

Relazione  
Socio Sanitaria  
della Regione del  
Veneto



Parte Seconda:

Attività di  
Prevenzione

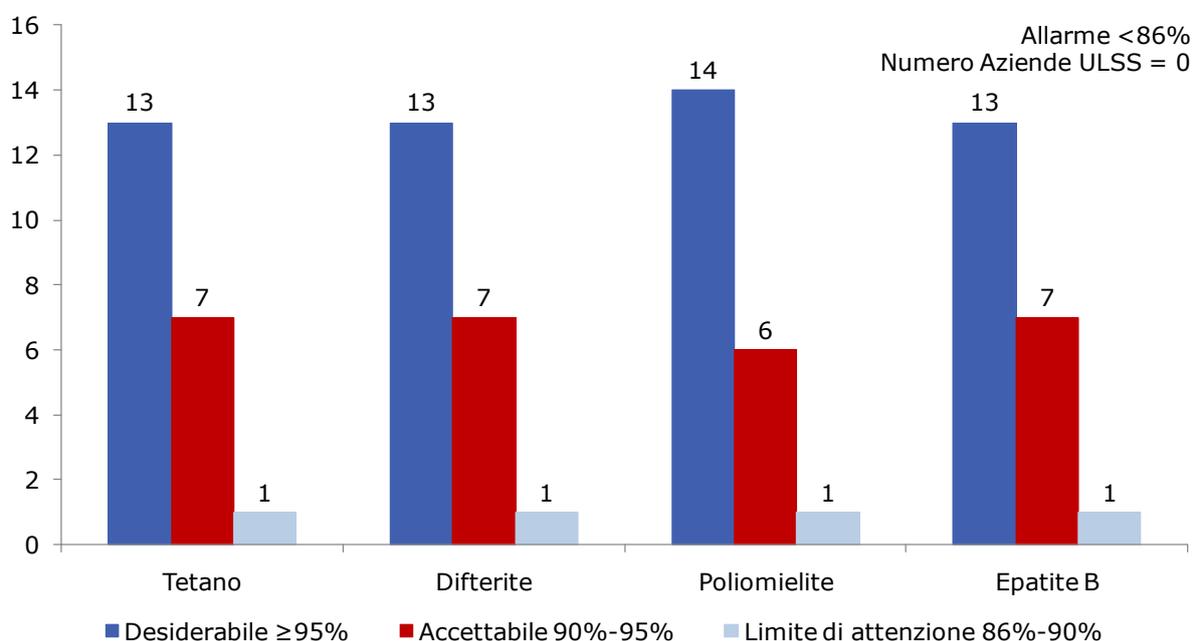
Anno 2011  
(dati 2008-2010)

Questa sezione ha lo scopo di descrivere e analizzare le attività di prevenzione implementate dalla Regione del Veneto nel periodo considerato

## 2.1 Sospensione dell'obbligo vaccinale: una scelta consapevole

In seguito all'entrata in vigore della legge regionale 23 marzo 2007, n. 7 recante: "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva", si sono intensificati i monitoraggi sulle coperture vaccinali che attualmente prevedono, oltre alla rilevazione annuale richiesta dal Ministero della Salute, altre due rilevazioni semestrali. L'analisi dei dati evidenzia che la legge regionale suddetta, la cui efficacia si è esplicitata a partire dal 1° gennaio 2008, con i nuovi nati, non ha influito sui livelli di copertura vaccinale. Nel Veneto, infatti, i tassi si mantengono al di sopra della soglia del 95,0% prevista dal Piano Nazionale Vaccini. Dalle precedenti rilevazioni si osserva che il livello di copertura per il vaccino esavalente per l'intera coorte dei nati nel 2008 è pari al 95,2%. Al 30/09/2009, il tasso di copertura per la seconda dose di vaccino esavalente risulta pari al 96,0% circa e fa riferimento alla coorte di nati nel secondo semestre del 2008, poco più del 93,0% dei bambini nati nel primo semestre dello stesso anno invece ha completato il ciclo di vaccinazione (3 dosi).

Numero di Aziende ULSS della Regione del Veneto classificate rispetto al livello di copertura per le vaccinazioni contro tetano, difterite, poliomielite ed epatite B. Nati primo semestre 2009. Dati al 30/09/2009 (Fonte: Direzione Prevenzione)



Per i nati nel primo semestre del 2009 le coperture vaccinali variano dal 95,1% per le malattie invasive da Haemophilus influenzale tipo B (Hib) al 95,4% per l'Epatite B. La richiesta del vaccino singolo al posto dell'esavalente rappresenta un fatto sporadico ed è

108

maggiore nelle Aziende ULSS 13 Mirano Dolo, 9 Treviso e 22 Bussolengo. La mancata vaccinazione antipolio è registrata in un numero di bambini sovrapponibile a quello della rilevazione precedente. Tuttavia, questo fenomeno è concentrato in aree circoscritte a poche Aziende ULSS e nella quasi metà dei casi si tratta di ritardi alla vaccinazione, mentre la quota di rifiuti definitivi è pari allo 0,8%. Rispetto ai livelli di copertura per le vaccinazioni precedentemente obbligatorie, due Aziende ULSS su tre mantengono livelli di copertura desiderabili ( $\geq 95,0\%$ ) per le vaccinazioni contro tetano, difterite, poliomielite ed epatite B. In particolare non esistono situazioni di allarme ma una sola situazione di attenzione storicamente nota e stabile. Nel 2009 la Regione del Veneto ha attivato il Piano di Monitoraggio del Sistema Vaccinale con l'obiettivo di monitorare gli effetti della sospensione dell'obbligo vaccinale secondo tre principali direttrici, quali: a) la garanzia delle condizioni di tutela della salute pubblica; b) la considerazione dell'impatto sul sistema vaccinale regionale; c) l'attenzione all'opinione pubblica. Il Piano intende monitorare anche l'impatto della sospensione dell'obbligo vaccinale sull'offerta dei servizi, fornendo ai decisori politici 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. Accanto al Piano di Monitoraggio vengono 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 condizioni di attenzione o allarme. Con l'entrata in vigore del Piano, la Regione ha quindi adottato una serie di disposizioni atte non solo a monitorare la situazione vaccinale dopo l'introduzione della sospensione dell'obbligo, ma anche ad intervenire in modo adeguato e tempestivo qualora insorgessero situazioni critiche. Con la sospensione dell'obbligo vaccinale è stato quindi richiesto un maggiore impegno da parte di tutte le strutture vaccinali. Alla luce dei dati raccolti e alla elaborazioni presentate nel documento "Report Monitoraggio Sospensione Obbligo Vaccinale Regione Veneto" previsto dal Piano, emerge come si è detto che le coperture vaccinali per le coorti di nuovi nati persistono sostanzialmente al di sopra della soglia richiesta. Ciò è frutto anche del buon lavoro svolto dai Servizi Vaccinali del territorio. Infatti, 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 per l'attivazione del suddetto percorso tecnico-scientifico e politico per il superamento della distinzione tra vaccinazioni "obbligatorie" per legge e vaccinazioni "non obbligatorie". In tal senso vale la pena di ricordare che le vaccinazioni rappresentano uno dei più importanti successi della Sanità Pubblica ed il Veneto ha rappresentato la Regione leader e capofila su questo tema dando un contributo determinante anche per l'approvazione del Piano Nazionale Vaccini.

## 2.2 Sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

Il Ministero della Salute ha innovato negli ultimi anni il sistema di notifica delle malattie infettive e diffuse. Tale rinnovamento ha innanzitutto implicato una modifica dell'elenco delle malattie da sottoporre a sorveglianza, raggruppandole poi in cinque classi. Per ciascuna classe il Ministero ha inoltre predisposti modelli diversi che le Aziende ULSS devono utilizzare per la denuncia.

Classi	Tempi di segnalazione del medico alla Azienda Sanitaria e tipologia del Modulo	Malattie
<b>Prima</b> - Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette al Regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse	Entro 12 ore con Modulo Classe Prima	Colera, botulismo, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, influenza con isolamento virale, febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola), rabbia, peste, tetano, poliomielite, trichinosi, tifo esantematico, difterite
<b>Seconda</b> - Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo	Entro 48 ore con Modulo Classe Seconda	Blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonella, epatite virale A, B, NANB, epatite virale non specificata, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi cutanea, leishmaniosi viscerale, leptospirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale, meningite meningococcica, morbillo, parotite, pertosse, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, rosolia, salmonellosi non tifoidee, scarlattina, sifilide, tularemia, varicella
<b>Terza</b> - Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni	Entro 48 ore con Modulo Classe Terza	AIDS, lebbra, malaria, micobatteriosi non tubercolare, tubercolosi
<b>Quarta</b> - Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'unità sanitaria locale solo quando si verificano focolai epidemici	Entro 24 ore con Modulo Classe Quarta	Dermatofitosi (tigna), infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi, scabbia

La Classe **Quinta** comprende le malattie infettive e diffuse notificate all'Azienda Sanitaria e non comprese nelle classi precedenti, incluse zoonosi. Le notifiche di Classe Quinta vengono comunicate annualmente, in un riepilogo, al Ministero. Solo quando assumano le caratteristiche di focolaio epidemico, devono essere segnalate con le modalità previste per la Classe Quarta (Fonte: Ministero della Salute).

