneto una realtà ampiamente collocata ai vertici nazionali per quantità e qualità di prodotto commercializzato. Per garantire la sicurezza alimentare del prodotto, a fronte delle frequenti irregolarità riscontrate nella commercializzazione dei molluschi bivalvi vivi, sono state adottate, con la Delibera della Giunta Regionale n. 2432 del 1 agosto 2006, delle Linee guida regionali di riordino del sistema di sorveglianza igienico sanitaria e avvio del sistema informativo territoriale Geomolluschi.

Secondo quanto previsto dal Regolamento CE n. 854/2004, i molluschi bivalvi vivi possono essere infatti raccolti esclusivamente da zone di produzione e/o stabulazione ricadenti all'interno di zone di produzione geograficamente delimitate e sanitariamente classificate. A tal fine la Regione del Veneto ha consentito l'attività di molluschicoltura esclusivamente all'interno di poligoni di laguna, mare, valle o estuario, geograficamente ed epidemiologicamente definiti all'interno dei quali è programmata ed effettuata una costante attività di controllo sanitario ufficiale.

Alla fine dell'anno 2008 risultavano classificati i seguenti ambiti di monitoraggio:

Numero ambiti	**Classificazione sanitaria dell'Ambito di Monitoraggio**	**Localizzazione dell'Ambito di Monitoraggio**
23	A (prodotto da destinarsi al consumo umano diretto)	mare oltre 3 mt. batimetria
7	B (prodotto da destinarsi al consumo umano previa depurazione o stabulazione)	mare entro i 3 mt. batimetria
65	B (prodotto da destinarsi al consumo umano previa depurazione o stabulazione)	laguna

Nel corso dell'anno 2010 saranno rivisti gli ambiti di monitoraggio sulla base dei dati di attività di controllo svolti sugli stessi.
Le Aziende ULSS del Veneto sono impegnate, con l'autorità regionale, nella predisposizione e nell'effettuazione dell'attività di controllo ufficiale presso le zone di produzione di molluschi bivalvi vivi con un impegno, relativamente all'anno 2008, evidenziabile nella tabella sotto
riportata:

Anno 2008	Serv. Veterinario AULSS 10 San Donà	Serv. Veterinario AULSS 12 veneziana	Serv. Veterinario AULSS 13 Dolo	Serv. Veterinario AULSS 14 Chioggia	Serv. Veterinario AULSS 19 Adria	Totale VENETO
N. USCITE PRELIEVI	10	55	3	280	250	598
N. ORE ATTIVITA'	225	548	10	2200	850	3833
N. addetti	2	4	1	2	2	11
N. ORDINANZE SINDACALI	2	13	0	2	15	32

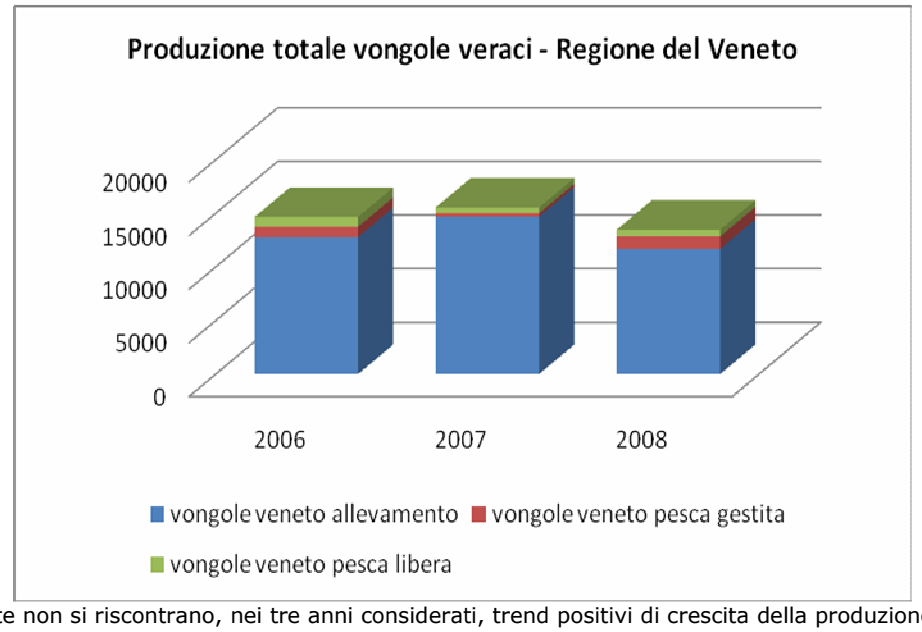
Nel corso dell'attività di sorveglianza sulle zone di produzione le Aziende U.L.S.S. hanno portato all'emanazione di diversi provvedimenti sanitari di chiusura temporanea delle zone di produzione, il cui numero è riportato nella tabella sopra riportata alla voce "ordinanze sindacali".

Si riporta di seguito una breve relazione riassuntiva dei dati produttivi dei molluschi bivalvi vivi prodotti a livello regionale, sulla base della documentazione sanitaria che scorta obbligatoriamente i molluschi bivalvi vivi commercializzati dalla Regione del Veneto.

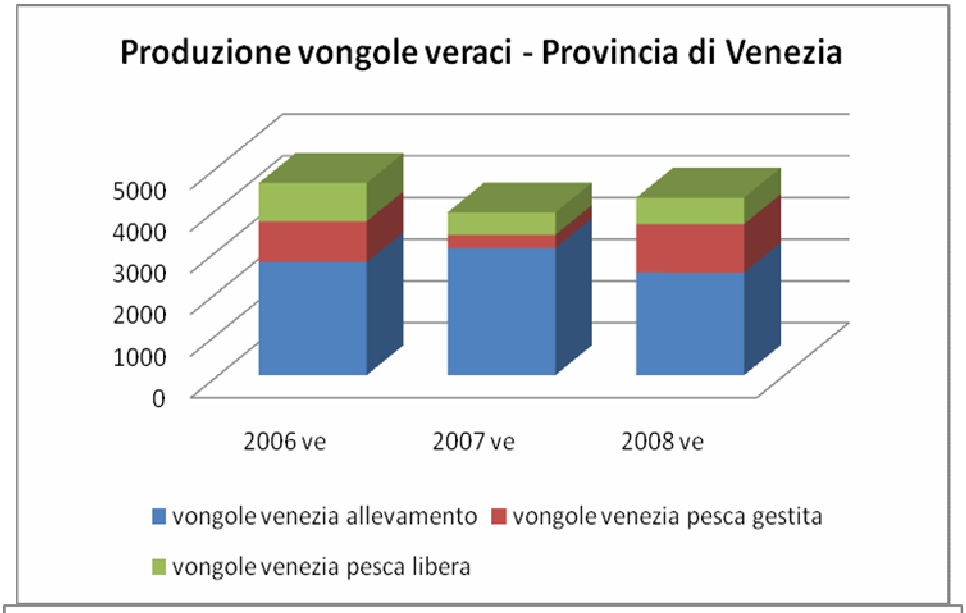
PRODOTTO: VONGOLE VERACI

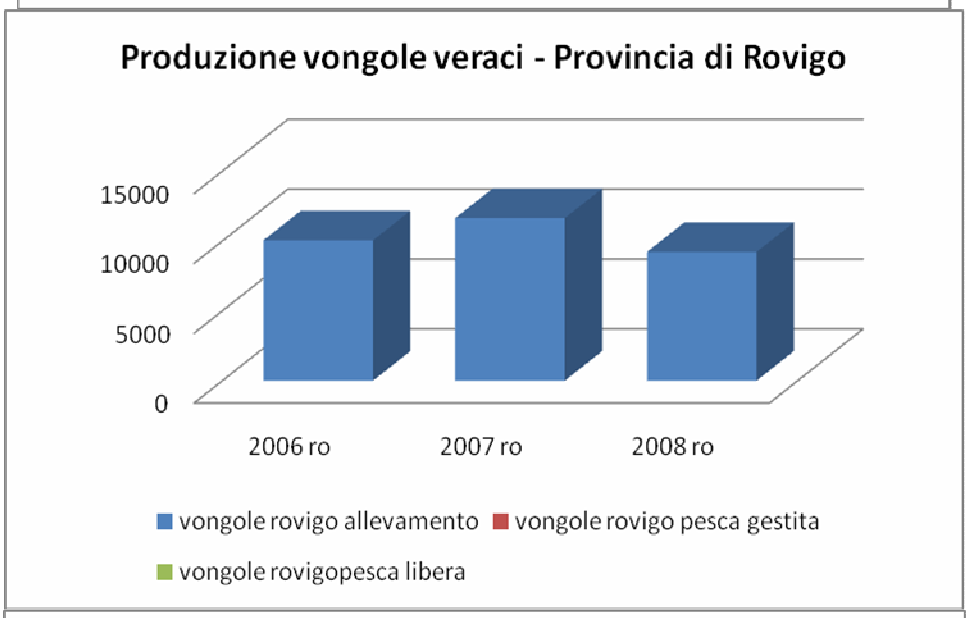
VONGOLE VERACI * (ton)										
AZIENDA ULSS	ALLEVAMENTO			PESCA LIBERA			PESCA GESTITA			
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	Totale
10										
12	*613,048*	*735,446*	*682,3*	*216,992*	*100,123*	*169,1*	*977,122*	*224,33*	*1072,11*	*4790,571*
13	*81*	*64,3*		*14*	*8,6*	*6,6*				*174,5*
14	*2016,5*	*2250,35*	*1778,1*	*687,7*	*429,815*	*454,72*		*88,261*	*91*	*7796,446*
19	*10050*	*11638,804*	*9215,5*							*30904,304*
Totale	*12760,55*	*14688,9*	*11675,9*	*918,692*	*538,538*	*630,42*	*977,122*	*312,59*	*1163,1*	*43665,821*
PERC	*29,22*	*33,64*	*26,74*	*2,10*	*1,23*	*1,44*	*2,24*	*0,72*	*2,66*	*100,00*

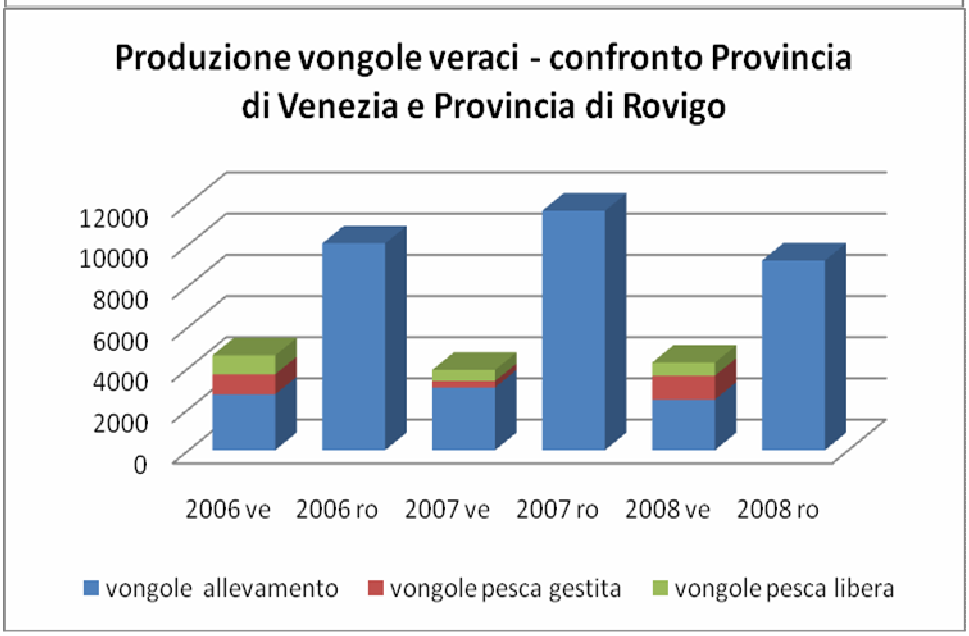
Si riportano qui di seguito alcuni grafici relativi alla produzione di vongole veraci tendenti ad illustrare l'evoluzione dei dati produttivi, nel triennio 2006-2008, anche sulla base della zona di produzione (Provincia di Venezia, Provincia di Rovigo).



***** Statisticamente non si riscontrano, nei tre anni considerati, trend positivi di crescita della produzione di vongole veraci in allevamento; non si riscontrano parimenti trend di decrescita della produzione di vongole veraci da pesca libera e da pesca gestita. Nell'analisi statistica dei trend i dati incompleti sono stati omessi.


Produzione vongole veraci - Provincia di Venezia
5000
4000
3000
2000
1000
0
2006 ve
2007 ve
2008 ve
vongole venezia allevamento
vongole venezia pesca gestita
vongole venezia pesca libera

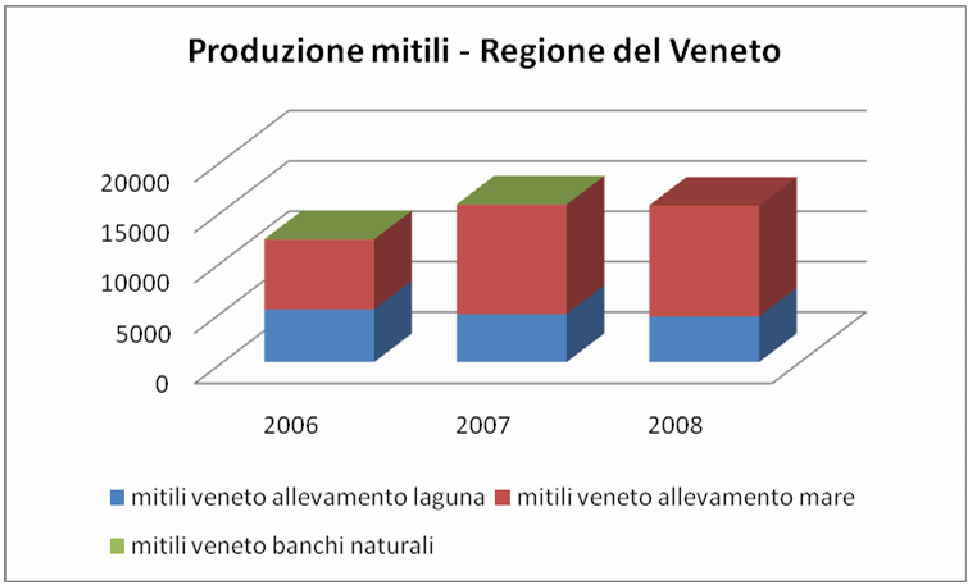

Produzione vongole veraci - Provincia di Rovigo
15000
10000
5000
0
2006 ro
2007 ro
2008 ro
vongole rovigo allevamento
vongole rovigo pesca gestita
vongole rovigopesca libera


Produzione vongole veraci - confronto Provincia di Venezia e Provincia di Rovigo
12000
10000
8000
6000
4000
2000
0
2006 ve
2006 ro
2007 ve
2007 ro
2008 ve
2008 ro
vongole allevamento
vongole pesca gestita
vongole pesca libera

PRODOTTO: MITILI

MITILI (ton)								
AZIENDA ULSS	**ALLEVAMENTO LAGUNA**			**ALLEVAMENTO A MARE**				
	2006	**2007**	**2008**	**2006**	**2007**	**2008**	**Totale**	***PERC***
12	***1953,58***	***1073,6***	***877,7***	***4027,93***	***6155,07***	***5575,33***	***19663,21***	***45,38***
14	***373,9***	***161,43***	***141,5***				***676,83***	***1,56***
19	***2892***	***3519,19***	***3491,4***	***2925***	***4713,56***	***5447,8***	***22988,95***	***53,06***
Totale	***5219,48***	***4754,22***	***4510,6***	***6952,93***	***10868,63***	***11023,13***	***43328,99***	***100,00***
PERC	***12,05***	***10,97***	***10,41***	***16,05***	***25,08***	***25,44***	***100,00***	

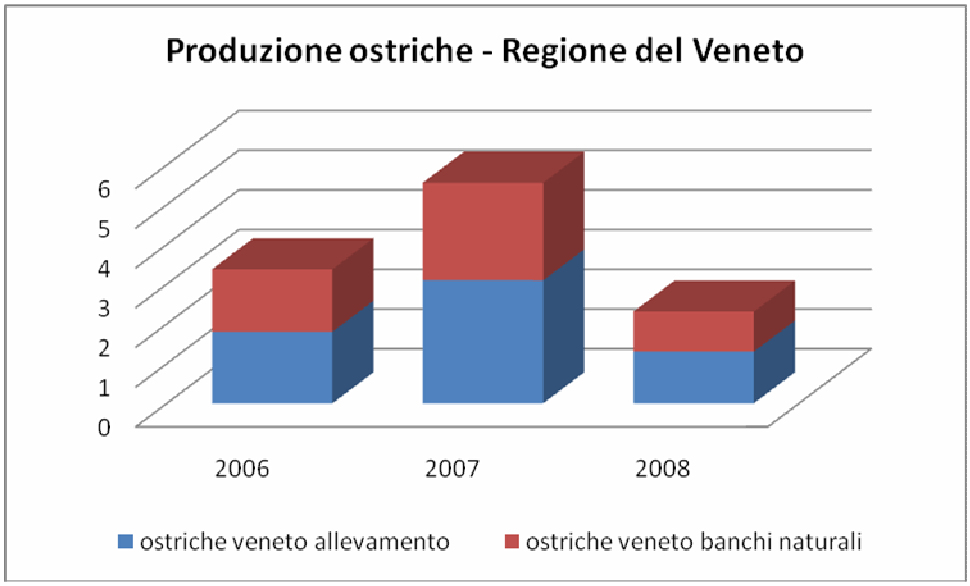
Si riportano qui di seguito alcuni grafici relativi alla produzione di vongole veraci tendenti ad illustrare l'evoluzione dei dati produttivi, nel triennio 2006-2008.



PRODOTTO: OSTRICHE

OSTRICHE (ton)				
AZIENDA ULSS	**ALLEVAMENTO MARE**			
	2006	2007	2008	Totale
19	*1,8*	*3,094*	*1,3*	*6,194*
PERC	***29,06***	***49,95***	***20,99***	***100,00***

Si riportano qui di seguito alcuni grafici relativi alla produzione di vongole veraci tendenti ad illustrare l'evoluzione dei dati produttivi, nel triennio 2006-2008.