Il sistema di sorveglianza di Sanità Pubblica delle malattie infettive della Regione del Veneto è costituito da un serie di flussi informativi interconnessi tra di loro il cui livello di

110

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. 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 altre Regioni o i diversi Paesi l'incidenza delle malattie infettive. La valutazione delle schede di dimissione ospedaliera consente, per le malattie più gravi, una ulteriore fonte indipendente di informazione. Questa seconda fonte permette di aumentare la sensibilità del sistema attraverso l'identificazione di casi non notificati e di stimare l'incidenza vera e la efficacia dei flussi informativi. Da questo punto di vista, i sistemi "generalisti" 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. Nel Veneto sono stati pertanto istituiti *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. In questa direzione va anche l'istituzione nella nostra Regione del *Centro Regionale di Riferimento per la genotipizzazione ed epidemiologia molecolare degli agenti da infezione per la diagnostica microbiologica e virale* presso il Laboratorio di Microbiologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Tale Centro nasce al fine di consentire un'adeguata organizzazione della rete dei laboratori e la centralizzazione delle procedure diagnostiche in un unico laboratorio, migliorando la qualità delle prestazioni. Oltre a ciò, dal 2006 ogni Azienda ULSS inserisce tempestivamente nel Sistema Informatizzato Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (SIMIWEB) tutte le segnalazioni e le notifiche di malattia infettiva. Il Servizio Sanità Pubblica e Screening utilizza poi i dati del SIMIWEB per effettuare i riepiloghi dei casi denunciati per Provincia, classe di età e sesso e ad inviarli, mensilmente, al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e all'ISTAT. Su queste basi, possiamo osservare le seguenti situazioni specifiche:

#### *Botulismo*

Il botulino è una malattia neuropatica caratterizzata da una paralisi flaccida acuta, febbrile, simmetrica e discendente. Ne esistono tre categorie: da avvelenamento da cibo, da ferita e da infezione.

### *Risultati*

Nell'agosto 2009 è stato notificato dall'Azienda Ulss 15 Alta Padovana un focolaio epidemico di tossinfezione da botulino che ha richiesto il ricovero ospedaliero di tre persone. Dall'inchiesta epidemiologica è emerso che tutti i soggetti sintomatici avevano partecipato ad un pranzo in famiglia. Durante il banchetto erano state consumate pietanze a base di pesce. Le materie prime consistevano in prodotti freschi cotti e serviti caldi ad eccezione delle "sarde in saor" preparate in casa e servite a temperatura ambiente. Non è stato possibile determinare con certezza l'alimento fonte di contagio in quanto non sono stati reperiti avanzi di cibo da sottoporre ad analisi di laboratorio ed il rischio relativo per singolo alimento consumato non era statisticamente significativo. Tutti i partecipanti al pranzo sono stati sottoposti a sorveglianza clinica per 10 giorni e nessun altro caso si è manifestato nel periodo di sorveglianza. Due dei tre pazienti sono stati trattati con siero antibotulino e dopo remissione dei sintomi sono stati dimessi. Il terzo dopo il miglioramento della sintomatologia si è autodimesso per motivi personali.

### *Epatiti virali acute*

Le epatiti virali acute sono delle infezioni a danno del fegato che, pur avendo quadri clinici simili, differiscono dal punto di vista epidemiologico ed immuno-patogenetico. Le epatiti determinate dai cosiddetti virus epatici maggiori sono l'epatite A, l'epatite B, l'epatite C, l'epatite D (Delta) e epatite E. In circa il 10-20% dei casi tuttavia l'agente responsabile dell'epatite resta ignoto. Esistono altri virus epatotropi, quali il virus G, il virus TT ed ultimamente il SEN virus, ma il loro ruolo come agenti causali di epatite è tuttora in fase di studio.

L'epatite A è provocata dal picornavirus HAV la cui trasmissione avviene per via feco-orale. In genere il contagio avviene per contatto diretto da persona a persona o mediante gli alimenti crudi, soprattutto molluschi, contaminati con materiale fecale contenente il virus. Raramente si sono osservati casi di contagio per trasfusioni di sangue o prodotti derivati.

L'epatite B è causata dal virus HBV e se ne conoscono 6 genotipi (A-F). La trasmissione avviene attraverso i liquidi biologici e pertanto può avvenire attraverso la via parenterale o la via sessuale.

Anche per il virus responsabile dell'epatite C (HCV) esistono 6 genotipi diversi e il contagio può avvenire per via parenterale o sessuale. Mentre per le epatite di tipo A e B è disponibile un vaccino, ad oggi non esiste ancora una vaccinazione antiepatite C e

l'utilizzo di immunoglobuline non si dimostra efficace. Le uniche misure preventive restano quindi quelle relative all'osservanza delle norme igieniche, alla sterilizzazione degli strumenti utilizzati per gli interventi chirurgici e per i trattamenti estetici, all'utilizzo di materiali monouso, alla protezione nei confronti di rapporti sessuali a rischio.

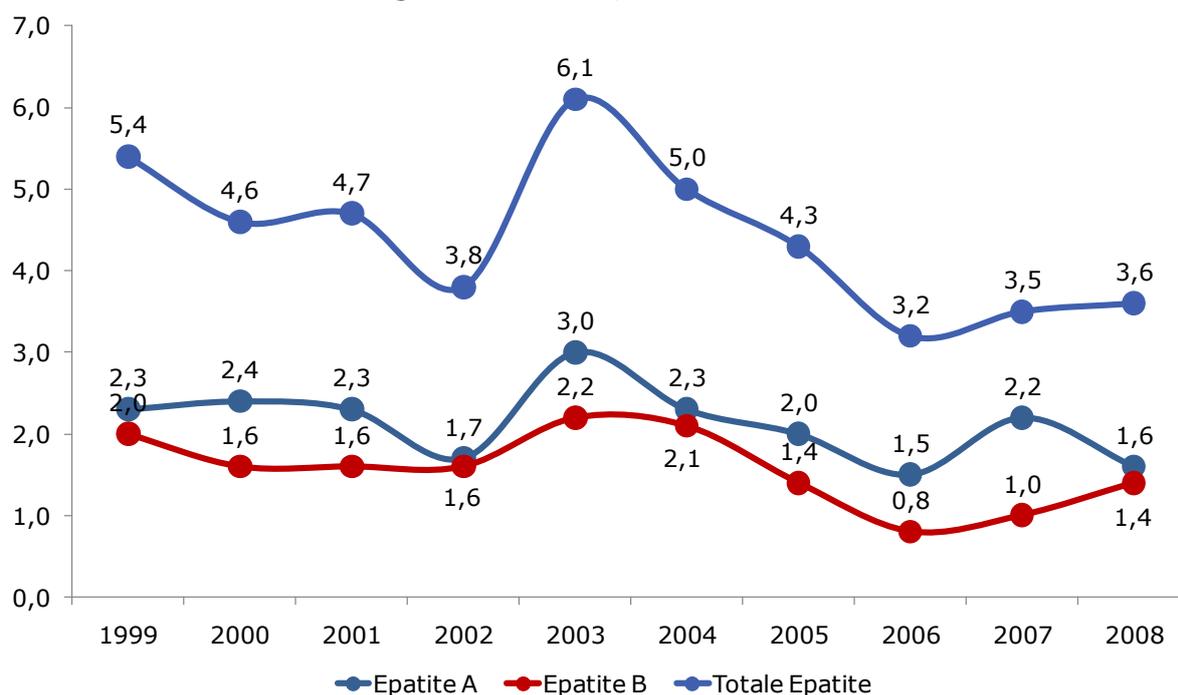
Ecco allora che il sistema di Sorveglianza Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) è stato istituito dall'Istituto Superiore di Sanità con lo scopo di stimare il contributo dei diversi fattori di rischio per i vari tipi di epatite virale per definire le misure preventive alle quali dare priorità nel controllo di queste infezioni.

### *Risultati*

Nell'ultimo decennio (1999-2008) sono stati notificati un totale di 2.076 casi di epatite virale acuta tra i residenti nella Regione del Veneto (di cui 174 notificati nel solo anno 2008). 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 Aziende Ulss che hanno notificato un maggior numero di casi di malati sono la 20 di Verona e la 12 Veneziana, mentre quelle che hanno segnalato il minor numero di affetti da epatite sono la 17 Este, 10 Veneto Orientale 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. Se consideriamo l'età 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

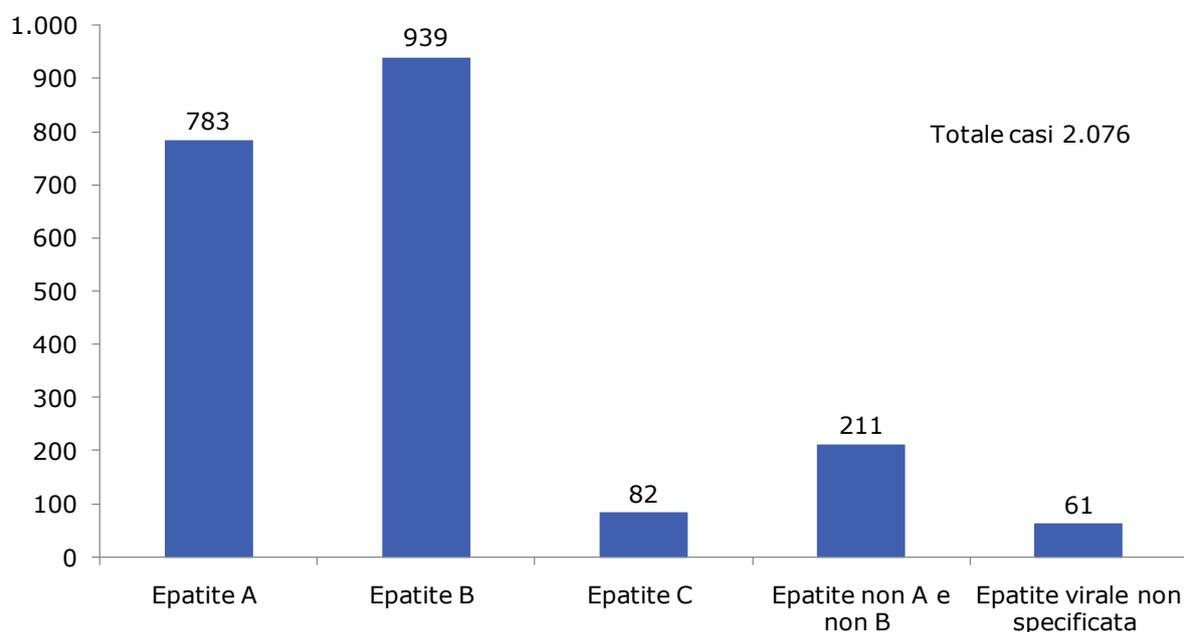
anni. Confrontando i tassi di notifica a partire dall'anno 2002. Si osserva una costante riduzione per quello relativo agli stranieri (si passa da 16,6 casi ogni 100.000 abitanti nel 1999 a 7,2 casi nel 2008). Il picco per la popolazione autoctona è pari a 5,6 casi ogni 100.000 residenti (nel 2003), mentre il minimo è stato registrato nel 2006 (2,9 casi ogni 100.000 abitanti). Nell'ultimo anno considerato (2008) il tasso di notifica per gli italiani è di 3,3 casi ogni 100.000 residenti.

Tassi di notifica dei casi di epatite A e B e totale per 100.000 abitanti.  
Regione del Veneto, anni 1999-2008



113

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 precedente, 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.

Casi di epatite per tipologia. Residenti nella Regione del Veneto.  
Totale relativo agli anni 1999-2008

**114** 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 straniera. 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.

### *Lebbra*

La lebbra è una malattia infettiva che si manifesta in individui suscettibili dopo l'infezione con il *Mycobacterium lepre*, bacillo acido resistente (BAR). Dopo una lunga incubazione le manifestazioni colpiscono soprattutto la cute e i tronchi nervosi periferici e (nel caso di pazienti lepromatosi) vie aeree superiori. La scheda di notifica di nuovo caso segue il percorso diagnostico del paziente. Il medico che osserva un caso o un sospetto di Morbo di Hansen, invia il paziente e la segnalazione al centro territoriale competente per territorio. Il centro territoriale, dopo l'approfondimento diagnostico, nei casi in cui il sospetto sia fondato, provvede ad avviare il paziente presso uno dei centri di riferimento nazionale e ad inviare, presso lo stesso centro, la scheda di notifica di nuovo caso, compilata nelle sezioni A e B. Il centro di riferimento, una volta confermata la diagnosi, completa la scheda di notifica di nuovo caso, compilandone la sezione C, e ne trasmette una copia al centro territoriale che ha inviato il paziente, una copia alla regione in cui è dislocato il centro territoriale ed una al Ministero della Salute. Il centro territoriale, a sua volta, invia una copia della scheda di notifica, completa in tutte le sezioni, all'azienda sanitaria locale competente per territorio.

### *Legionellosi*

L'infezione da *Legionella* spp. presenta due manifestazioni cliniche: la Febbre di Pontiac con sintomatologia semil-influenzale e la Malattia dei Legionari. Quest'ultima è una malattia respiratoria (polmonite) da lieve a progressiva con febbre, tosse, di stress respiratorio fino ad insufficienza respiratorie e morte. Nel 1983 (DM 07.02.83) il Ministero della Sanità ha incluso la legionellosi tra le malattie infettive e diffuse soggette ad obbligo di denuncia. Data la necessità di promuovere la raccolta di informazioni più accurate, l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato un Programma nazionale di sorveglianza e l'istituzione del Registro Nazionale della Legionellosi. Con successiva C.M. del 29.12.1993 ha ribadito che ogni qual volta sia diagnosticato un caso di legionellosi, la scheda di sorveglianza, compilata in ogni sua parte deve essere inviata all'Istituto Superiore di Sanità. Parallelamente al sistema di sorveglianza dei casi italiani, esiste un programma di sorveglianza internazionale (European Working Group for Legionella Infections, EWGLINET) iniziato nel 1986 e coordinato fino al 1993 dal National Bacteriology Laboratory di Stoccolma e successivamente dall'Health Protection Agency (HPA), Communicable Disease Surveillance Centre (CDSC) di Londra. Il sistema raccoglie informazioni relative ai casi di malattia dei legionari associati a viaggi che si verificano nei

cittadini dei 36 Paesi partecipanti al programma. Il sistema di sorveglianza italiano comunica allo EWGLI i dati relativi ai casi di legionellosi acquisita da cittadini italiani sia durante i viaggi in Italia che all'estero e da cittadini stranieri che hanno soggiornato in Italia.

### *Leptospirosi*

La leptospirosi è provocata da spirochete del genere *Leptospira*. È una malattia acuta febbrile con diverse manifestazioni cliniche derivanti da una vasculite. La gravità dei sintomi va da una malattia che guarisce spontaneamente (nel 90% dei casi circa) ad una forma letale con ittero, insufficienza renale e polmonite emorragica. L'andamento della malattia è tipicamente bifasico, con una setticemia acuta che dura una settimana, seguita da una fase immunomediata.