ALTRI PRODOTTI DA BANCHI NATURALI

BANCHI NATURALI (ton)														
PRODOTTO	AZIENDA ULSS 10			AZIENDA ULSS 12			AZIENDA ULSS 14			AZIENDA ULSS 19				
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	Totale	*PERC*
Ostriche Piatte			*1,008*					*0,069*					*1,077*	*0,00642*
Ostriche Concave	*1,574*	*2,387*											*3,961*	*0,0236*
Mitili							*7,7*	*19,94*					*27,64*	*0,16469*
Cannolicchi	*17,583*	*0,74*	*0,921*	*47,834*	*46,707*	*18,66*	*40,2*	*4,8*	*1,09*				*178,535*	*1,06378*
Chamalea gallina	*2222,741*	*414,783*	*187,742*	*1598,362*	*1640,29*	*1108,841*	*1636,2*	*331,64*	*295,37*	*851*	*954,97*	*624,4*	*11866,339*	*70,7044*
Fasolari	*769,725*	*381,1*	*202,51*	*183,422*	*180,2*	*138,6*	*513,9*	*51,694*	*34,2*				*2455,351*	*14,63*
Canestrelli	*49,228*	*30,346*	*36,08*				*668*	*132,615*	*140,36*				*1056,629*	*6,29582*
Capesante	*9,988*	*7,116*	*7,271*				*57,9*	*20,722*	*39,7*				*142,697*	*0,85025*
Tartufi	*3,061*	*1,564*	*1,691*										*6,316*	*0,03763*
Scafarche													*0*	*0*
Mactre													*0*	*0*
Cuori	*0,296*	*5,42*	*4,87*	*2,908*	*2,5*								*15,994*	*0,0953*
Mussoli	*1,749*	*0,817*	*0,508*										*3,074*	*0,01832*
Ricci di Mare	*0,795*	*0,686*	*4,924*	*26,524*	*28,76*	*31,043*							*92,732*	*0,55253*
Lumache di Mare	*13,3*	*23,3*	*14,08*	*33,872*	*34,334*	*35,4*	*68*			*63*	*52,228*	*37,9*	*375,414*	*2,23687*
Murici	*24,367*	*43,321*	*20,55*	*36,383*	*35,237*	*12,86*	*164*	*102,481*	*82,48*	*16*	*9,491*	*8,5*	*555,67*	*3,3109*
Telline												*1,6*	*1,6*	*0,00953*
Totale	*3114,407*	*911,58*	*482,155*	*1929,305*	*1968,028*	*1345,404*	*3155,9*	*663,961*	*593,2*	*930*	*1016,689*	*672,4*	*16783,029*	*100,00*
PERC	*18,56*	*5,43*	*2,87*	*11,50*	*11,73*	*8,02*	*18,80*	*3,96*	*3,53*	*5,54*	*6,06*	*4,01*	*100,00*	

ATTIVITA' DI CONTROLLO UFFICIALE EFFETTUATA IN VENETO IN RELAZIONE ALL'ESPORTAZIONE DI PRODOTTI ALIMENTARI

La possibilità di poter allargare il commercio dei prodotti alimentari veneti sul mercato dei Paesi Terzi, rappresenta un importante opportunità per le Aziende alimentari per ampliare i mercati tradizioni di destinazione, promuovendone la conoscenza ed il consumo, in nuovi ambiti.

Tale possibilità implica un'ulteriore impegno da parte del controllo ufficiale (S.I.A.N. e Servizi Veterinari delle Aziende U.L.S.S. e della Regione) al fine di mettere in atto delle modalità e delle procedure finalizzate ad offrire le garanzie in campo igienico sanitario che di volta in volta i Paesi Terzi destinatari dei prodotti alimentari veneti richiedono.

Attualmente esistono certificati concordati con 29 Paesi Terzi e, con 11 di questi, sono attive anche delle procedure concordate per la realizzazione di liste di stabilimenti autorizzati ad esportare in ciascuno di tali Paesi Terzi .

In generale, per quanto riguarda i prodotti di origine animale, i requisiti oggetto di accordo possono riguardare:

- la situazione zoosanitaria dello Stato, della regione, dell'allevamento di origine degli animali dai quali sono stati ottenuti i prodotti oggetto di esportazione;
- le caratteristiche strutturali degli impianti nei quali i prodotti di origine animale vengono lavorati, trasformati, confezionati ed immagazzinati;
- le condizioni ed i parametri del processo di trattamento e di trasformazione ai quali tali prodotti sono sottoposti;
- i sistemi di gestione adottati per prevenire, eliminare o ridurre, sino ad un livello accettabile definito, i pericoli generici o specifici ed i rischi connessi;
- i sistemi di Controllo Ufficiale da parte dell'Autorità centrale dello Stato o delle altre Autorità alle quali lo Stato ha delegato la competenza in materia di Controllo Ufficiale sui prodotti alimentari oggetto di esportazione.

A questi requisiti più generali. possono affiancarsi dei requisiti specifici riguardanti, ad esempio, il rispetto del benessere animale, l'origine e la tracciabilità delle materie prime, il divieto di utilizzo di determinate sostanze nell'allevamento degli animali o altri requisiti dettati da esigenze di polizia veterinaria, igienico sanitarie, culturali ecc.

Di seguito sono riportati il numero di stabilimenti di trasformazione di prodotti di origine animale veneti attualmente autorizzati ad esportare in uno o più degli 11 Paesi Terzi a cui in precedenza si faceva riferimento, divisi per tipologia di prodotto esportato:

Giappone	n. stabilimenti
carne fresca e preparazioni di carne	4
prodotti a base di carne	4

USA	n. stabilimenti
prodotti a base di carne	3

Hong Kong	n. stabilimenti
carne fresca di ungulati domestici	5
carni fresche di pollame	1
prodotti a base di carne	8

Canada	n. stabilimenti
prodotti a base di carne	4

Corea del Sud	n. stabilimenti
prodotti a base di carne	3

Messico	n. stabilimenti
prodotti a base di carne	2

Perù	n. stabilimenti
prodotti a base di carne	3
prodotti a base di latte	8

Brasile	n. stabilimenti
prodotti a base di carne	6
prodotti a base di latte	10

Federazione Russa	n. stabilimenti
esportatori ortofrutta	62
carne fresca bovina	8
prodotti a base di carne	19
prodotti della pesca	4

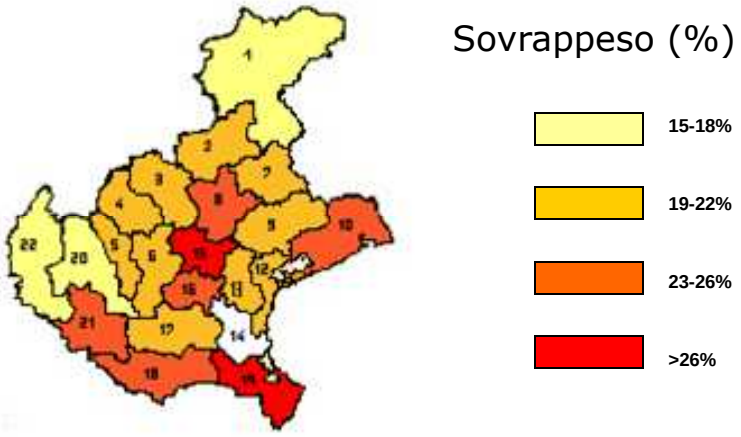
E' inoltre importante evidenziare come anche nel campo delle esportazione di alimenti di origine non animale (esempio: prodotti ortofrutticoli), si stiano diffondendo in modo sempre più rapido, procedure che richiedono delle garanzie documentate in materia igienico sanitario anche per tali prodotti (certificazioni analitiche relative alla presenza di residui di fitofarmaci, certificazioni relative all'adozione di procedure di autocontrollo, ecc.).
Si evidenzia infine come siano sempre più frequenti le i sopralluoghi e le visite effettuate da personale delle strutture di vigilanza e controllo sanitario dei Paesi Terzi preso i quali vengono esportati prodotti alimentari prodotti e/o immessi in commercio da stabilimenti situati in Veneto.

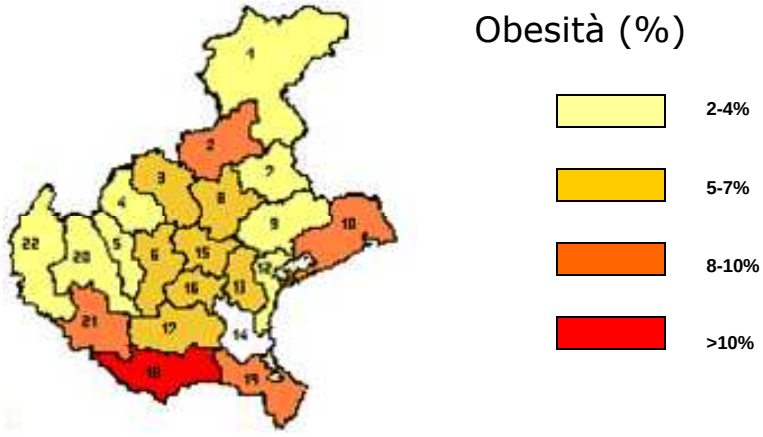
CONTROLLO ACQUE

Le attività avviate con la D.G.R. 22.12.2004, n. 4080, sulle acque destinate al consumo umano, sono proseguite anche negli anni successivi, con l'obiettivo di migliorare e rendere più efficienti i controlli, di sviluppare la cultura dell'autocontrollo, di uniformare le procedure relative al giudizio di idoneità e le procedure di gestione relative ai principali contaminanti idrici.
Tali attività si sono concretizzate con l'emanazione del Decreto del Dirigente Regionale dell'U.P.S.A.I.A. 09.02.2009, n. 15 di applicazione di quanto previsto dalla dianzi citata delibera della Giunta Regionale del Veneto.
Un buon apporto, per migliorare la gestione dei controlli, l'uniformità delle procedure di gestione in genere potrà essere dato dalla definitiva messa a punto del sistema informatico dedicato alla matrice acqua.

NUTRIZIONE

Le molteplici attività avviate nel campo della Nutrizione Preventiva con i precedenti Piani Triennale Sicurezza Alimentare (P.T.S.A.) della Regione del Veneto 2002 - 2004 e 2005 -2007 è continuata anche con il Piano Triennale Sanità Animale e Sicurezza Alimentare (P.T.S.A.S.A.) della Regione del Veneto 2008 – 2010.
Per quanto attiene alla "Sorveglianza epidemiologica e sicurezza nutrizionale", la Regione del Veneto sin dal 2004 ha realizzato uno studio multicentrico sulla popolazione in età scolastica di 8 e 10 anni (vedi tabelle successive), successivamente ha partecipato al progetto nazionale di sorveglianza nutrizionale denominato "OKkio alla Salute" effettuato nel corso dell'anno 2008 e che ha consentito di rilevare lo stato nutrizionale e lo stile alimentare e di vita su un campione a significatività regionale di bambini che frequentavano le classi terze delle scuole primarie della Regione del Veneto.





(Studio multicentrico del 2004 effettuato dai SIAN delle Az.ULSS sulla popolazione di età scolastica di 8 e 10 aa)

A tale progetto hanno partecipato tutte le Aziende U.L.S.S. attraverso i S.I.A.N.
La percentuale rilevata, a livello regionale, di soggetti in sovrappeso o obesi è stata complessivamente del 27,3% contro una percentuale nazionale del 34,6%, oltre a consentire di acquisire tutta una serie di informazioni sugli stili alimentari e di vita dei soggetti che hanno partecipato all'indagine citata.
La comunicazione dei risultati acquisiti attraverso la partecipazione a tale progetto, alla popolazione in generale ed a scuole, insegnanti e genitori, in particolare è continuata anche per parte dell'anno 2009.
Per quanto attiene a "Ristorazione collettiva", sono state predisposte da un gruppo di lavoro costituito da specialisti della materia, in prevalenza operanti presso i S.I.A.N. delle Aziende U.L.S.S. e quindi, promulgate con la D.G.R. 20 ottobre 2008, n. 475, le "Linee Guida per il miglioramento della qualità nella Ristorazione Scolastica", giunte alla terza versione dopo quelle analoghe del 2001 e del 2003.
Per quanto attiene a "Educazione e promozione della salute in ambito alimentare" sono stati promossi, negli anni 2008 e 2009, ulteriori interventi per la promozione di corretti stili alimentari e di vita a contrasto del sovrappeso e dell'obesità sia più specificamente per ambiti specifici (scuole, genitori, ecc.), sia per la popolazione in generale.
Per quanto Attiene al "Consulenza dietetico-nutrizionale", è proseguita l'attività di messa a punto e di validazione di metodi finalizzati ad incrementare la Motivazione al Cambiamento (M.A.C.) nei soggetti con problemi di soprappeso e di obesità, in modo da poter dare, agli operatori sanitari che operano in tale contesto, degli strumenti più efficaci per contribuire al contrasto del sovrappeso e dell'obesità, attraverso il cambiamento verso stili alimentari e di vita corretti.

SECONDA PARTE

AREA AMBIENTI DI LAVORO

La principale criticità deriva dal contesto economico che dal 2008 è caratterizzato da una crisi economica di eccezionale gravità che caratterizzerà, secondo le previsioni, anche il triennio 2010-2012. In tale contesto, il mondo produttivo sta impostando cambiamenti epocali a livello delle filiere di produzione e dell'organizzazione del lavoro. I rapporti di dipendenza non tradizionali a tempo determinato, l'esternalizzazione delle attività di supporto, la personalizzazione e la precarietà del rapporto di lavoro e l'incremento lavoro autonomo, sono le principali forme modalità di adattamento alla crisi. Ne deriverà una realtà radicalmente mutata rispetto al modello del lavoro dipendente a tempo determinato prevalente nel secolo passato. Già in Veneto, oggi un quarto della forza lavoro fuoriesce dal criterio tradizionale di dipendenza. Il cambiamento in corso determina diverse categorie di tutela dalla sicurezza del lavoro, rispetto a prassi consolidate e norme ancora orientate alla tutela del lavoro dipendente.

In tale contesto, la sicurezza del lavoro non è disgiungibile dalla legalità e regolarità del rapporto di lavoro e di legalità più in generale: ne deriva la necessità del coordinamento tra amministrazioni pubbliche (Ulss, DPL, Inps, Inail, Amministrazioni Comunali e Polizia Municipale, Forze dell'Ordine, ecc.) in particolare in momenti di difficoltà economica del mondo del lavoro, come indica la Direttiva del Ministro del Lavoro del 18.09.08, la programmazione strategica dell'attività di vigilanza dovrà essere rivolta a: "prevenire gli abusi e a sanzionare i fenomeni di irregolarità sostanziale, e l'abbandono di ogni residua impostazione puramente formale e burocratica". Tale politica rientra nell'ambito del Comitato regionale di Coordinamento, art. 7 D.Lgs. 81/08, momento fondamentale di programmazione regionale tra enti (Regione, Direzione Regionale del lavoro, Inps, Inail, Arpav, VV.FF., e parti sociali). Il Comitato, attivo dal 2009, deve ancora raggiungere la completa partecipazione delle componenti previste, in particolare per quelle regionali attinenti non tanto la prevenzione, ma il mondo produttivo.

Il maggior rischio di infortuni gravi interessa la rilevante quota di lavoratori autonomi presenti nella nostra regione. Presenza superiore al 50% delle posizioni assicurative Inail nelle costruzioni e nei trasporti; pari al 40% nel legno e al 30% nella metalmeccanica, significativa di una grande frammentazione del manifatturiero, ma anche della difficoltà di implementazione di pratiche di sicurezza del lavoro in una categoria di lavoratori che, insieme ai coltivatori diretti, solo dal luglio 2008 è tenuta ad utilizzare DPI e attrezzature di lavoro sicure, ma resta esentata da altri obblighi di sicurezza.

Gli obiettivi di prevenzione negli ambienti di lavoro definiti nel Patto Stato – Regioni, D.P.C.M. 17.12.2007, prevedono interventi di prevenzione in almeno il 5 % delle unità locali, con uno o più dipendenti. La rilevazione dei dati regionali nel 2008 evidenziava il raggiungimento del 4%, salito al 4,6% nel 2009. Tuttavia, la possibilità di raggiungere il valore del 5%, individuato come LEA, vede una criticità nelle risorse umane disponibili per il raggiungimento del valore LEA. In Veneto, gli addetti ai servizi di prevenzione negli ambienti di lavoro delle Ulss, sono 1,6 operatori ogni 10.000 assicurati Inail, valore più basso tra le regioni (valore medio nazionale 2,1). L'orientamento alla copertura del LEA deve anche prevedere il monitoraggio, oltre che della quantità delle prestazioni, anche dell'efficacia e appropriatezza degli interventi. L'orientamento all'obiettivo necessita, inoltre, la completa stabilizzazione del sistema informatico gestionale regionale in uso agli Spisal (Prevnet).

Le prestazioni erogate dai servizi nel territorio regionale nell'ambito della vigilanza, nel corso degli anni sono andate omogeneizzandosi, tuttavia sono ancora presenti disomogeneità interpretative e prescrittive; criticità da superare con azioni di formazione, confronto ed emissione di linee interpretative regionali in accordo con la magistratura.

AREA SANITA' PUBBLICA E SCREENING

Tale area si sviluppa in diverse linee di lavoro che possono essere raggruppate in due macroaree: 1. Prevenzione e controllo delle malattie infettive; 2. Prevenzione e controllo delle malattie non infettive, che comprende anche la prevenzione degli incidenti domestici e da traffico, e la promozione di stili di vita sani.

Ognuna di tali aree presenta delle criticità specifiche dettate spesso, da una parte, dall'emergenza legata agli eventi infettivi e dalla necessità di dare risposte tempestive che coinvolgono fasce ampie di popolazione, e dall'altra, per quanto riguarda le malattie croniche non infettive, dalla difficoltà di promuovere cambiamenti di stili di vita profondamente radicati e spesso sottovalutati nella cultura sanitaria e generale esistente. Secondo i più recenti dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete sono responsabili della maggior parte delle morti, delle sofferenze e dei costi sanitari. Nel nostro Paese questo gruppo di malattie croniche, che hanno in comune pochi principali fattori di rischio legati a stili di vita non salutari (fumo, alcol, scorretta alimentazione, inattività fisica) è responsabile dell'86% dei decessi, del 77 % degli anni di vita in salute persi e del 75% dei costi sanitari. Elemento comune a questi fattori di rischio è che essi sono in gran parte legati a comportamenti individuali, anche se fortemente condizionati dal contesto economico, sociale ed ambientale in cui si vive e si lavora. Data tale premessa si comprende l'urgenza e la necessità strategica di lavorare su tale fronte.

La Regione del Veneto ha aderito al Programma ministeriale "Guadagnare salute" approvato con il DPCM 4 maggio 2007, il quale ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione ovvero propone un approccio che mira a promuovere la salute come bene collettivo, attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui. "Guadagnare salute" è, quindi, un grande intervento di salute pubblica, che affronta in maniera integrata il contrasto ai principali fattori di rischio per la salute, ponendo attenzione non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti individuali. Concetto chiave di tale Programma è "l'intersettorialità": non si può prescindere da un'integrazione tra tutti i soggetti che possono contribuire all'obiettivo di salute dato, attraverso azioni condivise tra le istituzioni e i protagonisti della società civile e del mondo produttivo. L'istituzione salute assume un ruolo di leadership e di promozione rispetto agli altri protagonisti e non solo erogatrice di servizi di assistenza. Per migliorare lo stato di salute della popolazione e orientare i servizi socio-sanitari nella logica di interazione con altri settori è indispensabile coinvolgere settori diversi dalla Sanità (istruzione, cultura, trasporti, agricoltura, turismo, ecc.). Deve quindi essere privilegiata la creazione di reti, alleanze, accordi e partecipazioni (interistituzionali, ma anche tra istituzioni e società civile) in grado di indurre modifiche stabili nell'ambiente in cui vive e lavora la comunità, tali da rendere più facili le scelte più favorevoli per la salute.

Una criticità trasversale alle due macroaree è la difficoltà di "essere e fare rete" seppur manifestandosi con diverse espressioni specifiche. La raccomandazione di "costruire reti" risulta talvolta faticosa e può incontrare resistenze e difficoltà sorrette da ragioni diverse che finiscono per precluderne la piena realizzazione. Al riguardo, seguono alcuni esempi di criticità emerse o che si prospettano:

- Lo sviluppo di un'azione partecipata necessaria per l'attuazione di interventi innovativi, caratterizzati dal coinvolgimento e dall'attivazione delle risorse regionali e locali, sostenibili in termini socio-economici ed ambientali nonché in grado di favorire la partecipazione dei cittadini, visti non come destinatari degli interventi, ma come protagonisti in grado di contribuire allo sviluppo delle attività finalizzate a favorire comportamenti salutari. Tale intervento può risultare difficile perchè comporta un profondo cambiamento culturale sugli stili di vita da parte del cittadino, dell'istituzione socio-sanitaria e delle altre istituzioni interessate.
- Lo scarso grado di copertura e la grande disomogeneità nell'attuazione a livello delle singole Aziende ULSS dei progetti di prevenzione determinate dalle diverse e spesso inadeguate disponibilità di risorse finanziarie ed umane. Tale situazione non permette di raggiungere gli standard regionali attesi.
- La continuità degli interventi di prevenzione e controllo delle malattie infettive e croniche e della promozione di stili di vita sani è resa spesso difficile per la necessità di innumerevoli risorse da mettere in campo per la loro attuazione e coordinamento sia a livello locale che regionale.
- Criticità legate alla costruzione di rapporti stabili e innovativi con il mondo istituzionale e quello privato che consentono di sviluppare azioni integrate finalizzate a incidere sui principali determinanti della salute oltre che alla co-costruzione di una cultura condivisa della salute.

- Per alcuni flussi di malattie infettive risulterebbe necessario un confronto con un'altra fonte informativa quale il registro delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), ma per problemi di privacy non è possibile, a livello regionale, l'accesso alle schede individuali di tale registro.

Al fine di prevenire o ridurre l'insorgenza degli effetti sanitari avversi associati con i determinanti ambientali occorre considerare, quale assunto unanimemente condiviso, che solo l'azione di diverse forze a vari livelli (politico, economico e sociale: 'driving-forces') è in grado di incidere positivamente sullo stato di benessere e di salute della popolazione, ben di più dell'azione esercitata dal sistema sanitario.
Infatti sono le scelte in campo di politiche energetiche, dei trasporti (ecc..) a determinare gli effetti sulla salute della popolazione conseguenti all'esposizione agli inquinanti ambientali.
Diverse sono quindi le rispettive competenze declinate a vari livelli sul territorio, non solo nella fase di valutazione preventiva degli effetti sulla salute di tali scelte, ma anche nelle azioni di monitoraggio di tali effetti, nonché nell'adozione tempestiva degli interventi di rimozione o mitigazione delle fonti di inquinamento ambientale che si siano manifestate.
Coerentemente con i principi di cui sopra il Piano Oncologico Nazionale 2010 - 2012, recentemente approvato, prevede azioni programmatiche così distinte:

- *"Azioni centrali di sistema": riguardano in primo luogo gli obiettivi il cui raggiungimento è legato alla responsabilità di governo nazionale ma anche, per il rispettivo ambito, quelle di governo regionale nonché l'assunzione di responsabilità da parte dei principali soggetti sociali (associazioni industriali, sindacati, ecc..)*
- *"Azioni affidate al sistema sanitario": riguardano gli obiettivi e le azioni attuate sotto responsabilità del sistema sanitario nelle sue dimensioni nazionali, regionali e locali e, quindi, sia per gli aspetti strutturali che di erogazione.*

Nell'ambito di queste ultime azioni, intese come azioni del Sistema Sanitario 'globale', resta fondamentale il ruolo che i competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione possono esercitare in materia, salvo quanto attiene alle specifiche competenze in materia di tutela, controllo, recupero dell'ambiente e per la prevenzione e promozione della salute collettiva dei Dipartimenti Provinciali ARPAV.

Quanto sopra non solo attraverso:

- azioni dirette, derivanti dai compiti istituzionalmente attribuiti,

ma anche attraverso:

- azioni di supporto all'Autorità Sanitaria ed agli altri Enti ed Organi della Pubblica Amministrazione con competenze in campo ambientale e/o sanitario;
- azioni di promozione di interventi da parte da tali Enti ed Organi.

In linea generale tali azioni saranno orientate in primo luogo alla riduzione della incidenza delle patologie causate dai determinanti ambientali. Le azioni di vigilanza e controllo delle fonti di inquinamento in tale materia sono affidate agli Enti a ciò preposti (Province, Comuni ed Agenzie Regionali di Prevenzione e Protezione Ambientale). Tale riduzione può tuttavia essere ottenuta (prevenzione primaria) attraverso il controllo e contenimento delle fonti di inquinamento e delle relative esposizioni, mediante azioni di promozione e supporto nei confronti dei decisori e degli organi di controllo in materia ambientale.
Sarà quindi necessario prevedere:

- appropriate forme di coinvolgimento di tutti gli Enti di cui sopra per una comune collaborazione orientata ad una tutela 'globale' della salute, con particolare riferimento alla promozione di ambienti di vita salubri;
- l'orientamento e la finalizzazione dei piani di monitoraggio e controllo sulle fonti di inquinamento e sulle matrici ambientali, con particolare riferimento ai determinanti sopra specificati, di competenza di ARPAV e di quelli sulle matrici alimentari, di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione, ad una logica di valutazione complessiva del rischio per la salute;
- un approccio integrato ed interdisciplinare alle problematiche relative ai rischi chimici e fisici in ambiente interno -di vita e di lavoro- ed esterno, nonché ai rischi emergenti;
- proponendo un utilizzo approfondito della valutazione di impatto sanitario (VIS) nell'ambito delle procedure che porteranno alle decisioni degli organi e delle autorità competenti ai fini della misurazione e

valutazione degli effetti sulla salute ed il benessere della popolazione di diverse tipologie di interventi, quali (a titolo esemplificativo) nuovi insediamenti produttivi, strumenti urbanistici, piani di settore.

Le criticità esistenti nel settore agro-alimentare sono molteplici e sono riconducibili ad aspetti strutturali e organizzativi.

Sicuramente tra i primi rientrano tutte le problematiche di tipo sanitario non solo per quanto attiene la tutela del patrimonio zootecnico ma, anche, relativamente agli aspetti attinenti le relazioni uomo-animale (zoonosi): in questo senso sono esemplificative le recenti e, purtroppo, ancora attuali emergenze sanitarie quali la Rabbia silvestre, la Blue Tongue e West Nile Disease; a questo, poi, si aggiungano tutte le criticità derivanti dal mantenimento dell'attuale status sanitario degli animali da reddito poiché detto comparto risulta rivestire un significato molto particolare, in quanto costituito da una rete di allevamenti di medio-piccole dimensioni, rappresentativo della nostra realtà imprenditoriale che, nel suo insieme, costituisce una percentuale molto significativa della produzione italiana.

Detta particolarità emerge anche in sede di controllo e tutela delle produzioni alimentari: il Veneto rappresenta la seconda/terza realtà italiana nella produzione di alimenti. Questa semplice considerazione impone la necessità di un'adeguata capacità di conoscenza ed analisi della realtà produttiva poiché se non può essere disatteso l'obbligo di assicurare un elevato livello igienico-sanitario delle produzioni, si deve essere altrettanto consapevoli delle criticità che possono emergere se si considera che la realtà veneta non è rappresentata dai grandi marchi ma, invece, da una fitta rete di produttori di medie-piccole dimensioni che assicurano un elevatissimo livello qualitativo delle proprie produzioni.

Si pensi, infatti, alla necessità di sviluppare e porre in essere adeguati strumenti normativi finalizzati ad assicurare la tutela del consumatore e la sopravvivenza del produttore in un mercato ormai globalizzato e strutturato in grosse concentrazioni che tendono a standardizzare il prodotto alimentare.

In questo complesso contesto agroalimentare, sin dal 2002 (DGR n.2224/2002) la Giunta Regionale aveva dato avvio ad un nuovo metodo di programmazione in materia di prevenzione sanitaria instaurando un diverso metodo di attività, ossia attraverso lo sviluppo di piani pluriennali, individuando gli obiettivi, le strategie e gli indicatori di risultato. Successivamente, anche per il triennio 2005-2007, era stato riconfermato l'approccio metodologico riorganizzando le attività di prevenzione approntando cinque piani pluriennali di cui, tra gli altri, due di sanità pubblica veterinaria ed alimentazione e nutrizione umana, proprio con l'obiettivo di riorganizzare gli interventi al fine di porre il servizio pubblico nelle condizioni di partecipare, se non accompagnare, il comparto agroalimentare nel superamento delle criticità esistenti.

In tal senso, infatti, se al fine di elevare gli standard sanitari dei prodotti alimentari destinati all'uomo, era apparso prioritario migliorare il livello sanitario degli allevamenti e dei prodotti destinati all'alimentazione animale, a maggior ragione è apparso indispensabile assicurare un omogeneo approccio organizzativo e un corretto ed adeguato supporto alle strutture impegnate nella realizzazione degli obiettivi della pianificazione regionale attraverso un'azione di forte coordinamento sviluppato, da ultimo, nel "Piano triennale sanità animale e sicurezza alimentare" (DGR n.2888/2008).

L'esperienza e le conoscenze acquisite con la programmazione dei citati piani hanno pertanto consentito la definizione ed emanazione di numerosi provvedimenti (tra gli altri, i Piani Regionali Integrati di Controllo sugli alimenti, le Linee guida per la categorizzazione del rischio nelle strutture che producono alimenti, le Linee Guida per la ristorazione scolastica e, successivamente, anche per l'alimentazione nelle strutture residenziali extra-ospedaliere, etc.) che hanno significativamente inciso sulla operatività dei servizi territoriali.

Alla conclusione, infatti, della programmazione 2005-2007 si è reso necessario prendere atto della piena operatività del cosiddetto "Pacchetto Igiene" (insieme di atti regolamentari della CE in materia di alimenti, food and feed) procedendo alla rianalisi e verifica degli aspetti qualificanti la connotazione e la mission dei Servizi territoriali

afferenti la sanità animale e la sicurezza alimentare, nonché rimodulare gli obiettivi nel contesto delle priorità sanitarie emerse dalle normali attività dei servizi dipartimentali.

Tra gli altri, ad esempio, si è ritenuto opportuno non solo mantenere ma, anche, sviluppare quelle attività, già avviate sin dal 2004, e finalizzate all'individuazione di indicatori di pregressi trattamenti con sostanze non consentite; dette attività, infatti, erano state organizzate in un piano che, per la sua caratterizzazione, è risultato essere innovativo poiché non ricercava le molecole, ossia il principio attivo del farmaco non autorizzato ma, invece, gli effetti che esso determina (es. effetti anabolizzanti). In tal senso, quindi, ricercare in modo "conoscitivo" e caratterizzare gli effetti che il farmaco determina sulle produzioni ha consentito di attuare un'attività di controllo e di repressione dell'uso di sostanze illecite anche in assenza di metodiche ufficiali che, però, lo potrebbero diventare, proprio per la loro dimostrata validità. Inoltre, al fine di integrare le azioni di controllo anche sulle carni d'animali macellati in altre Regioni, Paesi Comunitari e Paesi Terzi, si era ritenuto opportuno, sempre all'interno delle attività di cui alla sopraccitata programmazione triennale, proseguire nelle attività di studio e di approfondimento delle eventuali alterazioni del profilo genomico e proteomico delle carni trattate con composti con attività anabolizzante.

Con questo innovativo approccio, quindi, la Giunta Regionale andava a confermare la volontà di elevare il livello di sicurezza delle produzioni prevalentemente di carni bovine venete al contempo promuovendo lo sviluppo di nuove metodiche da far riconoscere a livello ufficiale con l'obiettivo di proseguire con detto nuovo approccio anche per altre tipologie produttive e rendere evidente il livello di tutela del consumatore assicurato dagli operatori.

Altro elemento sul quale è apparso indispensabile andare ad incidere è la sicurezza nutrizionale: i dati ottenuti nell'attività di vigilanza e ripresi in questo documento evidenziano in modo significativo la necessità di mantenere presidiato il controllo sulla popolazione non solo in riferimento ai dati di sovrappeso e obesità della popolazione in età scolastica in quanto tale ma, soprattutto, in quanto indicatore di possibili criticità di salute della popolazione veneta del futuro.

In tale contesto, quindi, se appare consequenziale l'intervento già avviato dalla Giunta regionale non solo nel campo della ristorazione collettiva ma, anche, in quello dell'informazione ed educazione alimentare dei cittadini, in particolare operatori agricoli, scolastici e sanitari, avvalendosi delle strutture presenti nel "sistema sanitario veneto" (Aziende ULSS, IZSV delle Venezie, Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria e ARPAV), competenti di materia di nutrizione, di educazione alimentare, di sicurezza alimentare e di controllo ufficiale degli alimenti, diviene assolutamente indispensabile sottolineare che deve trovare adeguata continuità nel tempo al fine andare ad incidere non solo sui comportamenti e/o stili di vita ma anche sulla richiesta di sanità e qualità delle produzioni agroalimentari finalizzate al loro miglioramento.

La programmazione regionale

TERZA PARTE

Premessa: la Programmazione regionale della Prevenzione

Gli interventi di prevenzione e di promozione della salute incidono profondamente sullo stato di salute della popolazione e soprattutto delle future generazioni.
Aumentare gli investimenti in prevenzione significa ridurre le spese per prestazioni di cura e riabilitazione.
In Italia come in gran parte d'Europa, il carico di sofferenze dovute alla morbosità riconosce un ristretto gruppo di cause: le malattie cardiovascolari e le neoplasie sono responsabili del 70% dei decessi, percentuale che supera l'80% quando si considerano anche il diabete, le malattie dell'apparato respiratorio e digerente; si tratta di malattie evitabili con azioni di contrasto ai principali fattori di rischio quali fumo, inattività fisica, alcol e scorretta alimentazione.
Secondo alcune stime recenti dell'Oms vi sarebbero infatti in Italia circa 100 mila morti evitabili per il 56,6% mediante la prevenzione primaria e per il16,6% attraverso diagnosi precoci.
I fattori di rischio sono riconducibili in buona parte al comportamento individuale pertanto è indispensabile una crescita culturale del singolo ed un coinvolgimento non solo di tutte le istituzioni ma anche delle associazioni di categoria, delle associazioni dei lavoratori, delle società scientifiche, dell'Università e della scuola in generale secondo la logica del Programma del Ministero della salute "Guadagnare salute".
In tale logica, la Regione ha promosso il dialogo e la condivisione di iniziative sulla salute e promozione di corretti stili di vita attraverso la condivisione di linee di indirizzo, la pianificazione delle azioni, la sperimentazione di linee di azione innovative.
Il raggiungimento degli obiettivi individuati per le diverse aree della sanità pubblica (lotta ai fattori di rischio quali fumo, inattività fisica, alcool, droghe, e prevenzione degli infortuni sul lavoro,e degli incidenti stradali e domestici) è stato possibile grazie anche all'utilizzo dei dati dei sistemi di sorveglianza (Passi e Passi d'argento, Okkio) che hanno permesso di orientare la programmazione regionale verso interventi specifici mirati e di valutare nel tempo l'efficacia degli stessi.
Attraverso consolidati programmi di offerta attiva delle vaccinazioni si sono mantenuti gli obiettivi previsti dal piano nazionale vaccini e si è sperimentata con successo la sospensione dell'obbligo vaccinale.
Sono state avviate attività di monitoraggio con la collaborazione delle aziende sanitarie mirate alla cattura di vettori e alla ricerca di virus responsabili di patologie per l'uomo quali Chikungunya e West Nile e sono state messe in atto linee guida per la disinfestazione e fornite indicazioni per la protezione da punture da parte di vettori infetti.
La Regione ha costituito un Tavolo permanente salute-ambiente che svolge la funzione di indirizzo e coordinamento tra Enti Territoriali (Comuni e Province), Aziende ULSS ed Agenzia regionale per la Prevenzione Ambientale (ARPAV) finalizzato alla verifica della ricaduta degli inquinamenti ambientali sulla salute collettiva e a fornire informazione adeguata per l'adozione di misure di prevenzione.
Vengono effettuati sia in quanto previsti normativamente sia in quanto attività di prevenzione di iniziativa regionale monitoraggi continui, tramite l'Arpav, su alcune importanti fonti di inquinamento (inquinamento elettromagnetico generato da impianti teleradiocomunicazione, elettrodotti, cabine di trasformazione, controllo su utilizzo di sorgenti radioattive in strutture sanitarie, monitoraggio nelle scuole di zone a rischio di infiltrazione di gas radon, iniziative di controllo sull'uso di gas tossici, verifica sul corretto uso dei fitosanitari in agricoltura).
Sono state avviate iniziative di aggiornamento nell'ambito della corretta prescrizione di indagini con utilizzo di radiazioni ionizzanti, sull'utilizzo di prodotti fitosanitari, sulle misure di prevenzione dall'esposizione a gas radon.
In particolare, per quanto riguarda il settore delle produzioni e derivati animali, le iniziative sono state sviluppate con lo scopo di integrare le attività di controllo regionali con quelle dell'autocontrollo di competenza degli operatori del settore alimentare (allevatori, macellatori, distributori, somministratori ecc.), correlate con gli elementi e gli indicatori di salubrità dell'uomo (corretta alimentazione, malattie di derivazione alimentare ecc.).
In un contesto di contrazione delle risorse, la Direzione Regionale Prevenzione ha orientato la propria attività verso una maggiore efficacia: infatti gli interventi di prevenzione in azienda e gli interventi di bonifica, sono aumentati in maniera costante a seguito della attività di prevenzione svolta dalle aziende sanitarie ULSS sulla base di indirizzi e direttive regionali .
L'andamento infortunistico nell'industria, servizi e agricoltura in Veneto dal 2005-2008 evidenzia una riduzione degli infortuni denunciati pari all' 11 % .
L'obiettivo generale perseguito con la pianificazione regionale dal 2000 è stato quello di incrementare i livelli di efficacia e di efficienza del sistema regionale di prevenzione, secondo gli indicatori di attività congruenti con i Livelli