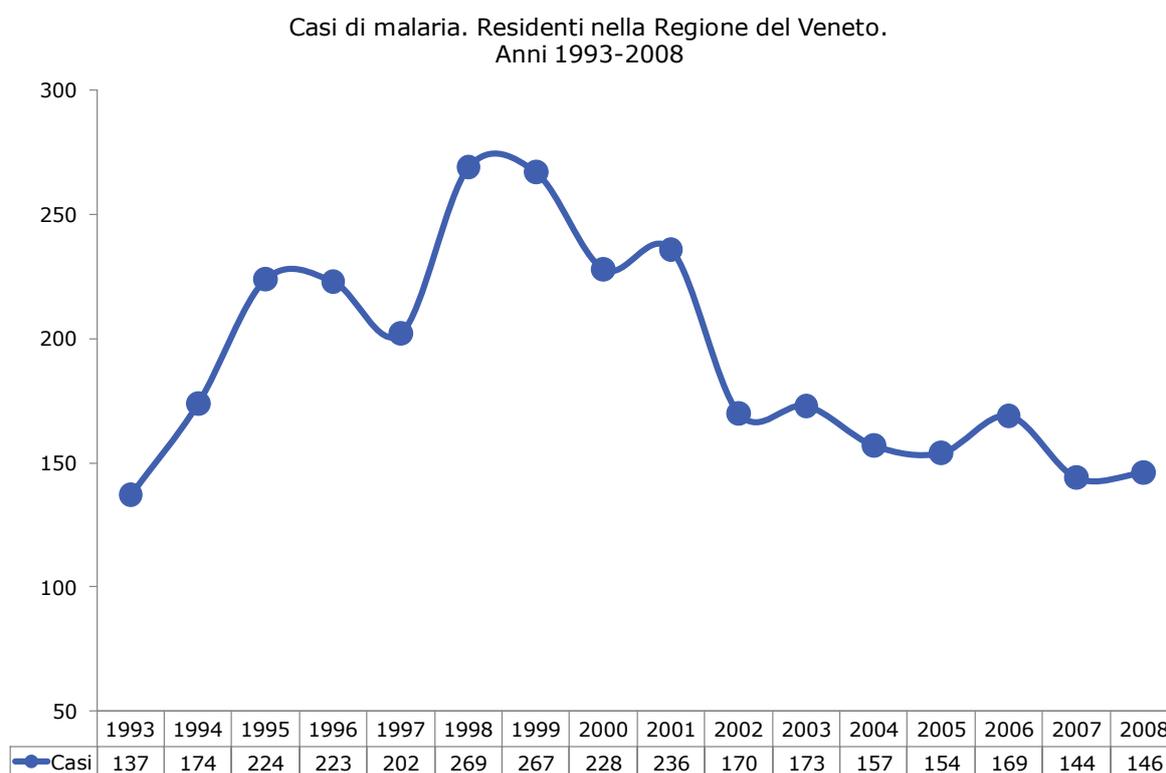
### *Malaria*

La malaria è una malattia parassitaria causata da una delle quattro specie di protozoi del genere *Plasmodium*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae*; l'infezione è generalmente trasmessa dalla puntura di una zanzara *Anophele* infetta. Dal 2007 anche il *P. knowlesi* è stato documentato come causa di infezione umana, in alcuni mortale, nel sud-est asiatico. La sintomatologia classica prevede l'insorgenza improvvisa di febbre elevata, brividi, sudorazione, cefalea, mialgia; talvolta compaiono anche sintomi di tipo gastroenterico (nausea, vomito, diarrea), tosse, artralgia, dolori addominali e lombari. Le complicanze gravi più comuni sono anemia, trombocitopenia, emolisi con ittero, epatosplenomegalia. La forma severa, prevalentemente dovuta al *P. falciparum* (febbre terzana maligna), è caratterizzata da convulsioni, confusione mentale (malaria cerebrale), insufficienza renale, sindrome da stress respiratorio (ARDS), coma e morte. Il rischio di malaria è elevato in larghe aree dell'Africa, del centro e del sud America, dell'Asia, di parte dei Caraibi, Europa orientale e Pacifico sud-occidentale. Le Aziende ULSS inviano al Servizio Sanità Pubblica e Screening della Direzione Prevenzione una copia della scheda del flusso informativo della malaria gestito dall'Istituto Superiore della Sanità per raccogliere informazioni più approfondite sulle modalità di attuazione delle misure di prevenzione della malaria.

### *Risultati*

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. La quasi totalità dei casi di malaria è da imputare al *Plasmodium falciparum*. La valutazione dell'andamento stagionale dei casi nella nostra Regione mostra un picco di

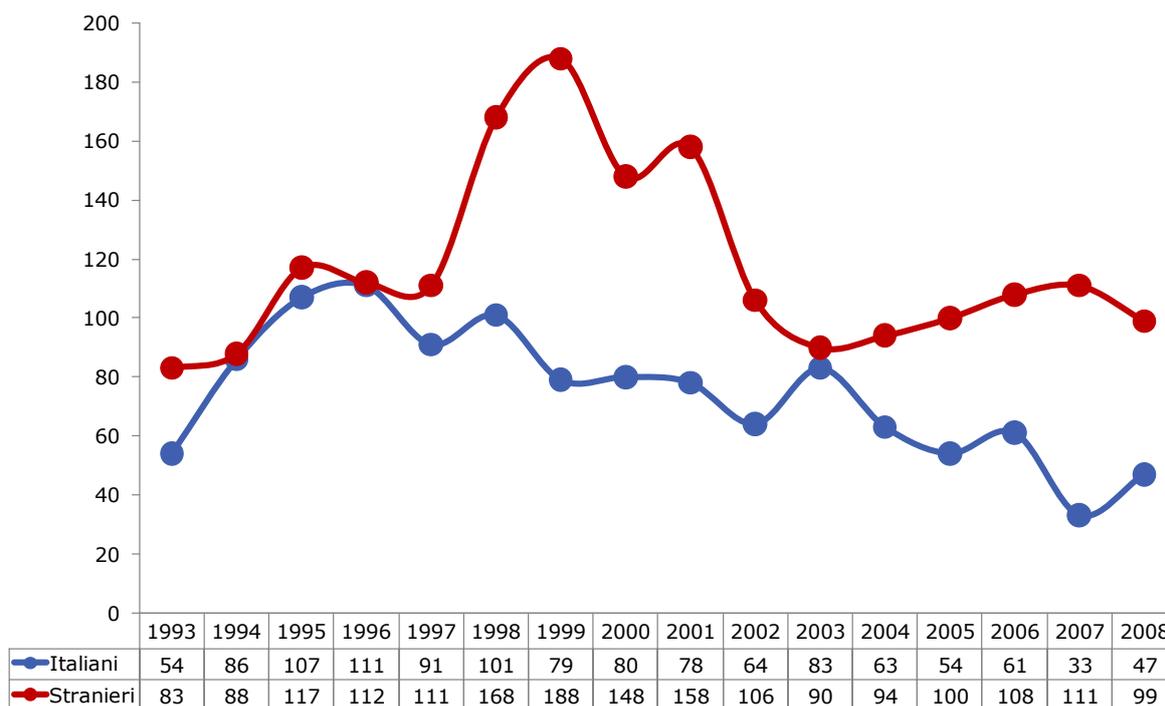
notifiche nel periodo di fine estate (agosto-settembre) tra gli stranieri, dovuto al rientro nei paesi di origine durante la chiusura delle attività produttive, come riportato in letteratura. Per quanto riguarda il totale degli italiani, invece, si è riscontrata una maggiore omogeneità di notifiche nel corso dei diversi mesi, seppur con maggior frequenza in agosto-settembre e gennaio.



Secondo i dati raccolti per l'anno 2008 e riferiti alla Regione Veneto, più dei due terzi 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. Sono in forte aumento i bambini figli di immigrati nati in Italia, che si recano in zone endemiche: questi soggetti sono più a rischio di sviluppare una malaria grave in quanto privi di immunità. Stiamo assistendo inoltre ad un aumento delle donne gravide che fanno ritorno nei loro paesi di origine: una malaria contratta in gravidanza mette in maggior pericolo la vita della madre ed è inoltre responsabile di possibili danni al feto, quali aborto e basso peso alla nascita. Diventa dunque di fondamentale importanza informare le famiglie sui rischi per i bambini e le donne sui possibili rischi di contrarre una malaria in gravidanza, consigliando vivamente una profilassi comportamentale ed una chemiopprofilassi, qualora non persistano controindicazioni. 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 chemiopprofilassi ridurrebbe in maniera drastica la morbilità di questa patologia.

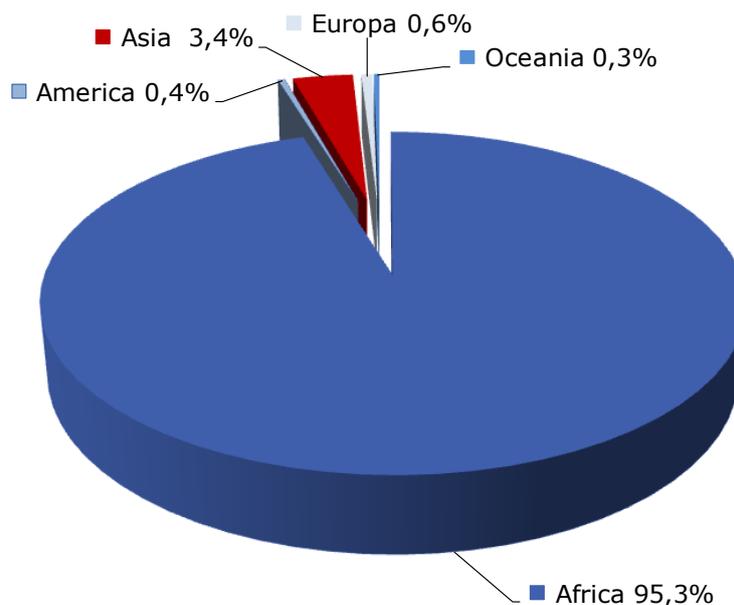
Casi di malaria in italiani e stranieri nella Regione del Veneto.  
Anni 1993-2008



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. I dati del 2008 mostrano un lieve aumento dei casi di malaria negli italiani anche se quasi il 70% dei casi registrati riguarda gli stranieri. Gli ambulatori di profilassi per i viaggiatori