Essenziali di Assistenza, indirizzando le attività di prevenzione verso i comparti a maggior rischio infortunistico: metalmeccanica, legno, edilizia, agricoltura e trasporti.
Il raggiungimento degli obiettivi è stato possibile grazie ad un'attività sinergica promossa dalla Direzione regionale Prevenzione tra i Dipartimenti delle Aziende Ulss e gli enti e associazioni del territorio interessati, ciascuno per la propria parte di competenza, al problema.
Sono state avviate e sostenute numerose campagne di sensibilizzazione all'utilizzo dei presidi di sicurezza, all'adozione di comportamenti corretti per la prevenzione degli incidenti sia stradali che domestici.
Gli episodi di **influenza aviaria**, **rabbia silvestre, Blue Tongue** e **West Nile Disease** riscontrati negli ultimi anni, hanno messo in evidenza la necessità dì continuare i piani di monitoraggio nell'intero territorio regionale nonché di approntare una strategia per il controllo e l'eradicazione di tali malattie, alcune delle quali rappresentano importanti zoonosi.
Accanto alle malattie sopraccitate, che rappresentano delle emergenze sanitarie, deve continuare l'attività di risanamento degli allevamenti dalle **salmonellosi dalla tubercolosi bovina, dalla brucellosi bovina ed ovicaprina e dalla leucosi bovina enzootica,** per la loro valenza sanitaria sulla salute umana, ma anche per l'importanza economica (**malattia vescicolare, leucosi, rinotracheite infettiva dei bovini (IBR**). Deve inoltre essere perfezionato le attività correlate con le problematiche emergenti quali **l'igiene urbana**, il **benessere degli animali**, la corretta relazione uomo-animale per tutelare la salute e l'incolumità pubblica e contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo.
Per l'attuazione delle azioni previste dal Piano Nazionale Integrato dei controlli è necessario sviluppare una **rete di epidemiosorveglianza,** potenziando i collegamenti con la banca dati degli allevamenti. Per quanto riguarda i nuovi regolamenti comunitari in tema di **sicurezza alimentare** è necessario sviluppare un "**nuovo sistema dei controlli**", basato sull'integrazione dell'attività di controllo ufficiale con quella di autocontrollo. Per raggiungere questo obiettivo, finalizzato a mantenere il buon livello dei prodotti veneti o prodotti in Veneto, occorre mettere in atto un adeguato processo formativo e costituire una struttura dedicata alla **corretta comunicazione al consumatore finale**. Elemento pregiudizievole è la costituzione di un **nodo informativo regionale dei Servizi Veterinari e dei SIAN** in grado di organizzare e gestire tutte le informazioni necessarie alla valutazione del rischio, con la finalità inoltre di realizzare un modello gestionale unico e condiviso per tutte le realtà territoriali. Inoltre per dare efficienza al sistema si dovrà completare di **informatizzazione**, mettendo in rete anche i laboratori pubblici e provati.
Infine si dovrà definire un particolare raccordo operativo con l'istituto Zooprofilattico delle Venezie per definire il ruolo in merito all'attuazione delle attività programmate.

AREA AMBIENTI DI LAVORO

Presupposti della programmazione sono:

- il D.P.C.M. 17.12.07, "Patto Stato – Regioni", relativamente alle attività di prevenzione negli ambienti di lavoro finalizzata al raggiungimento dei LEA;
- il Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012;
- il DLgs. 81/08 ed in particolare l'art. 7 riguardante il Comitato Regionale di Coordinamento tra Pubbliche Amministrazioni deputate al controllo negli ambienti di lavoro, con compiti di programmazione coordinata dell'attività al fine di favorire sinergie e maggior efficacia degli interventi.

L'obiettivo generale perseguito con la pianificazione regionale dal 2000 è stato quello di incrementare i livelli di efficacia e di efficienza del sistema regionale di prevenzione, indirizzando le attività verso i comparti a maggior rischio infortunistico: metalmeccanica, legno, edilizia, agricoltura e trasporti.
La tabella seguente riassume, con indicatori macro, le principali linee di lavoro nell'ambito della vigilanza, della sorveglianza sanitaria e della promozione della salute.

DESCRIZIONE ATTIVITA'	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Interventi di prev. e vig. nelle aziende	7175	7137	6660	7427	9474	10235
Inchieste infortunio	2268	2427	2238	1719	1627	2041
di cui con profilo di responsabilità	674	646	607	714	473	428
Indagini MP	1842	1657	1550	1568	1710	1455
di cui con profilo di responsabilità					66	62
Cantieri controllati	2998	2947	2992	3059	3821	3725
Aziende edili controllate	3617	3392	3647	4045	5522	4577
Verbali di prescrizione (bonifiche D.Lgs.758)	3708	3454	3443	4379	3829	3353
Pareri per nuovi insediamenti produttivi	8287	7979	7770	7671	5466	5637
Visite di medicina del lavoro	5604	4739	5192	4395	3534	8272
Soggetti formati	13695	14779	16035	20525	21197	15343

Nel 2009 sono stati effettuati 14.202 sopralluoghi ed emessi 5.676 verbali complessivamente; le aziende ispezionate in coordinamento con DPL, INAIL, INPS sono state circa 700.
Come da indicazioni del Piano Nazionale Edilizia, la vigilanza coordinata tra Enti è stata finalizzata al controllo dei rischi di caduta dall'alto, di seppellimento e della regolarità del lavoro per il contrasto delle forme in nero e del lavoro grigio.
La pianificazione ha perseguito l'omogeneizzazione delle pratiche di lavoro dei Servizi al fine di garantire il massimo della uniformità delle prestazioni erogate in ambito regionale. A tal fine, sono state emesse diverse linee guida e procedure operative rivolte ai principali processi di lavoro (ispezioni in edilizia, nella metalmeccanica, nel legno e in agricoltura, inchieste infortuni, SGS, ecc.).

Con il nuovo Piano della Prevenzione la Regione persegue l'obiettivo generale posto a livello comunitario di riduzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali del 25% entro il 2012, in coerenza con le strategie del Patto per la Tutela della Salute nei luoghi di lavoro attraverso la programmazione degli interventi di vigilanza, formazione e promozione, coordinata con gli enti istituzionali e le parti sociali.

In attuazione dell'art. 8 del D.Lgs. 81/2008, la Regione intende sviluppare il sistema informativo regionale della prevenzione negli ambienti di lavoro integrando gli archivi presenti nei sistemi informativi già in uso nell'ambito regionale con riferimento ai dati utili al "sistema salute" e al "sistema lavoro" (eventi infortunistici, malattie professionali, archivio aziende, anagrafica lavoratori di Veneto Lavoro, attività di vigilanza delle ULSS, DRL, INAIL,

INPS, ARPAV, VV.F, ISPESL, anagrafiche lavoratori esposti o ex esposti a cancerogeni, schede di dimissione ospedaliera, certificazioni di infortunio dei Pronto-Soccorsi).
Le strategie di azione saranno adattate ai cambiamenti in corso nel mondo del lavoro individuando target prioritari di salute e fasce di lavoro più vulnerabili (lavoro solo formalmente autonomo, lavoro irregolare, cooperative, stranieri, precari, ecc.).
In un contesto di contrazione delle risorse, la Direzione Regionale Prevenzione orienta l'attività dei Servizi verso interventi di prevenzione finalizzati su obiettivi di salute e di regolarità del lavoro, binomio imprescindibile, operando su vari piani:

- Pianificazione delle attività di prevenzione in coordinamento tra Enti e parti sociali in ambito di Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 del DLgs. 81/08) al fine di sviluppare interventi orientati all'incremento dei livelli di sicurezza e di protezione della salute attraverso la vigilanza mirata alle priorità epidemiologiche (edilizia, metalmeccanica, agricoltura, trasporti, amianto).
- Partecipazione ai livelli nazionali di programmazione (art. 5 D.Lgs 81/08), di indirizzo (art. 6 D.Lgs. 81/08) e di gestione del coordinamento interregionale di prevenzione negli ambienti di lavoro, al fine di omogeneizzazione delle pratiche di lavoro.
- Pieno raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (controllo del 5% delle unità locali con dipendenti), orientando le attività dei Servizi verso le priorità di salute ed il contrasto dei rischi gravi, abbandonando pratiche di non documentata efficacia.
- Completamento del sistema Informativo regionale della prevenzione, condiviso tra Enti, partendo dal programma di gestione delle attività dei servizi Prevnet, dai flussi informativi INAIL su infortuni e malattie professionali e dal Registro Regionale Mesoteliomi.
- Sviluppo di sistemi di sorveglianza orientati al monitoraggio dei lavoratori esposti a cancerogeni e delle malattie professionali misconosciute, ai fini di documentazione epidemiologica e di attivazione di modelli preventivi.

I macroambiti di intervento, definiti in ambito di Comitato Regionale di Coordinamento, riguarderanno:

- il contrasto dei rischi mortali e gravi con interventi mirati di prevenzione estesi a tutto il territorio nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura e controllo dell'organizzazione della sicurezza nelle imprese con più di 10 addetti (circa 5 % delle unità locali attive in Veneto) conformemente al D.Lgs. 81/08;
- sorveglianza degli infortuni invalidanti e mortali, con l'effettuazione delle indagini giudiziarie, quando ricorrano i termini di legge, e con il miglioramento d'efficacia delle stesse (il 21 % delle inchieste si conclude con evidenza di responsabilità) e del livello di copertura territoriale;
- sorveglianza sulle malattie professionali e miglioramento dell'efficacia delle indagini compresa la valutazione delle nuove forme di patologie correlate al lavoro (mal di schiena, disturbi articolari da posture incongrue o da movimenti ripetitivi, stress lavoro correlato);
- sorveglianza degli esposti ed ex esposti a cancerogeni, amianto e CVM, in relazione alle storiche specificità di rischio in aree industriali attive o dismesse (porto Marghera), con vantaggi di utilità clinica (possibilità di efficace diagnosi precoce e controllo dello stato di salute), utilità preventiva (riduzione del rischio aggiuntivo), utilità etico-sociale (possibilità di informazione capillare e contatto individuale) e utilità medico-legale (tempestività di certificazione di malattia professionale);
- promozione del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro nell'ottica del miglioramento della qualità e del benessere del lavoro anche quali fattori di competitività economica per le aziende;
- promozione dello sviluppo dei Sistemi di Gestione della Sicurezza aziendale (SGS) nelle aziende;
- promozione della cultura della sicurezza e della salute nei confronti dei lavoratori autonomi di comparti a rischio (edilizia, trasporti, legno, metalmeccanica, coltivatori diretti) attraverso azioni di sorveglianza sanitaria e di formazione.

Sul piano delle azioni di miglioramento interno, oltre alla compiuta implementazione nei Servizi del sistema informatico regionale di prevenzione Prevnet, le priorità riguardano:

- la comunicazione interna e la formazione degli operatori, conformemente alla pianificazione regionale anche attraverso la diffusione di tecnologie e strumenti internet;

- la comunicazione esterna rivolta agli stakeholders istituzionali e sociali ed ai soggetti professionali impegnati nella prevenzione negli ambienti di lavoro;.
- l'implementazione di pratiche e di procedure di lavoro semplificate, orientate ai problemi sostanziali e finalizzate al raggiungimento di elevati livelli di omogeneità, in particolare nell'ambito della vigilanza;
- il potenziamento del ruolo di coordinamento delle ULSS capoluogo nei confronti delle ULSS provinciali, in ambito di pianificazione, monitoraggio ed omogeneizzazione delle attività, secondo una visione di area vasta funzionale, anche in coerenza con il modello organizzativo, su base provinciale, degli stakeholders.

La Regione interviene per ridurre l'incidenza delle neoplasie attraverso programmi di screening per il cancro del seno, della cervice uterina e del color retto; per mantenere elevati livelli di copertura vaccinale mediante una efficace informazione ed un monitoraggio costante, considerato che con l.r. 7/2007 è stato sospeso l'obbligo vaccinale; per promuovere stili di vita corretti volti a diminuire la mortalità, la disabilità e le malattie croniche correlate anche mediante il rafforzamento e l'integrazione dei sistemi di sorveglianza ed il programma per la diffusione dell'uso della vitamina D; per prevenire la diffusione di nuove malattie infettive tramite lo sviluppo di protocolli operativi ed il monitoraggio delle malattie emergenti.
Nel seguito sono sviluppate le singole linee di lavoro.

Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive
La sorveglianza in sanità pubblica si basa su tre caratteristiche fondamentali:

a) raccolta sistematica dei dati
b) aggregazione e analisi dei dati raccolti
c) ritorno e diffusione delle informazioni.

L'obiettivo finale della sorveglianza è l'utilizzazione dei dati per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e per il monitoraggio dei programmi di attività, inteso come continua valutazione della relazione intervento-cambiamento.
A tale scopo la Regione del Veneto gestisce un serie di flussi informativi interconnessi tra di loro il cui livello di sintesi e approfondimento è diverso a seconda delle caratteristiche della malattia, della rilevanza delle informazioni necessarie e del tipo di programmi di controllo che vengono condotti.

Sospensione dell'obbligo vaccinale
Le vaccinazioni rappresentano uno dei più importanti successi della Sanità Pubblica: grazie alle vaccinazioni è stato debellato il vaiolo, sono quasi scomparsi il tetano, la poliomielite, la difterite e potranno sparire anche morbillo, varicella e altre malattie infettive.
L'alto livello di copertura raggiunto per le vaccinazioni e la professionalità degli operatori della sanità pubblica e dei Medici e Pediatri di Famiglia hanno costituito elementi qualificanti del Sistema Vaccinale della Regione del Veneto determinanti per l'attivazione di un percorso tecnico, scientifico e politico per il superamento della distinzione tra vaccinazioni "obbligatorie" per legge e vaccinazioni "non obbligatorie".
E' stato attivato un *Piano di Monitoraggio del Sistema vaccinale* veneto con l'obiettivo di monitorare gli effetti della sospensione dell'obbligo vaccinale secondo tre principali direttrici, quali: la garanzia delle condizioni di tutela della salute pubblica, la considerazione dell'impatto sul sistema vaccinale regionale e l'attenzione all'opinione pubblica. Vengono quindi attivate una serie di misure atte a verificare, secondo vari aspetti, la situazione vaccinale della Regione Veneto, ma anche l'impatto della sospensione dell'obbligo vaccinale sull'offerta dei servizi, fornendo ai decisori indicazioni della sostenibilità dell'offerta vaccinale attiva e sulla percezione da parte degli operatori dei cambiamenti in merito al rapporto con l'utenza e alla qualità lavorativa. Sono state individuate le soglie critiche di copertura vaccinale che rappresentano dei limiti di attenzione e di allarme e le azioni correttive che dovranno essere messe in atto, a livello centrale e periferico, al verificarsi di tali condizioni. A supporto della sospensione dell'obbligo vaccinale la Regione si è impegnata in una campagna informativa promozionale per la prevenzione nei primi anni di vita rivolta ai genitori e con contenuti formativi per gli operatori che a vario titolo seguono il percorso nascita. Si sta, inoltre per concludere uno studio sui determinanti del rifiuto vaccinale che ha lo scopo di valutare quali possono essere le soluzioni per alcuni problemi che costituiscono un elemento di resistenza all'adesione consapevole verso la vaccinazione. Tutte le Aziende Ulss sono dotate di una anagrafe vaccinale informatizzata, la Regione sta portando avanti un progetto per la realizzazione di un software unico per la gestione delle vaccinazioni che consenta un'analisi dei dati più corretta ed omogenea.

Nell'ambito delle attività finalizzate a garantire un elevato standard di qualità nella profilassi vaccinale, nel 1993 la Direzione per la prevenzione della Regione Veneto ha istituito il progetto "Canale Verde" per la consulenza prevaccinale offerta a tutte le ULSS regionali e la sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione. Con D.G.R. n. 939 del 18/3/2005 il progetto è stato consolidato con l'istituzione del Centro Regionale di Riferimento "Canale Verde",

successivamente ridenominato Programma Regionale di Consulenza prevaccinale e sorveglianza degli eventi avversi a vaccinazione "Canale Verde".
Il Programma, nell'ambito delle proprie funzioni, svolge le seguenti attività:

- consulenza specialistica sulla ammissibilità alla vaccinazione di persone con particolari problemi di salute da offrire alle strutture sanitarie e ai medici vaccinatori;
- consulenza prevaccinale e postvaccinale in caso di reazioni avverse;
- raccolta ed analisi critica delle segnalazioni di reazioni avverse alle vaccinazioni;
- gestione del database degli eventi avversi a vaccinazione e monitoraggio degli esiti delle reazioni avverse gravi;
- sorveglianza attiva di particolari eventi avversi a vaccinazione;
- redazione di un rapporto annuale sui casi di reazioni segnalate;
- collaborazione con la Direzione Regionale Prevenzione al fine di garantire il costante aggiornamento degli operatori sanitari impegnati nell'attività di vaccinazione e lo sviluppo di materiali informativi rivolti alla popolazione per permettere una accettazione consapevole della pratica vaccinale.

Le relazioni annuali sono pubblicate sul sito web della regione Veneto e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (www.ospedaleuniverona.it/Servizi/Canale-Verde).
In sintesi, nell'ambito della sorveglianza regionale delle reazioni avverse a vaccini, sono state analizzate e classificate 5006 schede di notifica del periodo 1993-2008; il tasso medio di segnalazione è stato pari a 2,3/10.000 dosi somministrate. Le manifestazioni segnalate nelle schede ritenute causalmente correlabili (4719 – 94,3%), sono state classificate in base al grado di severità in lievi (3006), rilevanti (1446) e gravi (267). Queste ultime, pari a 0,1/10.000 dosi somministrate, includono 71 reazioni locali e 196 eventi sistemici, che si sono risolti con completa restitutio ad integrum nel 95% dei casi. La sorveglianza degli eventi avversi ha fornito un quadro dettagliato della reale entità e distribuzione delle reazioni nel Veneto. Il tasso medio di segnalazione di 70 eventi per milione di abitanti pone questa regione tra le più attente alla sorveglianza.
Nel periodo 1992-2008 sono state effettuate 1280 consulenze pre- e post-vaccinali per il proseguimento della vaccinazione dopo una reazione avversa (658 casi – 51,4%), o per verificare la presenza di controindicazioni generali o specifiche (622 casi – 48,6%). Un giudizio di idoneità alla vaccinazione è stato espresso in 998 casi (78%), specificando le modalità di esecuzione routinaria o con precauzioni quali ambiente protetto o altro. Di questi, il 72,5% è stato sottoposto alla vaccinazione richiesta e nessuno ha riportato eventi avversi gravi. Con l'attività di tele-consulenza per gli operatori sanitari a mezzo telefax o e-mail sono stati complessivamente forniti 2133 pareri, talvolta con carattere di urgenza, su 2614 casi clinici e 396 argomenti generali.

Malattie infettive emergenti

I cambiamenti climatici, la movimentazione di merci e persone, condizionano in modo determinante l'epidemiologia delle malattie trasmesse da insetti vettori. E' per questo motivo che la Regione ha attivato un *sistema di sorveglianza integrato* in grado di rispondere adeguatamente a problematiche presenti, emergenti e potenziali. A questo progetto collaborano attivamente con la Direzione Prevenzione della Regione, il Centro Trasfusionale, l'Istituto Zooprofilattico, il Laboratorio di riferimento regionale, il Programma per i viaggiatori internazionali, l'università di Padova, Enti specifici e le Aziende Ulss. Relativamente alle potenziali malattie trasmesse da insetti sostenute da arbovirus, gli obiettivi sono da una parte di lavorare per raccogliere informazioni sulle popolazioni (presenza e dinamica di popolazione) dei vettori potenziali e riconosciuti di agenti patogeni, dall'altra di attivare la ricerca, sulla base di priorità condivise e attraverso opportune indagini di laboratorio, della presenza di agenti patogeni nella popolazione dei vettori. Il controllo attraverso la segnalazione di casi ricoverati con meningoencefalite ad eziologia sospetta per monitorare la circolazione virale, e lo studio delle sacche di sangue, permettono di agire per migliorare la raccolta di dati clinici ed epidemiologici sulle patologie umane da arbovirus. Il *protocollo di segnalazione delle febbri estive* permette di identificare tempestivamente il caso, anche importato, di malattia e di valutare l'eventuale attività di disinfestazione per scongiurare la diffusione. Anche l'attività di formazione rivolta agli operatori sanitari e l'informazione rivolta ai medici veterinari liberi professionisti, ai medici ospedalieri e ai medici di medicina generale, rappresentano temi chiave per la buona gestione di un sistema di sorveglianza su tali malattie presenti e potenziali. Molta attenzione è stata data dalla regione alla sorveglianza e prevenzione delle patologie del viaggiatore, al fine di coordinare e integrare le attività degli ambulatori che si occupano di medicina dei viaggi, con DGR n. 1695 del 29.06.2001 è stato istituito, presso l'Azienda ULSS 20 di Verona, il Centro di Riferimento Regionale per i Viaggiatori

Internazionali. Il Programma, nell'ambito delle proprie funzioni, svolge e pianifica la realizzazione delle azioni previste nel piano di attività annuale tra quelle esplicitate nella convenzione stessa quali:

1. supporto per la programmazione regionale riguardante la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione;
2. riferimento regionale e coordinamento della rete tra gli ambulatori di medicina dei viaggi e le strutture infettivologiche della Regione;
3. iniziative, corsi di formazione e informazione (News) rivolte agli operatori degli ambulatori Viaggiatori Internazionali della Regione, ai MMG, ai PLS, ai medici e al personale sanitario dei reparti di Malattie Infettive e Tropicali e più in generale al personale sanitario del territorio regionale;
4. sorveglianza epidemiologica sulle malattie infettive e tropicali a rischio di diffusione in Italia collaborando alla realizzazione dello specifico "progetto per la sorveglianza delle malattie emergenti";
5. collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie (IZPVe) per le patologie trasmesse da vettori e per la sorveglianza delle zoonosi infettive a possibile trasmissione all'uomo;
6. stesura/aggiornamento di Piani di sorveglianza, prevenzione delle infezioni e lotta ai vettori di malattie infettive e tropicali emergenti come West Nile, Chikungunya e Dengue, in collaborazione con il gruppo di lavoro specifico (DGR n. 2178 del 08.08.2008);
7. sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni effettuate e dei farmaci utilizzati per la profilassi antimalarica;
8. collaborazione con il Centro per le Malattie Tropicali dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar (VR) consulenza post viaggio inerente le malattie infettive e tropicali;

- studi clinici sulle patologie legate ai viaggi e sui mezzi di prevenzione (farmaci, uso di probiotici, insetticidi-repellenti);
- ricerche cliniche ed epidemiologiche sulle malattie tropicali e parassitarie di importazione e non.

Particolare attenzione viene posta sulla sorveglianza della malaria e sull'attuazione delle azioni di prevenzione nei confronti di questa malattia particolarmente grave e ad esito fatale se non curata tempestivamente. La malaria infatti rappresenta ancora un grave problema mondiale come confermato dall'ultimo rapporto dell'OMS del 2009: facendo riferimento all'anno 2008 l'OMS stima 243 milioni i casi nel mondo, con 863.000 decessi. La maggior parte dei casi si sono verificati in Africa (85%), seguita dal continente Asiatico.

La Regione Veneto dal 2001 ha istituito il Centro di Riferimento Regionale per i viaggiatori internazionali, con funzioni di coordinamento e integrazione delle attività degli ambulatori che si occupano di medicina dei viaggi in abito territoriale. Con successivi provvedimenti ha preso atto della natura di Programma di detto Centro, stipulando apposita convenzione con l'Azienda Ulss 20 di Verona.

Le principali attività svolte nell'ambito del Programma regionale per i viaggiatori internazionali sono:

- la sorveglianza e la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione
- il coordinamento della rete tra gli ambulatori di medicina dei viaggi e le strutture infettivologiche Regionali
- l'organizzazione e l'espletamento di corsi di formazione e informazione (News) rivolte agli operatori degli ambulatori, ai MMG, ai PLS, ai medici e al personale sanitario dei reparti di Malattie Infettive e Tropicali
- la prevenzione e il controllo delle malattie e dei rischi legati ai viaggi
- la sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni effettuate pre-viaggio e ai farmaci utilizzati per la profilassi antimalarica.
-

Per le malattie infettive prevenibili, soprattutto per le meningiti batteriche, è stato istituito un programma di sorveglianza ad hoc che prevede la raccolta dei casi in collaborazione con i Laboratori di Microbiologia ad integrazione delle informazioni provenienti dai flussi già esistenti, al fine di valutare gli andamenti spazio temporali delle meningiti e analizzare l'andamento delle malattie per le quali sono stati introdotte nuove vaccinazioni.

Prevenzione della patologie cronico-degenerative e neoplastiche

a) Promozione di corretti stili di vita – il Programma "Guadagnare Salute"

Nell'ottica del Programma Guadagnare Salute l'"istituzione salute" (nazionale, regionale, locale), oltre al proprio tradizionale ruolo di erogatore di servizi sanitari - si trova ad assumere un ruolo di "leadership" e di promozione rispetto alle altre istituzioni, puntando al coinvolgimento di settori diversi delle istituzioni e della società, attraverso la definizione delle reciproche responsabilità, una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui principali fattori di rischio per la salute: fumo, alcol, inattività fisica e scorretta alimentazione. Seguendo quest'ottica, la Regione del Veneto ha deciso di dedicare un'area specifica di risorse alla sperimentazione di interventi preventivi basati sul modello prefigurato di "Guadagnare salute".
In particolare, il Veneto sta partecipando al progetto " Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le regioni e le province autonome e il centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie", affidatogli dal CCM. Tale progetto prevede due macroaree: 1- Guadagnare Salute; 2- Malattie Infettive.
L'obiettivo generale per la prima macroarea consiste nel potenziare a livello regionale politiche e strategie a sostegno della promozione della salute, secondo i principi e l'implementazione delle azioni di competenza regionale previste dal Programma nazionale "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari", attraverso diverse azioni specifiche:

- Identificare un coordinatore regionale per l'implementazione delle attività regionali previste dal Programma "Guadagnare Salute";
- Istituire il Tavolo tecnico regionale per il sostegno e l'implementazione delle attività regionali previste dal Piano nazionale "Guadagnare Salute";
- Valutare lo stato di salute della popolazione nel Veneto, tramite i dati dei sistemi di sorveglianza attivi, in particolare, riguardo ai quattro principali fattori comportamentali di rischio per la salute (alcol, fumo, scorretta alimentazione, sedentarietà);
- Elaborare una proposta condivisa di Piano Regionale Guadagnare Salute alla luce delle buone pratiche attualmente in essere sul territorio e dei risultati della sperimentazione di un modello operativo di promozione della salute, in corso in due Aziende ULSS venete, svolta nell'ambito del progetto CCM su Guadagnare Salute affidato alla Regione Umbria;
- Garantire il sostegno, il monitoraggio e la valutazione del Piano Regionale Guadagnare Salute.
- Identificare un referente tecnico con funzioni di coordinamento all'interno del Dipartimento di Prevenzione per la macroarea progettuale "Guadagnare Salute"
- Formalizzare la nomina del/i referente/i tecnico per la macroarea progettuale "Guadagnare Salute"
- Evento di formazione orientato alla costruzione di una cultura condivisa della salute per operatori sanitari e non

E' di fondamentale importanza riuscire a stimolare la responsabilità individuale, affinché ogni cittadino si senta partner attivo nel miglioramento del proprio stato di salute, e la Regione attraverso la creazione di alleanze ed intese tra istituzioni locali, organizzazioni dell'associazionismo ed imprese può sostenere questo importante impegno che facilita le scelte salutari attraverso un'adozione di corretti stili di vita.

b) Programma Regionale per la Prevenzione delle patologie fumo correlate

La Regione del Veneto fin dagli inizi degli anni 2000 è impegnata a contrastare il fenomeno del tabagismo in linea con le indicazioni strategiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con gli obiettivi fissati dai Piano Sanitario Nazionale e i Piani Nazionali della Prevenzione e in sinergia con il Programma ministeriale "Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari". Il Programma regionale per la prevenzione delle patologie fumo-correlate è una strategia globale di prevenzione e controllo del tabacco strutturata sulla base delle prove di efficacia disponibili e sancita da una serie di atti deliberativi specifici e da finanziamenti dedicati.
L'obiettivo generale della strategia è ridurre il numero di fumatori nella popolazione generale. Tale finalità si traduce operativamente in tre obiettivi specifici:

- prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani
- aiutare i fumatori a smettere
- proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

La strategia si sviluppa su quattro aree progettuali:

- n. 1 Educazione e promozione della salute a scuola
- n. 2 Disassuefazione dal fumo

- n. 3 Protezione dal fumo passivo e sostegno della normativa negli ambienti pubblici e privati di vita, lavoro e tempo libero
- n. 4 Attività di informazione e di sensibilizzazione della popolazione generale in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco celebrata ogni anno il 31 maggio.

E' stato costituito un Comitato Guida del Programma interdisciplinare composto da professionisti esperti in diversi campi della prevenzione e della disassuefazione dal tabacco provenienti dalla Direzione Regionale Prevenzione-Servizio Sanità Pubblica e Screening e da alcune Aziende ULSS venete.
Per una migliore e puntuale implementazione nel territorio della strategia regionale si è chiesto ed ottenuto da ogni Azienda ULSS e dalle Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova la nomina di un Referente Aziendale che funge da ponte tra la Regione e il territorio, con funzioni di coordinamento e di sviluppo dei programmi sul tabagismo.

c) Prevenzione problemi alcol - correlati

Nel 2008 ha preso avvio il progetto "Non lasciamoci con l'amaro in bocca" con il quale la Regione del Veneto ha inteso agire per una nuova cultura della salute e della prevenzione dei problemi legati all'assunzione di bevande alcoliche in sinergia con il Programma Guadagnare Salute. Gli attori del presente progetto sono i Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con altri Servizi sociosanitari delle Aziende Ulss. Nel progetto sono state previste azioni specifiche a favore dei Comuni, dei locali di ristorazione e bar e negli ambienti di lavoro sul tema della prevenzione degli incidenti, più precisamente di quella quota di incidenti stradali e sul lavoro, dovuta all'assunzione di alcol. L'obiettivo generale è quello di favorire comportamenti consapevoli dei cittadini per ridurre l'incidenza degli incidenti stradali e sul lavoro (e domestici) alcol-correlati, con una azione integrata dei Dipartimenti di Prevenzione sui Comuni, sulla distribuzione (ristoranti, bar, supermercati) e nel mondo del lavoro.

d) Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani

La Regione Veneto da molti anni rappresenta un punto di riferimento nazionale per la promozione dell'attività fisica e la lotta alla sedentarietà in virtù di un programma strutturato di interventi adottato nell'ambito del piano triennale SISP fin dal 2002. In questo ambito ha avuto un ruolo trainante l'ULSS 20 data la lunga esperienza maturata in collaborazione con comuni (principalmente, ma non solo, il capoluogo) e l'università. In questo ambito il Veneto è già impegnato come capofila o partner in numerosi progetti finanziati dal CCM ed ha contribuito a costruire e consolidare una rete di operatori (sanitari e non) attiva a livello intra ed inter regionale.
In Veneto oggi tutte le aziende sanitarie sono già partecipi, seppure in modo disomogeneo, del progetto regionale di promozione dell'attività fisica. In particolare

1. in ogni azienda è stato individuato un referente per questa attività presso i Dipartimenti di prevenzione;
2. ogni azienda ha partecipato a uno o più incontri o eventi formativi sul tema dell'attività fisica;
3. ogni azienda ha promosso uno o più progetti locali

Il progetto regionale si propone di consolidare la rete, di estendere e rinforzare le attività nelle aziende più attive e di coinvolgere anche quelle meno attive. Si propone inoltre di estendere la copertura degli interventi alle fasce di popolazione a maggior rischio ed ai determinanti ambientali dell'attività fisica al fine di:

1) ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerativo legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori …..) nella popolazione generale e con particolare attenzione alla popolazione che presenta fattori di rischio;
2) prolungare lo stato di autosufficienza nell'anziano rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo anche l'incidenza degli infortuni domestici;
3) favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati ed il rallentamento dei danni cognitivi nelle persone affetta da demenza;
4) migliorare l'autonomia e le competenze motorie nei bambini dalla scuola materna in poi al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita; individuare interventi specifici per i bambini affetti da obesità o e diabete;
5) migliorare i contesti urbanistici al fine di renderli favorevoli ai comportamenti salutari ed in particolare all'attività fisica.

Malattie cardiovascolari

La regione ha avviato nell'ambito del piano regionale prevenzione 2005-07 un piano di prevenzione cardiovascolare primaria basato sul coinvolgimento dei medici di medicina generale nell'ambito delle UTAP, dove il paziente veniva valutato sul profilo di rischio per le malattie cardiovascolari ed un progetto di prevenzione terziaria sulla riabilitazione del soggetto che aveva già avuto accidenti cardiovascolari.

Nel 2010 per la prevenzione delle malattie cardiovascolari sono stati elaborati dei progetti specifici affidati al CCMR (Centro per il Controllo delle Malattie Regionale) che vede il coinvolgimento di un più ampio territorio regionale:

a) **Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico ("IV screening")**

Il progetto si propone di attivare un programma di screening cardiovascolare su chiamata attiva eseguita dal Centro Screening dell'Az. ULSS a tutti i cittadini tra i 45 e 59 anni.

Il programma di screening prevede in sintesi: una prevalutazione da parte del MMG per la pulizia delle liste secondo criteri di esclusione; chiamata attiva dei soggetti da parte del Centro Screening dell'Az. ULSS; fase di screening effettuata da una Assistente Sanitaria presso ambulatori di MMG che operano in forme associative; classificazione del soggetto in un gruppo di rischio; proposta di percorsi specifici per gruppo di rischio (follow-up).

b) **Attivazione di un programma organizzato di prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari**

Le aree di maggior interesse terapeutico e preventivo nel post-infarto sono rappresentate, oltre che dalla terapia chirurgica coronarica e dal trattamento farmacologico successivo (con anti aggreganti piastrinici, ACE inibitori, statine, beta bloccanti ecc,), dalla riabilitazione e dagli interventi sullo stile di vita. Gli aspetti di integrazione fra assistenza territoriale e ospedaliera saranno attuati attraverso lo sviluppo di interventi di formazione congiunta del personale sanitario coinvolto (diffusione delle metodologie e di procedure evidence based) e il potenziamento della comunicazione ospedale-territorio con la creazione di gruppi di lavoro misti rappresentativi delle equipes assistenziali di primo e secondo livello. Inoltre verrà stimolata l'introduzione nei patti aziendali di specifici pacchetti di attività preventive, diagnostiche e terapeutiche comprensivi di questa attività. Verranno implementate sessioni formative specifiche per i MMG dedicate al counselling sul rischio cardiovascolare.

Screening oncologici

Nel 1996 sono state pubblicate le Linee Guida della Commissione Oncologica Nazionale sugli Screening Oncologici e i Piani Sanitari Nazionali successivi hanno dato indicazioni per la realizzazione da parte delle Regioni e delle Aziende Sanitarie di programmi organizzati. Gli *screening citologico, mammografico e colorettale* sono compresi fra i Livelli Essenziali di Assistenza. Ciascuna Azienda ULSS è responsabile della gestione dell'intervento sul territorio. A livello centrale, la Regione ha identificato come interlocutore tecnico per gli screening oncologici l?istituto Oncologico Veneto (IOV) con compiti di coordinamento, monitoraggio degli indicatori di qualità e aggiornamento tramite relazioni ad hoc e rapporti annuali.

- Screening del CERVICOCARCINOMA

La popolazione target del Veneto è di circa 1.350.000 donne e programmi di screening citologico sono attivi in tutte le 21 Aziende ULSS della Regione. L'estensione effettiva (invitate/eleggibili) nel 2009 è stata del 77,4 % e l'adesione del 50,2 %.