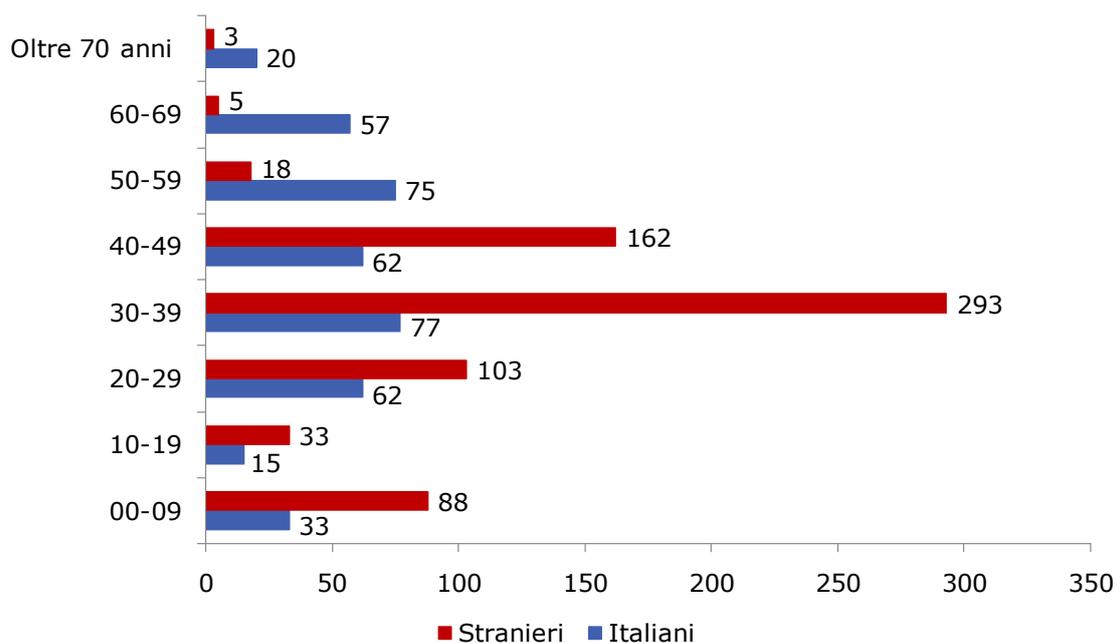
internazionali forniscono ai viaggiatori informazioni utili su tutte le malattie trasmissibili e per la malaria in relazione alla Paese ed alla tipologia di viaggio (studio, lavoro, turismo, missione, ecc) e conseguentemente di esposizione forniscono informazioni e prescrivono la profilassi antimalarica prevista per la zona di destinazione.

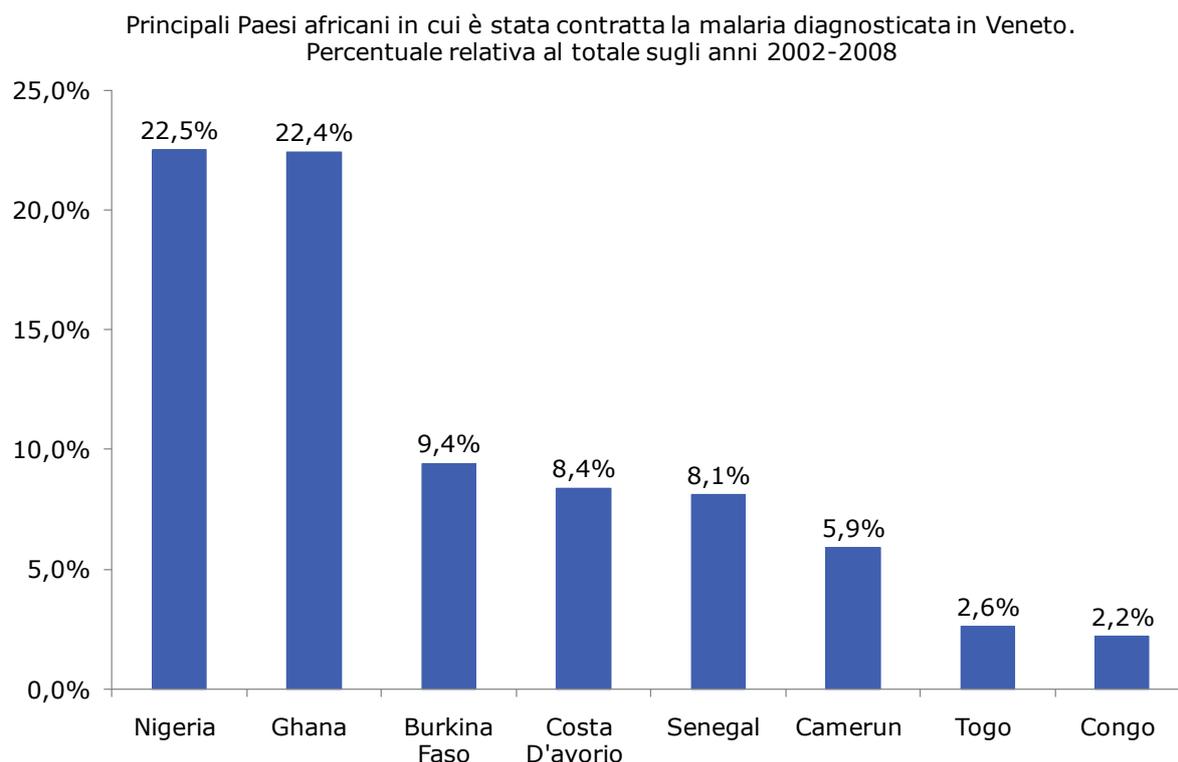
Aree di infezione dei casi di malaria diagnosticati nel Veneto.  
Anni 2002-2008



119

Casi di malaria per classi di età nel Veneto.  
Anni 2002-2008





## 120 *Morbo di Creutzfeldt-Jacobs*

Il morbo di Creutzfeldt-Jakob (CJD) è una malattia neurovegetativa rara e rientra tra le encefalopatie spongiformi per l'aspetto che acquistano i tessuti cerebrali dei pazienti colpiti. Ad oggi vengono riconosciute diverse forme del morbo, la più frequente (circa l'85% dei casi) è la forma sporadica che colpisce prevalentemente persone di età superiore ai 50 anni e della quale non è ancora nota la causa. La nuova variante della malattia (nvCJD), quella legata al consumo di carne bovina infetta, identificata per la prima volta nel 1996, rispetto alla forma sporadica colpisce principalmente persone in giovane età (dai 15 ai 50 anni) con una sopravvivenza media di circa 15 mesi. La sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e delle sindromi correlate è stata introdotta in Italia da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito di un progetto europeo (European and Allied Countries Collaborative Study Group of CJD - EUROCJD) teso ad identificare eventuali cambiamenti nell'incidenza e nelle manifestazioni cliniche o neuropatologiche della MCJ in Europa in seguito all'epidemia di encefalopatia spongiforme bovina (BSE) nel Regno Unito.

### *Profilassi dei viaggiatori internazionali*

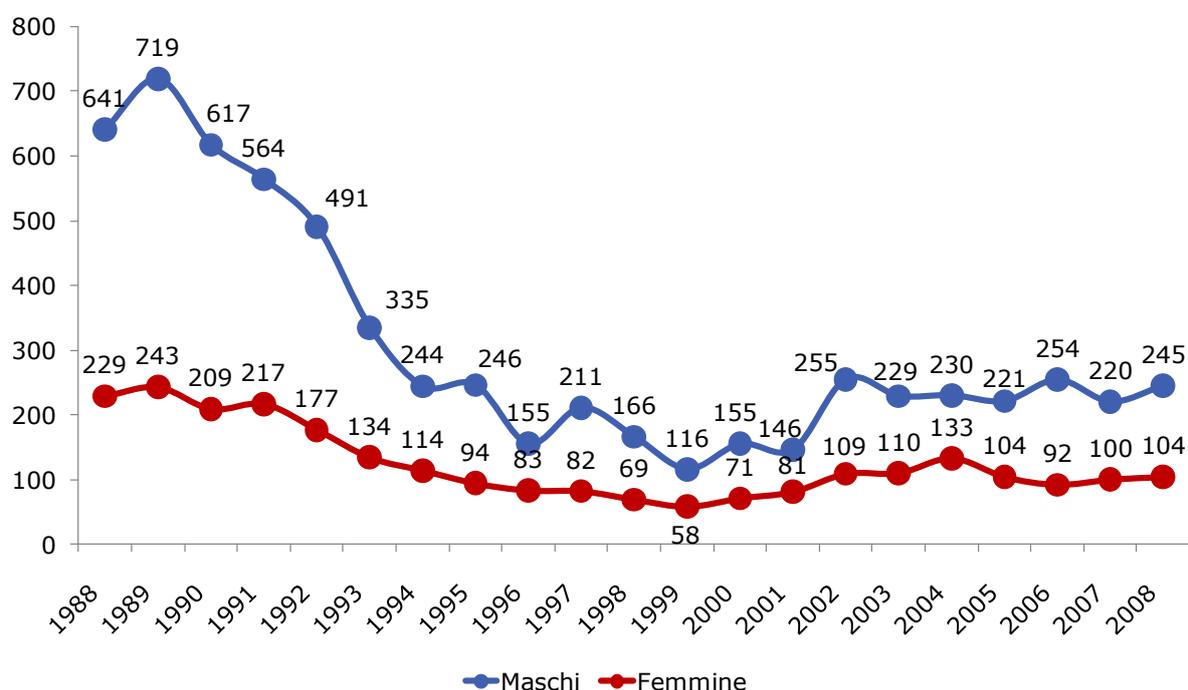
Abituamente il Ministero della Salute comunica agli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome la situazione delle epidemie nei vari Paesi interessati: numero

dei casi accertati, eventuali decessi, situazione sanitaria delle zone endemiche interessate, programma sorveglianza ed eventuale profilassi adottata dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS).