- Screening MAMMOGRAFICO

La popolazione target del Veneto è di circa 600.000 donne. I programmi di screening mammografico attivi nelle Aziende ULSS della Regione sono passati dai 19 del 2005 ai 21del 2009, completando così l'estensione territoriale. L'estensione effettiva (invitate/eleggibili) è passata dal 75% del 2005 al 92% del 2009, con un'adesione del 74%.

- Screening dei TUMORI COLORETTALI

La popolazione target del Veneto è di circa 1.200.000 persone. I programmi di screening colorettale attivi nelle Aziende ULSS della Regione sono passati dai 13 del 2005 ai 21 del 2009, completando così l'estensione territoriale. Complessivamente i programmi coprono il 100% della popolazione bersaglio e nel 2009 hanno raggiunto un'estensione effettiva del 66%.

LINEE DI LAVORO COMUNI AI TRE SCREENING

Sistema Informativo degli Screening Oncologici

L'attivazione dello Screening comprende l'adesione ad un sistema informativo comune a tutte le ULSS in grado di governarne i processi gestionali, amministrativi e di valutazione. Nel corso del 2006 è stato sviluppato e ultimato il nuovo sistema informativo regionale degli screening. La procedura è sviluppata su piattaforma web, ospitata e gestita a livello centralizzato presso il CED della Regione Veneto, e quindi accessibile da remoto. Gli operatori delle diverse ULSS per poter accedere al servizio devono possedere una connessione ad Internet/Intranet. L'applicazione fornisce i servizi necessari allo screening suddivisi in moduli (agenda, inviti, refertazione, statistiche..) cui accedere secondo il profilo assegnato all'utente.

Visite di verifica e accreditamento istituzionale degli Screening Oncologici

Le visite di verifica in loco ai programmi, così come la raccolta degli indicatori, sono una fase essenziale del processo di assicurazione di qualità.

Nel 2007 l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS) della Regione Veneto ha definito un percorso di accreditamento istituzionale degli screening basato su un approccio multidisciplinare. Inoltre la Giunta Regionale ha deliberato che i Programmi di Screening delle Aziende ULSS dovranno essere accreditati, secondo procedure delineate in appositi manuali che includono i requisiti definiti per l'accreditamento, le evidenze sulla base delle quali dovranno essere valutati e gli standard di riferimento. Nel 2008 e nel 2009 molte Aziende ULSS hanno iniziato informalmente l'autovalutazione prevista rispetto ai requisiti sopracitati, ma nessuna ha potuto completare la procedura formale dell'accreditamento. Questa, infatti, ha dovuto essere preceduta dalla certificazione regionale da parte dell'ARSS di tutte le strutture sanitarie, processo che ha occupato tutto il 2009. L'accreditamento dei primi programmi è previsto a partire dalla seconda metà del 2010.

-

AREA IGIENE PUBBLICA

Radioprotezione in ambito sanitario

Sulla base del vigente piano triennale per la radioprotezione 2008-2010, approvato con DGRV n. 1612 del 17/06/2008, s'intende proseguire ad assicurare, nell'ambito radioprotezionistico, lo svolgimento di iniziative rivolte a garantire una sempre più adeguata radioprotezione in ambito sanitario mediante l'attuazione di specifiche attività previste da singoli moduli operativi. Gli obiettivi principali sono quelli di favorire la protezione degli operatori e dei pazienti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti utilizzate in ambito medico; contribuire all'informazione e all'aggiornamento degli stessi in tale ambito; contribuire all'acquisizione di informazioni sugli standard di qualità raggiunti nel settore radiologico; costituire ed implementare banche dati relative alla consistenza e alla distribuzione spaziale delle apparecchiature e delle sorgenti radiogene utilizzate a scopo medico nonché delle apparecchiature a risonanza magnetica; costituire e aggiornare una banca dati dei rifiuti radioattivi prodotti, in particolar modo, dal ciclo sanitario.

Qualità degli ambienti di vita

La Regione continuerà ad attivare interventi di monitoraggio dei campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici generati da impianti per comunicazioni elettroniche e da elettrodotti e cabine di trasformazione. Verrà assicurato il controllo sanitario su vendita ed impiego di prodotti fitosanitari tramite le Aziende Sanitarie, e sarà attuato il sistema dei controlli e del1le autorizzazioni nel campo della chimica.

Si cercherà di mitigare gli effetti dannosi del radon tramite l'individuazione delle aree regionali ad alta concentrazione di tale gas e la misurazione del livello del radon con particolare attenzione alle scuole (dalla materna fino alla media inferiore).

Troverà inoltre continuità l'attività di monitoraggio sugli ambienti indoor, con particolare riferimento a piscine e ambienti scolastici.

Polizia mortuaria

Con Legge Regionale 4 marzo 2010 n. 18 e successivi provvedimenti deliberativi (DGRV n. 1909 del 27/07/2010) sono state dettate precise "Norme in materia funeraria".

Attraverso la legislazione regionale in questione si è addivenuti al riordino delle attività cimiteriali, delle attività di onoranze funebri, delle attività collaterali quali forniture lapidee e trasporti funebri. Ferma restando l'attività di vigilanza delle Aziende Sanitarie sugli aspetti che l'evidenza scientifica e la più aggiornata letteratura hanno individuato, la vigilanza sui fatti amministrativi è demandata ai Comuni competenti per territorio, i quali dispongono anche dello strumento dei regolamenti di Igiene Locale e del regolamento locale di Polizia mortuaria per disciplinare le peculiari caratteristiche geografiche, urbanistiche, sociali e demografiche.

Gas Tossici

In ambito regionale è costantemente monitorato l'impiego dei gas tossici assicurando il rilascio ed il rinnovo dell'abilitazione al loro impiego, così come previsto dal R.D del 9.1.27 n. 147 che, all'art. 4 , lettera c.

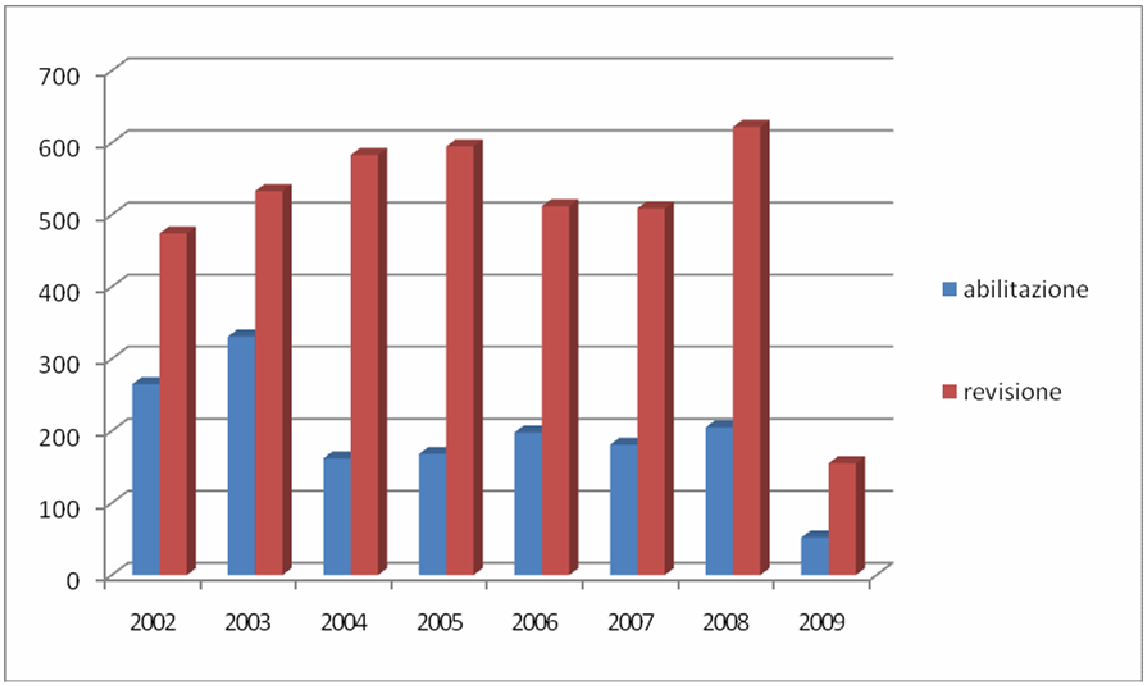
Si tratta di un intervento di particolare importanza sotto il profilo della prevenzione sanitaria, in considerazione delle caratteristiche dell'apparato produttivo regionale, in cui l'impiego delle molteplici sostanze chimiche costituisce un rischio sempre presente per la salute degli operatori e della popolazione in generale.

L'attività è evidenziata attraverso la tabella ed i grafici sottostanti.

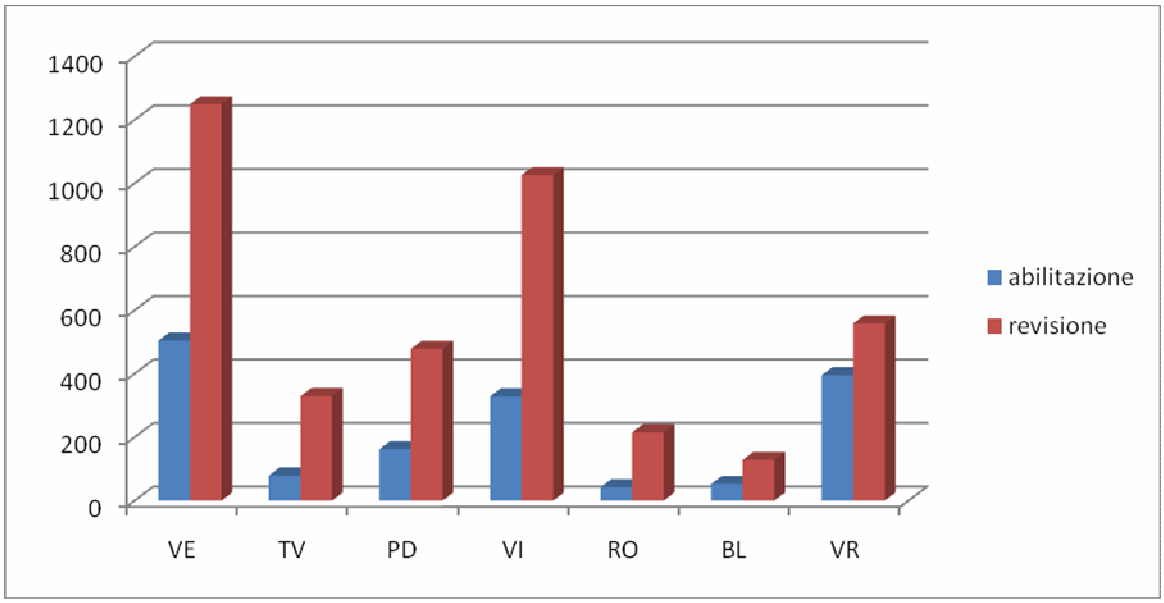
Abilitazione impiego gas tossici, anni 2002 - 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTALE
Acido cianidrico	50	30	8	15	79	36	52	2	272
Acido cloridrico	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Acido fluorico	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Acido fluoridrico	27	36	13	33	22	14	5	0	150
Acrilonitrile	0	5	0	0	0	0	0	0	5
Ammoniaca	147	164	73	82	102	117	139	32	856
Anidride solforosa	60	81	38	19	37	27	74	18	354
Benzina	0	0	0	3	0	0	2	0	5
Bromuro di cianogeno	0	1	0	3	1	0	0	0	5
Bromuro di metile	21	0	2	4	1	6	2	1	37
Cianuri	75	72	43	28	94	63	77	6	458
Cloro	56	100	31	41	51	56	77	4	416
Cloropicrina	0	0	2	1	0	0	0	0	3
Cloruri alcalini	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Cloruro di cianogeno	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Cloruro di metile	5	0	0	0	0	13	0	0	18
Dietil solfuro	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Etere ciano-carbonico	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Etilmercaptano	0	6	1	0	2	0	15	0	24
Fosgene	8	30	5	11	9	12	0	0	75
Idrogeno fosforato (fosfina)	6	1	3	2	1	0	3	0	16
Idrogeno fosfato	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Isonitrili	0	0	1	4	4	9	0	2	20
Metilmercaptano	20	6	1	0	36	16	33	0	112
Ossido di etilene	6	10	4	3	15	1	10	1	50
Piombo Tetraetile	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Solfato di metile	22	15	6	1	43	24	41	1	153
Solfuro di carbonio	4	2	0	9	3	2	0	0	20
Solfuro dimetile	10	0	0	5	21	6	0	0	42
Terz-butil mercaptano	0	0	0	0	3	2	0	0	5
Tetraidrotiofene	1	3	4	17	7	4	0	4	40
Trifluoruro di boro	2	30	6	12	4	15	7	0	76
TOTALE	521	598	242	293	535	426	537	71	3223

Abilitazioni impiego gas tossici rilasciate, anni 2002 - 2009



Abilitazioni impiego gas tossici rilasciate, suddivisione per provincia, anni 2002 – 2009



Con DGR n. 731 del 20.3.2007 si è affermata una nuova fase di attuazione e di completamento della sub-delega affidata alle Aziende ULSS provinciali di rilasciare la patente di abilitazione all'impiego dei gas tossici ai soggetti che, tramite le imprese presso cui sono occupati, ne hanno formulato specifica istanza.

Gli episodi di influenza aviaria, riscontrati negli ultimi anni, hanno messo in evidenza la necessità dì continuare il piano di monitoraggio nell'intero territorio regionale nonché di approntare una strategia per il controllo e l'eradicazione di eventuali focolai.

L'insorgenza, dopo tanti anni, di episodi di rabbia nel territorio regionale, impone la necessità di perseguire l'obiettivo del controllo e della successiva eradicazione di tale importante zoonosi. Il prossimo trienni ci vedrà impegnati nel prevenire la trasmissione della rabbia nelle volpi, attraverso la loro vaccinazione orale tramite esche distribuite per via aerea e, secondariamente, per prevenire la diffusione di tale importante zoonosi agli animali da compagnia e agli altri animali zootecnici.

Le mutate condizioni climatiche rendono sempre più necessaria la conoscenza di alcune patologie trasmesse da vettori. A tale proposito la Blue Tongue che interessa molte regioni italiane, impone l'esigenza di monitorare la diffusione dei vettori di tale malattia infettiva, per mantenere l'indennità del territorio regionale appena acquisita. Tale attività di controllo deve essere estesa anche alla West Nile, altra malattia trasmessa da vettori, in quanto rappresenta una importante zoonosi che, negli ultimi anni, ha interessato anche il territorio regionale. Il monitoraggio entomologico e sierologico (cavalli) permette infatti di valutare l'estensione della malattia nel territorio regionale, al fine di predisporre le necessari misure di sanità pubblica.

Accanto alle malattie sopraccitate, che rappresentano delle emergenze sanitarie, deve continuare l'attività di risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi bovina, dalla brucellosi bovina ed ovicaprina e dalla leucosi bovina enzootica, sia per la loro valenza sanitaria sulla salute umana (tubercolosi e brucellosi) sia per l'importanza economica (malattia vescicolare, leucosi, rinotracheite infettiva dei bovini (IBR). A tale proposito è importate mantenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne, rilasciata alla Regione del Veneto dalla Comunità europea, per importanti malattia quali la tubercolosi bovina, la brucellosi bovina e ovicaprina e le leucosi bovina enzootica.

Tra le zoonosi, un particolare rilievo viene assunto, nell'ambito delle disposizioni comunitarie, dalle salmonellosi: vengono previsti piani di controllo ed eradicazione per agli allevamenti di galline ovaiole, di boiler, di tacchini e di suini.

Deve inoltre essere perfezionato le attività correlate con le problematiche emergenti quali l'igiene urbana, il benessere degli animali, la corretta relazione uomo-animale per tutelare la salute e l'incolumità pubblica e contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo.

AREA IGIENE ALIMENTARE

La sicurezza alimentare ha progressivamente assunto per l'Unione Europea importanza crescente dimostrata dalle numerose normative e linee di indirizzo specifiche che con sempre più frequenza sono state emanate nel settore, fino a configurarsi, da ultimo, come obiettivo primario e strategico, con l'emanazione, nel 2004, dell'insieme di regolamenti denominato "pacchetto igiene".

Detto insieme di regolamenti affronta i vari punti correlati all'approntamento di sistemi nazionali e comunitari finalizzati alla garanzia della sicurezza alimentare evidenziando, nel contempo, l'importanza del consumatore, prioritariamente, come figura da tutelare e, secondariamente, come destinataria di tutte le informazioni relative alle problematiche alimentari e quindi parte consapevole e attiva, se non centrale, del "sistema sicurezza".

Inoltre, questa nuova normativa comunitaria sottolinea che la sicurezza alimentare si deve basare su un approccio completo e integrato, ovvero lungo tutta l'intera catena alimentare (dall'alimento per l'animale all'alimento per l'uomo), al fine di intercettare eventuali problemi nel prodotto alimentare prima che si manifestino sulla tavola del consumatore.

Va sottolineato, peraltro, come detto nuovo approccio contribuisca anche ad una razionalizzazione degli interventi da parte delle cosiddette Autorità Competenti (Ministero della Salute, Regioni/Province Autonome e Az.ULSS, ai sensi del DLgs n.193/2007) rendendoli più efficaci e migliorandone il rapporto costo beneficio.

In tale contesto, quindi, assume particolare significato quel complesso di azioni di verifica e miglioramenti dei processi produttivi, correntemente indicato come sistema H.A.C.C.P., che rende, di fatto, gli Operatori del Settore Alimentare garanti del prodotto finale.

Infatti, gli accertamenti analitici, eseguiti in autocontrollo, divengono strumenti di verifica del processo produttivo, atti a rendere evidente la corretta gestione e funzionalità, nonché a fornire importanti elementi di sospetto, se non di certezza, di una qualche anomalia che richiede un preciso intervento di ripristino delle corrette condizioni di lavoro.

In questo rinnovato contesto operativo emerge, quindi, la complessità di un coordinamento delle attività e dei programmi atti a garantire la sicurezza alimentare e che devono comunque avvalersi, come prerequisito, di strutture operative adeguate, sia di laboratorio ma anche operative sul territorio, e che necessitano conseguentemente di un supporto di adeguati programmi di formazione mirati a garantire la professionalità di chi deve lavorare, in qualsivoglia ruolo, nell'ambito della produzione alimentare.

La professionalità, infatti, è garanzia di omogeneità di comportamento e di valutazione delle problematiche incontrate che sono condizioni qualificanti per un corretto funzionamento del sistema di prevenzione.

La disponibilità di tali strutture operative, tuttavia, è peraltro solo una parte, se pur ragguardevole, dei tasselli che compongono l'articolato quadro di una moderna e funzionale strutturazione di un sistema per la sicurezza alimentare.