#### *Sistema di sorveglianza regionale HIV*

Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) è un virus a Rna che appartiene alla famiglia virale dei retrovirus. Tale virus distrugge progressivamente i linfociti T CD4, componenti importanti del sistema immunitario, rendendo l'organismo suscettibile all'attacco di molti microrganismi. La comparsa, nella fase più avanzata, di complicanze dovute ad altre infezioni definisce lo sviluppo della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) conclamato. Il sistema di sorveglianza per l'HIV è stato attivato dalla Regione del Veneto sin dall'aprile 1988. Il flusso informativo relativo è 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.

Diagnosi di infezione da HIV per anno di prima positività e sesso.  
Veneto 1988-2008



Nel 2002 il sistema di sorveglianza è stato ridefinito distinguendo le strutture di afferenza in due diverse tipologie: a) le strutture di primo livello costituite dai Dipartimenti di Prevenzione che raccolgono e filtrano i test positivi di tutte le strutture territoriali; b) 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.

## Risultati

Dal 1988 in Veneto sono state segnalate al SSRHIV (Registro Regionale HIV) 9.508 nuove diagnosi di HIV. Dopo il sensibile e continuo decremento dei primi anni di sorveglianza, negli ultimi anni il numero di nuove infezioni si è stabilizzato attorno ai 340 casi (349 nel 2008). L'epidemia dell'infezione da HIV nella Regione Veneto è in costante evoluzione, essendosi stabilizzata con un tasso annuo di incidenza di circa 7/100.000 abitanti (praticamente stabile negli ultimi 4 anni) ma, grazie all'aumento della sopravvivenza legato alle terapie antiretrovirali, ad un aumento della prevalenza costantemente attestatosi sopra il 3,5% annuo. Incrociando i dati del registro regionale HIV (SSRHIV) con quelli del registro nazionale AIDS (REGAIDS) è possibile calcolare una stima della prevalenza dei pazienti con infezione da HIV residenti nel Veneto. Considerando entrambi gli archivi, nel 2008 si osservano 10.447 casi cumulativi di cui 1.324 presenti solo nel registro AIDS, 6.973 presenti solo nel registro HIV e 2.150 presenti in entrambi gli archivi (sono esclusi da questa analisi i 704 soggetti non residenti in Veneto). Il picco del 1988 coincide con l'avvio del SSRHIV. È possibile che il sistema di sorveglianza rischi una sovrastima del problema a causa del trascinarsi 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 30% dei casi incidenti nel 2008) e alla loro mobilità. È 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.

La principale via di trasmissione dell'HIV è quella sessuale, sia omo che etero-sessuale: se si considera la popolazione globale appare di gran lunga la via eterosessuale come prima causa di infezione, mentre tra la popolazione autoctona è prevalente la omosessuale. Dato questo diverso pattern di trasmissione, come ampiamente confermato dai rapporti epidemiologici internazionali, nei cittadini stranieri residenti nella nostra Regione (in maggioranza Africani) il rapporto maschio femmina si attesta a 1, con un picco di diagnosi in età più giovanile (più della metà sotto i 34 anni). La popolazione incidente italiana invece in media raggiunge la diagnosi in età più avanzata e sono prevalenti i rapporti omosessuali come principale fattore di rischio. Persistono, come già evidenziato negli anni precedenti, importanti differenze fra le varie Province. Per la prima volta dopo molti anni si è notato un 'accorciamento dei tempi di progressione verso l'AIDS. Il dato non è di facile interpretazione e dovrebbe essere oggetto di una indagine

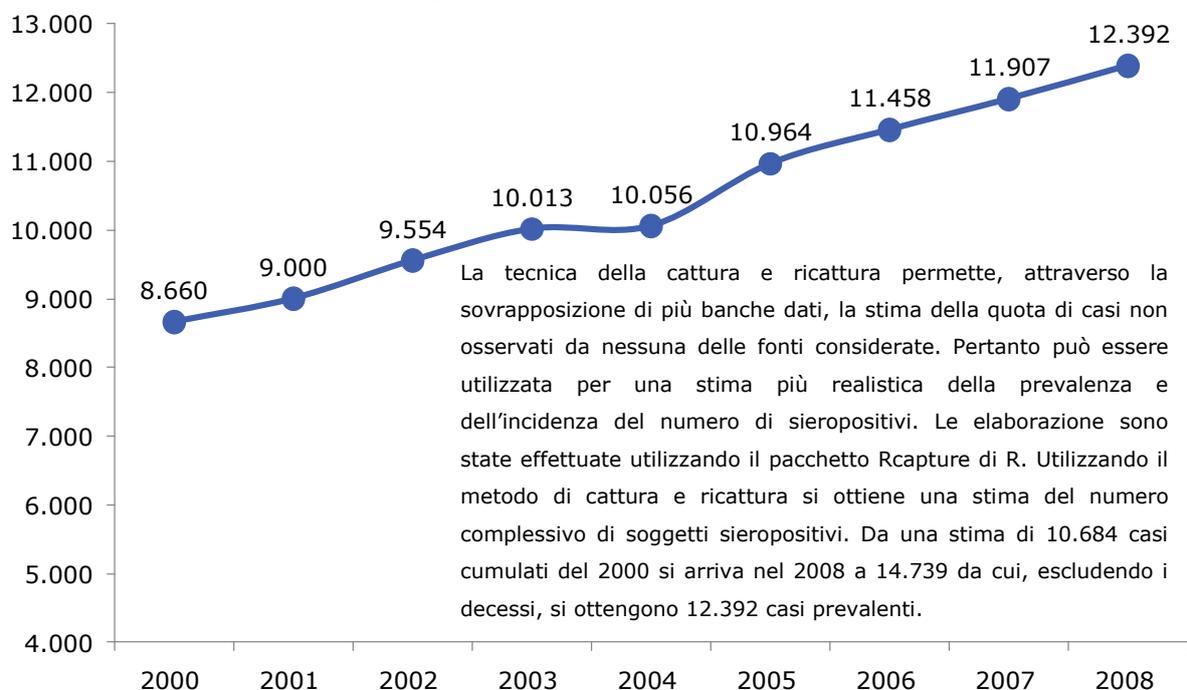
separata prima di conclusioni definitive. Due potrebbero essere infatti le variabili in gioco. Da una parte potrebbe trattarsi di un artefatto legato ad una diminuita attenzione generale al sistema di sorveglianza, con una registrazione di dati e una verifica degli stessi non più precisa come poteva essere nei primi anni, dall'altra, soprattutto se si considera l'analogo rapporto regionale sul Registro AIDS, la inversione di tendenza potrebbe essere legata ai "late presenter". In tale rapporto infatti si è evidenziato come solo il 29% dei pazienti con al momento della segnalazione di caso di AIDS (per la prima infezione opportunistica) fosse già in trattamento antiretrovirale. Questo quindi porterebbe alla considerazione (approssimativa) di circa un 70% di "late presenters" (persone che giungono alla diagnosi di HIV già in fase avanzata, con deficit immunitario grave, con un AIDS defining event in atto o che si verifica poco dopo il primo contatto). Diventa quindi sempre più necessario rivitalizzare i programmi di prevenzione e di sensibilizzazione per l'esecuzione del test prima che compaiano sintomi clinicamente rilevanti. Un investimento in questi settori risulterebbe fortemente favorevole se si pensa ai costi diretti e indiretti che un paziente in fase avanzata comporta. 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 quindi 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.

#### *Sistema di sorveglianza regionale AIDS*

La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) rappresenta lo stadio clinico terminale dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), appartenente alla famiglia dei retrovirus (classe lentivirus), che comporta una diminuzione del numero di linfociti T (deplezione). Esistono due sierotipi di HIV, quello di tipo 1 è il principale responsabile dell'epidemia a livello mondiale, mentre il sierotipo 2 ha una diffusione circoscritta e limitata all'Africa occidentale. Dal 1985 la Regione del Veneto raccoglie, su scheda nazionale fornita dall'Istituto Superiore di Sanità, i dati relativi ai casi conclamati di AIDS diagnosticati in tutta la Regione. Dal 1995, l'Istituto Superiore di Sanità ha

distribuito una nuova scheda di rilevazione distribuita a tutte le Unità Operative di Malattie Infettive

Stima della prevalenza di sieropositivi con il metodo cattura e ricattura.  
Regione del Veneto 2000-2008



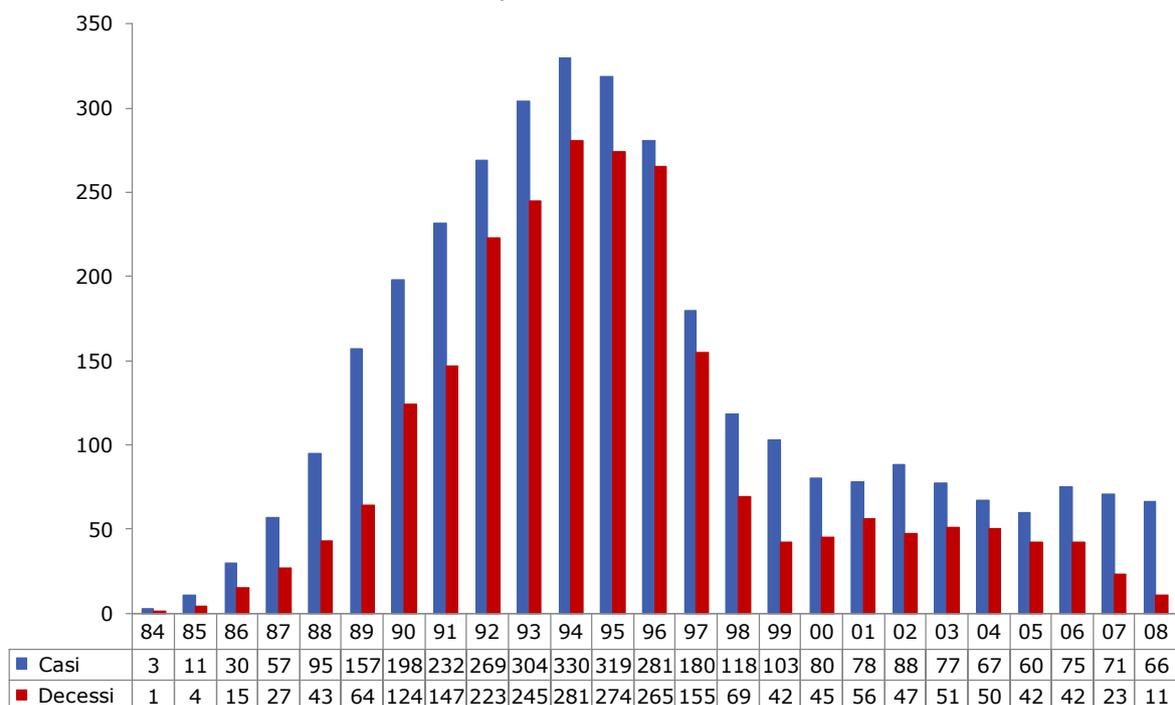
124

### Risultati

Dall'analisi dei dati relativi ai casi di AIDS notificati nella Regione Veneto a partire dal 1984 e aggiornati al 31/12/2008 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 2008 il numero di nuovi casi di AIDS è pari a 66, di cui 4 risultano deceduti. 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 infatti 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 all'69%. Sulla base dei dati elaborati dal Centro Operativo AIDS, il tasso di incidenza della Regione Veneto per l'anno 2008 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 78% 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 si ha in corrispondenza della classe d'età 45-49 anni (3,8 casi per 100.000 abitanti).

Numero di casi segnalati e decessi incidenti per AIDS in residenti nella Regione del Veneto per anno. Anni 1984-2008



L'età media dei casi affetti da AIDS nella Regione Veneto è in continua ascesa e si assesta attorno ai 41-42 anni per entrambi i sessi. Il numero di casi tra gli stranieri è andato ad aumentare nel corso degli anni e, nel 2008, ha raggiunto il 35% sul totale dei casi residenti. Il principale fattore di rischio di contrazione dell'AIDS è rappresentato dai rapporti eterosessuali (quasi il 50% dei casi).

La malattia indicatrice di AIDS alla diagnosi più frequente risulta essere, per il 2008, la *Pneumocystis carinii*; mentre, per il complesso dei casi notificati, è rappresentata dalla Candidosi esofagea. A partire dal 1999, il 29% dei casi di AIDS in Veneto ha aderito ad una terapia antiretrovirale. Di questi, l'80% ha assunto una combinazione di tre farmaci (terapia tripla). Tra coloro che hanno contratto la malattia tramite tossicodipendenza, la percentuale di chi ha aderito ad una terapia antiretrovirale sale al 55%. Per oltre la metà di coloro che contraggono l'AIDS tramite rapporti eterosessuali od omosessuali il periodo che intercorre tra il test per l'HIV e la diagnosi di AIDS è inferiore ai 6 mesi, mentre per ben l'83% dei tossicodipendenti il tempo trascorso tra test e diagnosi supera i sei mesi.

#### *Sistema di sorveglianza regionale dell'influenza*

Dal 1999 è attivo, INFLUNET, il sistema di sorveglianza della sindrome influenzale, coordinato dal Ministero della Salute che si avvale della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI), dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, dei laboratori di riferimento per l'influenza e degli Assessorati regionali alla Sanità. L'obiettivo è descrivere i casi di influenza, stimare l'incidenza settimanale della sindrome influenzale durante la stagione invernale, in modo da ottenere una previsione attendibile su durata e intensità dell'epidemia.

126

#### *Il sistema di sorveglianza prevede:*

- la rilevazione dei casi di malattia tramite la rete dei "medici sentinella";
- la raccolta dei dati delle vaccinazioni antinfluenzali eseguite durante la campagna.

Il periodo di sorveglianza è di 28 settimane.

L'adesione al Sistema di Sorveglianza che viene proposta ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica è volontaria. I Servizi che intendono seguire l'andamento dell'influenza nel loro territorio partecipando al Sistema di Sorveglianza devono considerare che sono necessari i seguenti requisiti:

- individuazione di un referente;
- partecipazione volontaria di almeno 7 Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta;
- suddivisione degli assistiti per fasce d'età 0-4, 5-14, 15-64, 65 oltre.

Per ottenere una descrizione regionale dell'andamento dell'influenza è sufficiente la partecipazione di almeno 7 Aziende ULSS.

Nel 2009, con la comparsa della pandemia da influenza A/H1N1, il sistema INFLUNET è stato affiancato da altre rilevazioni estese a tutta la Regione, ovvero:

- sorveglianza dei casi gravi;
- sorveglianza dei casi ospedalizzati;
- scheda epidemiologica per i casi gravi;
- sorveglianza della campagna di vaccinazione.

### Risultati

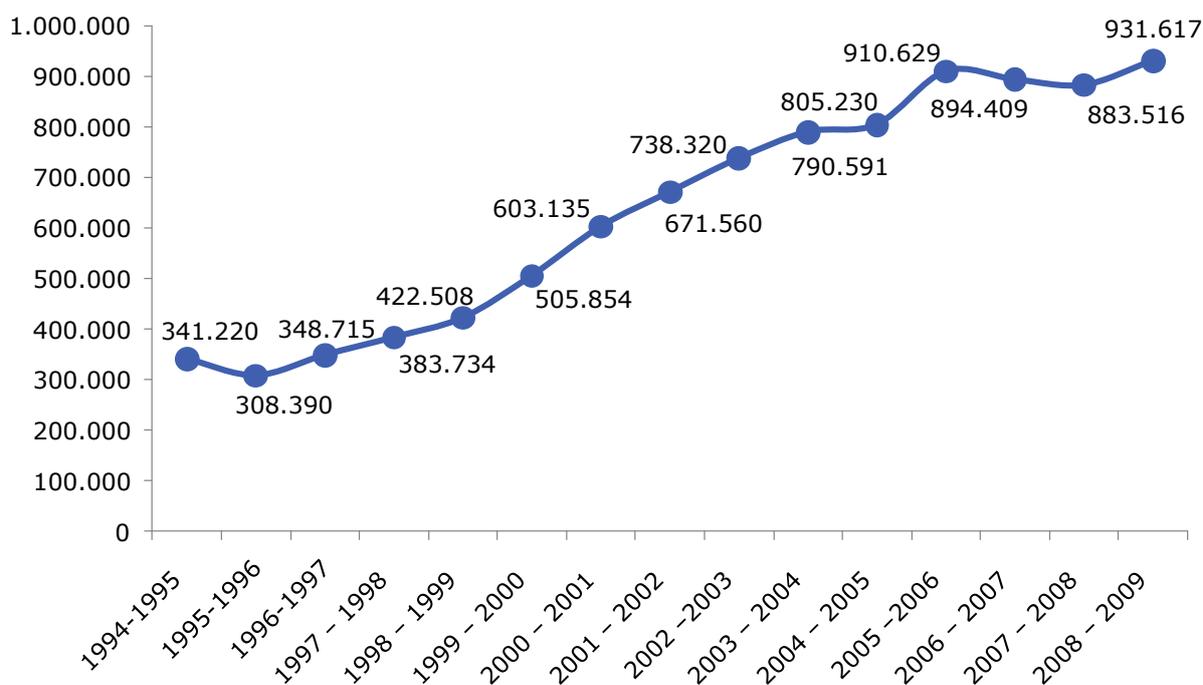
La sorveglianza dell'influenza A/H1N1 è ancora in corso: si riportano i dati finora raccolti aggiornati alla settimana 22-28 febbraio. Durante l'ultima settimana si sono avuti 98 casi con una incidenza di 0,96 per mille abitanti. Sulla base di questa incidenza si può stimare che questa settimana meno di 5.000 persone siano state colpite da influenza in Veneto per un totale, dall'inizio dell'epidemia di oltre 280.000 casi. La curva di incidenza presenta piccole oscillazioni sotto la soglia epidemica. Con circolare ministeriale del 19 novembre non è più prevista la segnalazione di ogni singolo caso ricoverato ma solo la raccolta settimanale del dato aggregato. Rimane invece immediato l'obbligo di segnalazione dei casi gravi e dei decessi. Dall'inizio dell'epidemia sono state ricoverate 182 persone di cui 13 decedute. Per quel che riguarda invece la stagione conclusa 2008-2009, confrontando l'incidenza dei casi di influenza registrati nella stagione epidemica con quello della precedente, si osserva una leggera diminuzione della proporzione di soggetti che hanno contratto il virus. Il picco massimo di incidenza invece è maggiore rispetto a quello delle ultime due stagioni ed è paragonabile a quello che si è verificato nella stagione 2004-2005.