Infatti, i programmi di intervento devono essere calati nella specifica realtà produttiva che deve necessariamente essere monitorata e tradotta in una banca dati ampia, dettagliata e costantemente aggiornata come base di partenza e come elemento primo di valutazione per qualsiasi tipo di azione si ritenga opportuno o necessario intraprendere a seguito delle corrette valutazioni dei rischi condotte da personale qualificato e sulla scorta della disponibilità di dati scientifici accurati e aggiornati, comprendenti, peraltro, informazioni epidemiologiche, cifre sulla prevalenza, dati di esposizione, etc.

In tale prospettiva, quindi, dal 2000 sono state attivate successive attività di pianificazione triennali con l'obiettivo di elevare il livello di sicurezza degli alimenti destinati al consumo umano attraverso la programmazione di future strategie, lo sviluppo di programmi di ricerca e sorveglianza integrati, negli animali e nell'uomo, a partire dal coinvolgimento e coordinamento di tutti gli operatori di sanità pubblica usufruendo delle informazioni derivate da sistemi di sorveglianza (ufficiali, di autocontrollo e di filiera) che opportunamente analizzate potessero fornire accurati elementi di valutazione lungo tutta la catena produttiva, riorientando, laddove si è reso necessario, gli obiettivi della ricerca.

L'esperienza e le conoscenze acquisite con la programmazione dei piani triennali attiva, dal 2002, ha consentito l'emanazione di numerosi provvedimenti (tra gli altri, i Piani Regionali Integrati di Controllo sugli alimenti, le Linee Guida per la ristorazione scolastica e, successivamente, anche per l'alimentazione nelle strutture residenziali extra-ospedaliere, etc.) che hanno significativamente inciso sulla operatività dei servizi territoriali.

Conclusa l’attività della programmazione triennale 2005-2007 e preso atto della piena operatività del cosiddetto “Pacchetto Igiene” (insieme di atti regolamentari della CE in materia di alimenti, food and feed) si è reso necessario richiamare alcuni aspetti qualificanti la connotazione e la mission dei Servizi territoriali afferenti la sanità animale e la sicurezza alimentare nonché rimodulare gli obiettivi nel contesto delle priorità sanitarie emerse dalle normali attività dei servizi dipartimentali. Inoltre, si è ritenuto indispensabile proseguire nelle attività già avviate dalla Giunta Regionale (D.G.R. n.2888/2008), e finalizzate all'individuazione di indicatori di pregressi trattamenti con sostanze non consentite. Dette attività sono state organizzate in un piano che, per la sua caratterizzazione, è risultato essere innovativo poiché non ricerca le molecole, ossia il principio attivo del farmaco non autorizzato, ma, invece, gli effetti che esso determina (es. effetti anabolizzanti). In tal senso, quindi, ricercare in modo “conoscitivo” e caratterizzare gli effetti che il farmaco determina sulle produzioni consente di attuare un'attività di controllo e di repressione dell'uso di sostanze illecite anche in assenza di metodiche ufficiali che, però, lo potrebbero diventare, proprio per la loro dimostrata validità.

FLUSSI INFORMATIVI

Area Ambienti di lavoro

Con DGR 4062 del 22.12.2004 la Giunta Regionale ha approvato e finanziato l'avvio del "Progetto di informatizzazione del sistema di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro del Veneto (Prevnet)" per la strutturazione di uno strumento informatico finalizzato sia al supporto gestionale delle attività svolte dai Servizi SPISAL che alla raccolta di informazioni di sintesi per l'esercizio delle funzioni regionali di governo ed in particolare per il monitoraggio del livello di copertura dei L.E.A..
Il progetto è stato sviluppato nell'ambito dei Piani regionali di prevenzione e promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro 2005-2007 e 2008-2009; dall'anno 2007, la Giunta Regionale, confermando la coerenza degli obiettivi del progetto con le linee strategiche regionali di settore, ha individuato l'adesione al sistema informativo unico tra gli obiettivi di attività per gli SPISAL.
Da dicembre 2009 i 2/3 degli SPISAL gestiscono mediante il software "Prevnet" i dati dell'attività di vigilanza svolta, avvalendosi anche del collegamento del sistema con gli archivi dell'anagrafe sanitaria di Ulss e con l'archivio ditte del CERVED delle CCIAA del Veneto.
Esistono a livello locale e regionale altri flussi informativi strutturati e funzionali alle esigenze operative e di conoscenza:

- dati puntuali per azienda e per lavoratore degli infortuni e delle malattie professionali accaduti in Veneto (Flussi INail, ISPESL, Regioni), forniti su supporto informatico a tutti i Servizi dal 2000;
- informazioni relative agli accessi al Pronto Soccorso per infortunio (attraverso collegamento informatico fra P. Soccorso e Spisal);
- archivi dei lavoratori ex esposti a cancerogeni (amianto e cloruro di vinile monomero) e dei richiedenti benefici INPS per l'esposizione ad amianto;
- archivi dei casi di mesotelioma;
- archivio delle aziende autorizzate alla bonifica dell'amianto;
- archivio dei lavoratori esposti ad amianto.

È attiva dal 2010 la possibilità per gli operatori Spisal di accedere alle banche dati di VENETO LAVORO per le informazioni relative ad imprese, lavoratori e ai rapporti di lavoro.
La connessione dei vari flussi informativi all'interno del sistema Prevnet che consenta un reale, diffuso ed omogeneo utilizzo integrato dei dati presenti nei diversi sistemi esistenti nell'ambito del Servizio Sanitario nonché la condivisione in rete con gli altri Enti coinvolti nelle attività di vigilanza (Direzioni Provinciali del Lavoro, INAIL, INPS, Capitaneria di Porto, Prefetture, Forze dell'Ordine) delle informazioni, di sintesi e di dettaglio, utili al controllo del territorio costituisce asse di sviluppo prioritario nel sistema regionale di prevenzione nei luoghi di lavoro.
La definizione e la realizzazione di un Sistema informativo integrato a livello regionale si colloca a pieno titolo nella previsione di cui all'art. 8 del D.lgs. 81/08 relativo all'istituzione del SINP.

La notifica obbligatoria delle malattie infettive e i sistemi di sorveglianza speciali

Il sistema di sorveglianza di sanità pubblica delle malattie infettive è costituito da un serie di flussi informativi interconnessi tra di loro il cui livello di sintesi e approfondimento è diverso a seconda delle caratteristiche della malattia, della rilevanza delle informazioni necessarie e del tipo di programmi di controllo che vengono condotti. Tale sistema ha come obiettivo l'utilizzazione dei dati per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e per il monitoraggio dei programmi di attività, inteso come continua valutazione della relazione intervento-cambiamento.

La notifica obbligatoria delle malattie infettive costituisce il flusso informativo alla base di tutto il sistema di sorveglianza, perché permette di definire e confrontare tra le ULSS e con le altri Regioni o i diversi Paesi l'incidenza delle malattie infettive.

I sistemi "generali" permettono di conoscere l'incidenza delle malattie infettive, ma il loro limite è rappresentato dal fatto che permettono una analisi epidemiologica limitata all'andamento nel tempo della malattia, alla residenza, all'età, al sesso dei soggetti colpiti.

Queste informazioni sono spesso insufficienti per sorvegliare alcune malattie infettive particolarmente rilevanti e per monitorare adeguatamente programmi di controllo. Sono stati istituiti pertanto, **sistemi di sorveglianza speciali** finalizzati a raccogliere informazioni più specifiche relative, in particolare, alla presenza di fattori di rischio per la malattia (HIV-AIDS, epatiti virali, TB, malaria), al quadro clinico (meningiti batteriche, TB, HIB), all'agente eziologico (malaria, TB, meningiti batteriche), alle misure di profilassi pre o post esposizione (malaria, meningiti batteriche, morbillo, HIB), alle caratteristiche dell'ambiente di acquisizione (malaria) e altre ancora.

La Regione Veneto dispone, per l'informatizzazione dei dati, del software **SIMIWEB** finalizzato alla raccolta di segnalazioni e notifiche di malattie infettive secondo il decreto del Ministero della Salute del 15/12/1990. Il software è stato sviluppato dai Sistemi Informatici della Regione Valle d'Aosta in collaborazione con il CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità; inizialmente progettato come sistema in uso nella Regione Valle d'Aosta è stato poi esteso ad altre regioni interessate al suo utilizzo, tra cui la Regione del Veneto.

Il SIMIWEB consente la raccolta delle informazioni, attraverso un unico server WEB, secondo una metodologia comune. Tale software può operare su sei livelli pre-ordinati (medico segnalatore, ASL-SISP, Regione, organi regionali, organi nazionali, amministratore centrale) e i dati sono visibili secondo una competenza territoriale. Il SIMIWEB permette l'intera gestione del sistema di notifiche inclusa la trasmissione dei dati agli organi centrali e il salvataggio dei dati di propria competenza.

Sistema di rilevazione delle coperture vaccinali

Per quanto riguarda le coperture vaccinali e l'andamento dell'attività di vaccinazione delle nuove coorti di nati, la Regione Veneto, oltre al modello 19R, utilizza un'apposita scheda denominata "Allegato C". Si tratta di una rilevazione semestrale (al 31 marzo e al 30 settembre di ogni anno) avviata nel 2008, dopo l'introduzione della sospensione dell'obbligo vaccinale, per le nuove coorti di nati nella Regione Veneto. L'Allegato C consente di monitorare l'andamento delle attività vaccinali, sia per quanto riguarda le vaccinazioni ex-obbligatorie, sia per quanto riguarda quelle facoltative. Attraverso questo sistema è anche possibile valutare l'andamento della campagna vaccinale contro il papilloma virus.

Annualmente viene compilato il modulo ministeriale 19R che fornisce i dati sulle coperture vaccinali e sulle dosi di vaccini somministrati nell'arco dell'anno.

È in itinere il progetto per la realizzazione del software unico regionale per la gestione delle vaccinazioni. Il progetto si propone di garantire alle Ulss la disponibilità di un software finalizzato al supporto e all'automazione dell'insieme completo delle attività di tipo sanitario ed amministrativo connesse alla gestione del processo di vaccinazione della popolazione di riferimento. Ma si propone anche di uniformare le funzioni regionali di programmazione e monitoraggio, attraverso la disponibilità di report aggiornati relativi alle principali dimensioni del fenomeno, soprattutto in termini di volumi di attività e tassi di coperture vaccinale.

Nel mese di gennaio 2009 è stato sottoscritto il contratto con la ditta Onit Group s.r.l., ed è stato acquistato da parte della regione il software che è diventato proprietà della regione e potrà essere offerto in riuso presso altre regioni.

Ad oggi il progetto è stato avviato previa attività di formazione in 7 aziende Ulss : 3, 5, 7, 9, 10, 12, 13 (tra una mese l'attivazione già prevista), 15, 17, 19, 20, 22. La Ulss 6 si sta predisponendo.
E' già stata pianificata la formazione con le Ulss rimanenti.

PASSI

PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) é il sistema di sorveglianza italiano sui comportamenti rischiosi (o vantaggiosi) per la salute della popolazione adulta. Fornisce dati facilmente analizzabili ed usufruibili anche per le singole AULSS. PASSI, ideato dal CCM/Ministero della Salute, è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e, nella nostra Regione, dalla Direzione Regionale Prevenzione. Per l'anno 2009 tutte le Regioni e Province Autonome hanno aderito alla sorveglianza PASSI raccogliendo 39.231 interviste. Nello stesso anno la sorveglianza PASSI è stata effettuata in 18 AULSS della regione Veneto.
PASSI indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolari come ipertensione ed ipercolesterolemia), alle abitudini di vita (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica), all'offerta ed all'utilizzo di strumenti di prevenzione (screening, vaccinazione contro rosolia e influenza) ed alla sicurezza stradale e domestica.
La raccolta dati è effettuata mensilmente con un questionario telefonico di circa cento domande ad un campione di persone tra i 18 ed i 69 anni, estratto casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria delle AULSS venete.

Nuovo Sistema Informativo degli Screening Oncologici

Data la necessità per i programmi di screening di utilizzare un software gestionale adeguato, fin dagli inizi è stata politica della Regione Veneto assicurare alle ULSS un sistema informativo comune. Al punto che nel 2006 la Regione ha provveduto direttamente a sviluppare un proprio software su piattaforma web, ospitata e gestita presso il Sistema Informatico della Regione.
Nel 2009 è continuata l'attivazione presso le ULSS, ma è anche stata realizzata la terza release con numerose applicazioni migliorative, frutto di richieste ed osservazioni raccolte nel tempo da parte degli utilizzatori. Questo aspetto deve essere sottolineato: si tratta di un lavoro collaborativo da parte di numerosi operatori, sia dell'area informatica sia direttamente impegnati negli screening; tutti beneficiano subito e simultaneamente dei miglioramenti introdotti. Si sta compiendo ogni sforzo per completare l'estensione a tutte le ULSS entro il 2011.
Oltre a questo, nel corso del 2009, le altre linee di lavoro sono state:

- testare e attivare il programma di screening citologico con il modulo HPV, prima nell'ULSS 17 e successivamente nelle altre ULSS delle province di Padova e Rovigo;
- sviluppare l'integrazione tra screening mammografico e sistemi gestionali RIS per la refertazione di primo livello; la fase di test si è conclusa presso l'ULSS 13 e sarà disponibile nel corso del 2011.

Nel corso del 2009, l'incarico di assistenza agli utilizzatori e delle attivazioni successive è stato assegnato all'Unità Complessa Sistema Informativo Socio Sanitario della Direzione Regionale Risorse Socio Sanitarie, con conseguente trasferimento del Gruppo Tecnico di gestione software regionale per lo Screening oncologico.

1. **Censimento delle sorgenti e apparecchiature radiogene e delle apparecchiature per risonanza magnetica nucleare.**

Con DGR n. 1760 del 06 luglio 2001 è stato costituito e avviato il "*Programma regionale per il censimento delle sorgenti radiogene*". Tale Centro/Programma regionale, operativo all'interno dell'Azienda ULSS 12 Veneziana, ha tra i suoi vari compiti, quello di predisporre report aggiornati semestralmente in relazione alla consistenza e distribuzione spaziale, per territorio di competenza di ciascuna azienda sanitaria regionale, delle sorgenti radioattive e delle apparecchiature radiogene utilizzate a scopo medico e non da strutture pubbliche e private che, ai sensi della vigente normativa di settore, sono tenute ad effettuare la comunicazione preventiva di pratica (art. 22 del D.Lgs. n. 241/2000) o sono soggette a provvedimento autorizzativo (artt. 27 e 29 del D.Lgs. n. 241/2000). Analogamente il Centro/Programma regionale in questione provvede alla redazione di report, con aggiornamento semestrale, in ordine alla consistenza e distribuzione spaziale, per territorio di competenza di ciascuna azienda sanitaria, delle apparecchiature per risonanza magnetica nucleare utilizzate presso le strutture sanitarie pubbliche e private.

2. **Banca dati regionale rifiuti radioattivi.**

Con DGR n. 1159 del 23 marzo 2010 è stata approvata una specifica convenzione con l'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto finalizzata a disciplinare la costituzione della banca dati regionale informatizzata dei rifiuti radioattivi prodotti sul territorio regionale veneto. Nello specifico, entro un biennio dalla data di sottoscrizione della predetta convenzione, ARPAV provvederà ad effettuare una ricognizione di tutte le pratiche con sorgenti sigillate, con apparecchi contenenti sorgenti sigillate e non sigillate presenti sul territorio regionale veneto e utilizzate a fini sanitari, industriali e di ricerca dalle quali originano rifiuti radioattivi. Sempre entro ventiquattro mesi dalla sottoscrizione della convenzione ARPAV renderà disponibile, per la consultazione, una banca dati, aggiornata semestralmente, dei rifiuti radioattivi derivanti dalle pratiche sopra descritte. Tale banca data sarà consultabile da parte dei soggetti istituzionalmente interessati quali Aziende U.L.S.S., Aziende Ospedaliere, UTG-Prefetture, Direzioni regionali e Dipartimenti Provinciali ARPAV.

3. **Catasto regionale degli impianti per telecomunicazioni.**

Con DGR n. 2689 del 23 settembre 2008 è stata approvata una specifica convenzione con l'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del veneto finalizzata, tra l'altro, a disciplinare la costituzione e l'implementazione del catasto regionale degli impianti per teleradiocomunicazioni contenente specifiche banche dati relative alle caratteristiche tecniche e ai valori di emissione di campo elettromagnetico degli impianti per la diffusione sonora, televisiva e delle stazioni radio-base per la telefonia cellulare.

4. **Dati sulle abilitazioni in materia di impiego di gas tossici**

Le Aziende U.L.S.S. capoluogo di provincia, in base alla sub-delega confermata a mente della DGR n. 731 del 20.3.2007, inviano annualmente alla Direzione Regionale Prevenzione i dati sui nuovi rilasci e sui rinnovi delle abilitazioni all'impiego dei gas tossici.
Le stesse Aziende ULSS provvedono ad organizzare, su base provinciale, lo svolgimento delle sessioni d'esame volte a soddisfare le domande per il rilascio ed il rinnovo dei cosiddetti "patentini" all'utilizzo dei gas tossici.

5. **Dati sulle dichiarazioni di vendita dei prodotti fitosanitari**

Fin dall'anno 2003, sulla base delle DGR n. 3722 del 5.12.2003, n. 3845 del 3.12.2004, n. 945 del 18.3.2005, n. 3243 del 17.10.2006, n. 2987 del 25.9.2007, n. 4184 del 30.12.2008 e n. 2583 del 2.11.2010, è stata garantita la realizzazione del sistema di rilevazione ed archiviazione dei dati di vendita dei prodotti fitosanitari nella Regione Veneto.
L'art. 42, c. 1, del DPR 23.4.2001 n. 290, prevede l'obbligo dei venditori di prodotti fitosanitari di presentare l'annuale dichiarazione di vendita degli stessi prodotti. I dati contenuti in ciascuna dichiarazione sono inseriti in un data base

che, anno dopo anno, fornisce un quadro generale sul fenomeno dell'utilizzazione dei prodotti fitosanitari in ambito regionale nonché la dimensione dell'impiego di ciascun prodotto in commercio e le dinamiche dei singoli contesti territoriali riferite allo stesso fenomeno.

6. Dati attività di controllo su vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari

A partire dall'anno 2003 si è realizzato un sistema di controllo sanitario, programmato a livello regionale, sulle attività di vendita ed impiego dei prodotti fitosanitari, secondo la previsione di cui all'art. 17 del D.Lgs. n. 194 del 17.3.1995.
In base alle Deliberazioni di Giunta Regionale di approvazione dei relativi piani annuali di controllo (DGR n. 3465 del 14.11.2003, n. 1516 del 26.5.2004, n. 940 del 18.3.2005, n. 65 del 17.1.2006, n. 1503 del 22.5.2007, n. 1714 del 24.6.2008, n. 524 del 3.3.2009 e n. 1166 del 23.3.2010), alla Direzione Regionale Prevenzione pervengono dalle singole Aziende ULSS i risultati dell'attività svolta, così da determinare un quadro complessivo dei sopralluoghi effettuati e degli esiti conseguenti.

7. Dati su soggetti idonei all'attività di tatuaggio e piercing

L'iniziativa di tutela igienico-sanitaria connessa ai trattamenti di tatuaggio e piercing nella Regione Veneto ha determinato la realizzazione, dall'anno 2001 ad oggi, di ventidue edizioni del corso finalizzato all'ottenimento dell'idoneità soggettiva allo svolgimento degli stessi trattamenti.
Nel corso degli anni (DGR n. 3831 del 12.12.2003, n. 3933 del 10.12.2004, n. 2986 del 25.9.2007 e n. 4180 del 30.12.2008), all'Azienda ULSS 12 Veneziana – nell'ambito dell'intervento regionale a tutela della salute in riferimento alle attività di tatuaggio e piercing – è stato, tra l'altro, affidato l'incarico di mantenere costantemente aggiornato l'elenco dei soggetti che hanno conseguito l'idoneità suddetta, in virtù del superamento delle prove finali previste a conclusione del corso citato.
Tali dati sono a disposizione della Direzione Regionale Prevenzione.

8. Banca dati impianti natatori

Con l'avvio del "*Progetto Regionale Piscine*", approvato con DGR n. 3583 del 28.11.2003, è stata prevista la costituzione di una banca dati relativa al numero, alla distribuzione territoriale e alle caratteristiche strutturali degli impianti natatori esistenti in ambito regionale.
Tale banca dati, gestita dall'Azienda ULSS 12 Veneziana, cui è stato affidato specifico incarico, è il risultato delle rilevazioni effettuate dalle Aziende ULSS sulle piscine esistenti nel territorio di competenza, ed evidenzia, attraverso una distinzione tra le varie tipologie degli impianti, una panoramica – allo stato attuale ancora in fase di completamento – della realtà delle piscine sul territorio regionale.

Area Sanità animale e Igiene Alimentare

L'attivazione di sistemi di raccolta dati informatizzata e di flussi di dati automatizzati tra le diverse entità coinvolte è presupposto fondamentale per la messa in atto dei sistemi di rintracciabilità lungo la filiera produttiva, previsti dai Regolamenti comunitari in materia di sicurezza alimentare (Reg. 852/04, 853/04, 854/04) e per l'attivazione delle reti di epidemiosorveglianza, previste dalla Dir 97/12/CE. In tale ambito la Regione Veneto persegue da alcuni anni l'obiettivo di realizzare un sistema informativo integrato per la programmazione e la gestione delle attività dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Servizi Veterinari, al fine di creare un modello unico e condiviso tra tutte le entità coinvolte. Il sistema sviluppato, centralizzato e web oriented, consente la registrazione dei dati relativi agli insediamenti produttivi di interesse e la gestione delle attività svolte dai Servizi Territoriali in un unico archivio regionale condiviso.
Il Sistema Informativo Regionale (SIR) trova le sue fondamenta nella Banca Dati regionale (BDR), che gestisce l'anagrafe degli insediamenti produttivi, l'anagrafe delle figure anagrafiche ivi insistenti e l'anagrafe individuale del singolo capo bovino, ivi comprese le movimentazioni, con un flusso dati specificamente istituito con gli stabilimenti di macellazione relativo ai capi macellati. Il livello regionale dialoga in tempo reale con quello nazionale (Banca Dati Nazionale) per ottemperare ai debiti informativi di legge. Il SIR si basa inoltre, per i dati spaziali di georeferenziazione, sul Sistema Informativo Geografico (GIS) Regionale, implementato a partire dalla fine degli anni novanta in Veneto in stretta correlazione con il censimento degli allevamenti e degli impianti produttivi di interesse veterinario e con le basi di dati che, nel tempo, si sono aggiunte alla base informativa data dal "sistema anagrafe".
Il consolidamento della BDR ha consentito lo sviluppo di due procedure "satelliti", GESVET e SIAN-NET, per la gestione delle attività rispettivamente dei Servizi Veterinari e dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione.

Tra i programmi sviluppati è inoltre attiva dal 1998 una procedura integrata per la gestione dei flussi informativi riguardanti le produzioni di latte vaccino. Il sistema elabora i dati relativi alle analisi effettuate dai laboratori accreditati, su delega dei caseifici, sul latte vaccino prelevato in stalla in regime di autocontrollo (DPR 54/97 in seguito abrogato e ricompreso nel Reg. 853/04). Attraverso l'integrazione e lo scambio di dati in tempo reale, esso restituisce agli Utenti del sistema, parte pubblica (SV) e parte privata (caseifici e laboratori), le informazioni in merito allo stato sanitario di ogni conferente. La base informativa del sistema è l'archivio regionale dei conferenti latte, censiti da parte dei SV nella Banca dati Regionale (BDR) e scaricabili via web da parte dei laboratori accreditati. Tutti i programmi realizzati sono stati strutturati nell'ottica dell'interoperabilità delle basi di dati, al fine di consentire la sinergica raccolta di dati di ogni operatore coinvolto, con il conseguente moltiplicarsi delle informazioni disponibili e fruibili dagli operatori stessi. I sistemi ad oggi realizzati si basano tutti sulle tecnologie di Internet (HTTP, SOAP, XML, Web Services) con una logica di forte integrazione (anagrafiche comuni). A tutti i sistemi si accede con autenticazione qualificata tramite smart card che garantisce sicurezza nelle transazioni sul data base. A diverso livello è possibile accedere alle informazioni contenute nel sistema in sola interrogazione.
Le procedure, oggi fruibili in rete dagli operatori sanitari del Veneto, assicurano in tempo reale la disponibilità dei dati, garantendone inoltre l'archiviazione secondo i moderni criteri di sicurezza.
Il sistema informativo della Regione Veneto costituisce quindi un idoneo strumento di lavoro per la gestione e pianificazione delle attività dei Servizi Territoriali, fondamentale in caso di emergenza ed allerta sanitaria; esso assolve inoltre ai debiti informativi nei confronti di Organismi Centrali (Regione, Ministero).
E' necessario attivare una maggiore integrazione tra le procedure previste per i Sevizi veterinari e i SIAN. Inoltre dovrà essere sviluppata una adeguata analisi al fine di adeguare il sistema informativo alle continue modifiche del quadro normativo di riferimento.

Le priorità del PRP 2010-2012:
gli obiettivi e le azioni

QUARTA PARTE

Gli Obiettivi della Prevenzione per gli anni 2010-2012

Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro correlate tramite le seguenti azioni:
Sviluppo di sistemi di sorveglianza sugli infortuni mortali e gravi e sulle malattie professionali per acquisire una documentazione epidemiologica, per migliorare l'efficacia degli interventi e sviluppare interventi di prevenzione. In particolare, assicurando iniziative di contrasto del rischio di infortuni mortali ed invalidanti in edilizia, in agricoltura, nelle aziende a rischio, promuovendo il miglioramento dell'efficacia e efficienza delle inchieste infortuni, programmando l'implementazione dei sistemi informativi regionali di prevenzione e di raccolta dati del registro mesoteliomi;
S*orveglianza degli esposti ed ex esposti a cancerogeni*, amianto e CVM, date le peculiarità storiche di rischio in aree industriali attive o dismesse (Porto Marghera) con vantaggi di utilità clinica (possibilità di efficace diagnosi precoce e controllo dello stato di salute), utilità preventiva (riduzione del rischio aggiuntivo), utilità etico-sociale (possibilità di informazione capillare e contatto individuale) e utilità medico-legale (tempestività di certificazione di malattia professionale, miglioramento del sistema di sorveglianza sulle malattie professionali e correlate al lavoro).

Promuovere la cultura della salute nei confronti dei comparti a rischio (edilizia, trasporti, legno, metalmeccanica, coltivatori diretti) attraverso azioni di sorveglianza sanitaria e di formazione, nelle strutture sanitarie, nei lavoratori autonomi, dei sistemi di gestione della sicurezza tramite azioni di c*omunicazione esterna* rivolta agli stakeholder istituzionali e sociali e ai soggetti professionali impegnati nella prevenzione negli ambienti di lavoro; potenziando gli strumenti web e assicurando il *mantenimento e lo sviluppo della pianificazione regionale attraverso il Comitato regionale di Coordinamento*, art. 7, D.Lgs. 81/08, con interventi coordinati tra Enti e parti sociali in ambito delle attività di promozione della salute della vigilanza verso rischi maggiori e le forme di illegalità del lavoro, garantendo la completa copertura dei LEA di settore.

Prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione tramite azioni dirette a:
raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento in relazione all'approvazione della legge regionale sulla sospensione dell'obbligo vaccinale, con il coinvolgimento della popolazione mediante una più efficace informazione ed un monitoraggio più stretto delle attività vaccinali svolte nelle Aziende ULSS. Si sviluppa tramite le seguenti programmazioni: prevenzione precoce e monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita, rilevazione reazioni avverse a vaccini, sistema informatizzato per la rilevazione delle coperture vaccinali.

Prevenire le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione con azioni dirette a:
ridurre le malattie sessualmente trasmessibili, con particolare riguardo all'infezione HIV;
sostenere il controllo e l'eradicazione delle malattie infettive: è obiettivo regionale promuovere l'effettuazione dei controlli per la profilassi delle malattie infettive attraverso lo sviluppo di protocolli operativi basati sull'analisi del rischio.
Ridurre le malattie infettive a notevole incidenza, migliorando la sorveglianza in Sanità Pubblica potenziando le sue tre caratteristiche fondamentali: raccolta sistematica dei dati, aggregazione e analisi dei dati raccolti, ritorno e diffusione delle informazioni.
Limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione, aumentando la sensibilità della sorveglianza delle febbri in pazienti rientrati da soggiorni tropicali con particolare riferimento alle arbovirosi. Individuare precocemente casi autoctoni di arbovirosi potenzialmente trasmesse da zanzare presenti nel territorio regionale.

Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto: proseguire con i programmi di screening di massa per il cancro del seno, della cervice uterina e del colon-retto per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche con l'obiettivo di consolidare il raggiungimento di uno standard regionale minimo che elimini le disomogeneità sul territorio. Incrementare la partecipazione e l'accesso agli screening nella popolazione generale e nei sottogruppi specifici della popolazione, attivare su macroaree l'utilizzo del test HPV Dna come test di primo livello del tumore della cervice uterina, controllare la qualità delle diagnosi delle mammografie, e attivare un software unico per la gestione dei programmi di screening, e infine accreditare i programmi di screening nelle Aziende ULSS.

Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, attraverso screening di popolazione per l'identificazione precoce di ipertensione, ipercolesterolemia, anche in associazione a scorretti stili di vita. L'individuazione di percorsi personalizzati per la modifica dello stile di vita e, se necessario, l'avvio ad un percorso terapeutico per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi

costi-benefici dei diversi principi attivi; prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari.

Promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le complicanze e le disabilità per patologie cronico-degenerative: attuare specifici progetti di prevenzione primaria e di promozione della salute in accordo con il Programma Ministeriale "Guadagnare Salute", finalizzati a diffondere una cultura condivisa basata su scelte di vita salutari. Gli ambiti di azione riguardano i quattro principali fattori di rischio con programmi specifici e intersettoriali per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta; incremento dell'attività motoria, con riguardo alla popolazione giovane-adulta; prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile; riduzione dei consumatori di alcol a rischio.
Sorveglianza epidemiologica e sicurezza nutrizionale, realizzare un sistema di sorveglianza regionale coordinato su sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica della popolazione in età infantile. Educare e promuovere la salute in ambito alimentare attraverso l'integrazione e la produzione di un metodo standardizzato per l'educazione alimentare a scuola; sviluppo di un percorso formativo specifico per gli operatori del SIAN al fine informare e formare la popolazione sull'importanza delle scelte alimentari corrette e sull'uso degli integratori alimentari.
Ristorazione collettiva sociale: favorire nella ristorazione collettiva sociale la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette.
Consulenza dietetico – nutrizionale: migliorare la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi di consulenza dietetico-nutrizionale dei SIAN, al fine di prevenire l'insorgenza della condizione di sovrappeso/obesità e delle malattie croniche nella popolazione.

Prevenire gli eventi infortunistici in ambito domestico e stradale
Per quanto riguarda *gli infortuni stradali,* le attività di prevenzione sono finalizzate da una parte ad aumentare la prevalenza di persone con comportamenti corretti alla guida, con particolare attenzione ai genitori, dall'altra a diminuire il numero di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol, attraverso attività di sensibilizzazione sia nella popolazione che negli operatori sanitari. *Nell'ambito domestico,* gli interventi di prevenzione hanno come obiettivo la diminuzione degli eventi traumatici da caduta negli anziani e per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni, attraverso la formazione e la sensibilizzazione dei genitori.

Prevenire le patologie da esposizione professionale e non professionali, ad agenti chimici, fisici e biologici:
garantire la sicurezza sanitaria in alcune nuove attività quali il tatuaggio e piercing che possono causare l'insorgenza di gravi patologie infettive e allergie. Sviluppare un'indagine nel settore del controllo sui cosmetici al fine di evitare patologie-allergie determinate dall'uso di tali prodotti tali da essere nocivi per la salute. L'obiettivo principale sarà quello di individuare le situazioni non conformi e di organizzare gli interventi più efficaci a tutela della salute pubblica.
Ridurre l'esposizione a fattori di rischio ambientali esterni tramite il monitoraggio e l'individuazione di azioni preventive (es. azioni di bonifica).
Riduzione dell'esposizione della popolazione alle radiazioni non ionizzanti utilizzate nel campo delle teleradiocomunicazioni (impianti radio, impianti TV e stazioni radio-base per la telefonia cellulare), attraverso mirate campagne di monitoraggio con l'utilizzo di centraline di rilevamento. Per ciò che attiene al settore del trasferimento dell'energia elettrica e alla sua trasformazione, l'attenzione sarà particolarmente mirata al monitoraggio delle cabine di trasformazione.
GAS RADON: continuare in un'attività capillare per l'individuazione delle aree regionali ad alta concentrazione di e relative misurazioni, con particolare attenzione alle scuole (fino alle scuole secondarie di primo grado).
Prodotti FITOSANITARI: proseguire nell'attività di verifica della commercializzazione formando utilizzatori e venditori.
Normativa "REACH: diffonderne la conoscenza *p*er garantire l'effettuazione dei controlli sulle sostanze chimiche. Sperimentare l'utilizzo della valutazione di *impatto sanitario VIS* a supporto dell'espressione dei pareri da parte dei Dipartimenti di Prevenzione nelle Conferenze dei Servizi.

Ridurre l'esposizione a fattori di rischio ambientali indoor, continuare nell'attività da parte delle Aziende ULSS e dei Dipartimenti di ARPAV, di monitoraggio degli inquinanti indoor.

Assicurare la radioprotezione in ambito sanitario: mediante specifiche attività finalizzate a favorire la protezione degli operatori e dei pazienti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti utilizzate in campo medico.

***Sostenere le fasce deboli**: accertamenti sanitari* a seguito della riforma introdotta dalla Legge n. 102/2009.

Garantire interventi di Igiene pubblica conseguenti l'entrata in vigore della legge regionale n. 18 del 2010 sulle "*Norme in materia funeraria*".

Prevenire le zoonosi e malattie emergenti, contribuire alla prevenzione e al controllo delle zoonosi presenti allo stato endemico nel territorio regionale e supportare gli interventi per la loro individuazione precoce e controllo delle malattie emergenti di interesse economico. Identificare precocemente la presenza delle malattie animali e l'attivazione di idonee misure di intervento e acquisire i dati epidemiologici che, opportunamente elaborati, consentono di individuare i fattori di rischio correlati alla persistenza e alla diffusione dell'infezione.
Sviluppo del Piano Regionale Integrato dei Controlli: realizzazione di un sistema di controllo sulla igiene alimentare, sanità animale ed igiene allevamenti sviluppato in modo omogeneo e integrato sulla base di una valutazione del rischio ed effettuati secondo una metodologia comune. Valutare la qualità igienica-sanitaria delle produzioni campionate in relazione al rispetto degli standard normativi e al rischio per la salute umana.
Piano di farmacosorveglianza negli allevamenti: elaborazione di protocolli operativi per veterinari e allevatori coinvolti nella gestione dei medicinali veterinari al fine di semplificare le procedure gestionali e rendere più efficiente, efficace ed omogenea l'attività di farmacosorveglianza effettuata dai servizi veterinari delle Az.Ulss.
Promuovere la lotta agli animali infestanti: ridurre la contaminazione da infestanti o da principi attivi utilizzati per il loro controllo nelle derrate alimentari, attraverso la riduzione dei vettori di trasmissione di zoonosi o di malattie degli animali. Promuovere, anche, la diminuzione delle intossicazioni primarie e secondarie degli animali non target.

Assicurare il Benessere animale in allevamento: ridurre il rischio di diffusione di malattie infettive legate ad un'impropria commercializzazione o con un inadeguato utilizzo nell'alimentazione animale.

Prevenire le malattie determinate dagli alimenti ivi compresa l'acqua e prevenire le tossinfezioni alimentari: attraverso il monitoraggio della completezza dei dati raccolti attraverso i flussi informativi già attivi e l'integrazione dei flussi stessi.
Qualità microbiologica dei corsi d'acqua utilizzati a scopo irriguo – sviluppo della caratterizzazione ed informazione: migliorare la conoscenza della qualità microbiologica dei corsi d'acqua utilizzati a scopo irriguo.
Indagini sulle infestazioni da parassiti su produzioni alimentaIr: tutelare il consumatore nei confronti del pericolo di parassiti assunti con alimenti: in particolare per quanto attiene i prodotti della pesca (pesce azzurro crudo o marinato crudo) in ambito locale.
Tutela igienico-sanitaria delle piccole produzioni locali: garantire la sicurezza igienico sanitaria dei prodotti della categoria PPL.

Nel PIANO OPERATIVO vengono esplicitate le priorità individuate con le progettazioni specifiche al fine di adempiere agli obiettivi fissati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012