Ripartizione degli assistiti per Azienda ULSS. Regione Veneto, 1997-2009				
Anni	N° Aziende ULSS coinvolte	N° medici sentinella	Totale assistiti	% popolazione sorvegliata
1997 – 1998	8	78	97.595	2,2
1998 – 1999	7	76	97.184	2,1
1999 – 2000	7	76	97.377	2,1
2000 – 2001	10	102	120.933	2,7
2001 – 2002	8	89	112.014	2,5
2002 –2003	9	97	123.336	2,7
2003 – 2004	9	95	119.749	2,7
2004 – 2005	9	94	118.695	2,6
2005 –2006	11	108	137.877	2,9
2006 – 2007	10	98	125.221	2,6
2007 – 2008	10	98	125.395	2,6
2008 – 2009	8	83	106.527	2,2

Il numero complessivo di soggetti vaccinati si mantiene elevato e ha registrato un ulteriore incremento rispetto alla precedente campagna vaccinale (5,4% in più). Considerando la distribuzione dei vaccinati per fasce d'età, rispetto alla stagione 2007-2008, si è osservato un considerevole aumento del numero dei vaccinati tra i bambini di età 0-14 anni (30% in più) mentre l'aumento nella classe di età intermedia 15-64 anni è più contenuto (9% in più). Tra gli ultrasessantacinquenni, che costituiscono il gruppo più rappresentato tra i vaccinati (73% del totale dei vaccinati), si è registrato solo un modesto incremento delle vaccinazioni somministrate rispetto alla precedente stagione (3,7% in più). Per quanto riguarda gli altri gruppi a rischio, il maggior numero di vaccinazioni è stato somministrato ai portatori di patologie croniche predisponenti l'insorgenza di complicanze. Rispetto alla precedente campagna antinfluenzale sono aumentati sia i vaccinati tra i contatti familiari di soggetti ad alto rischio, sia quelli tra gli addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo, che quelli del personale sanitario (rispettivamente il 13%, 16% e 5% in più). Per la popolazione anziana il livello medio regionale di copertura antinfluenzale è pari al 70% per la stagione 2008-2009; tale valore risulta ancora inferiore alla soglia del 75% prevista nel Piano Nazionale Vaccini, ma comunque in aumento rispetto alla copertura vaccinale della stagione 2007-2008. La maggior parte delle vaccinazioni antinfluenzali sono state somministrate dai Medici di Famiglia; il tipo di vaccino maggiormente utilizzato è stato lo "split" (60% delle dosi).

128

Numero di persone vaccinate per influenza nel Veneto, per stagione influenzale. Anni 1994-2009



*Sistema di sorveglianza speciale per il morbillo*

Il morbillo è una malattia acuta causata da un virus a Rna con un solo tipo antigenico, classificato come un Morbillivirus nella famiglia dei Paramyxoviridae. Si manifesta con febbre elevata, congiuntivite, tosse, rinite, esantema caratteristico (macchie di Koplik: chiazze biancastre del cavo orale) e con un esantema maculo papulare eritematoso, che compare dopo 3-5 giorni dall'insorgenza della febbre, inizia dal volto e si diffonde prima al torace e poi agli arti. L'esantema si attenua nell'arco di 3-4 giorni dando luogo ad una desquamazione cutanea. La malattia può dar luogo a delle complicanze, più spesso nei bambini piccoli, quali: otite media, broncopolmonite, laringotracheobronchite (croup) e diarrea. L'encefalite acuta si manifesta in circa 1/1.000 casi, spesso con esiti di encefalopatia permanente. Molto raramente, 1 caso su 100.000, si sviluppa la panencefalite subacuta sclerosante (PSS), una rara malattia degenerativa del sistema nervoso centrale, caratterizzata da deterioramento comportamentale, intellettuale e convulsioni che dipende da un'infezione permanente da virus del morbillo, la quale si manifesta dopo 7-10 anni dall'infezione primaria. La mortalità si presenta in 1-3/1.000 casi riportati principalmente per complicanze respiratorie e neurologiche. Nel 2003 è stato dato avvio al Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo, il quale ha individuato nella sorveglianza una componente essenziale del processo di eliminazione, in quanto consente la verifica dell'efficacia degli interventi preventivi e del livello di controllo raggiunto. In accordo con le indicazioni del piano è stato Istituito un Sistema di Sorveglianza Speciale per il Morbillo per migliorare l'attuale sistema in termini soprattutto di tempestività, completezza ed esaustività delle notifiche e per renderlo adeguato all'attuale fase di controllo della malattia. Il Sistema prevede l'utilizzo di un modulo standard per l'indagine epidemiologica e la segnalazione dei casi che viene utilizzato anche per segnalare i casi di focolai epidemici, in modo da raccogliere informazioni dettagliate su ogni singolo paziente. Le Aziende ULSS indagano tutti i casi sospetti effettuando specifiche indagini di laboratorio.

129

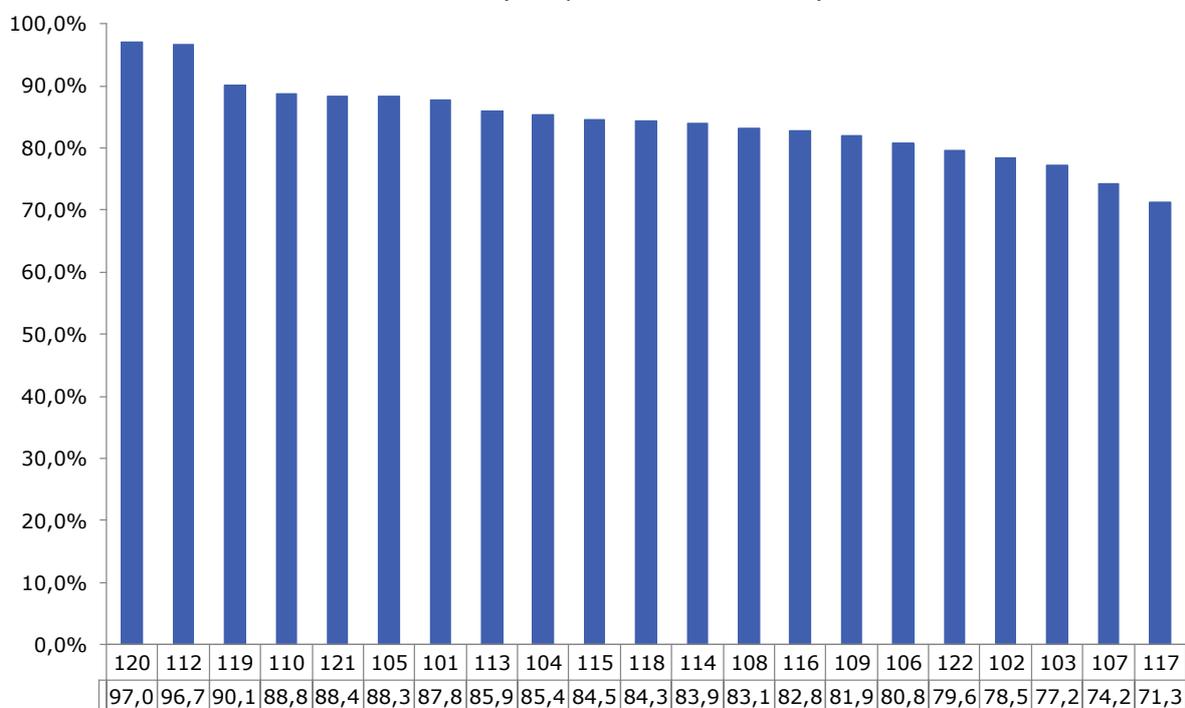
*Risultati*

Alla fine di dicembre è iniziata una epidemia di morbillo che ha coinvolto due scuole materne in due Comuni del territorio dell'Azienda ULSS 8 di Asolo. Nei mesi precedenti non erano stati segnalati casi di malattia nel territorio dell'Asl: l'ultima segnalazione di caso confermato di morbillo risale infatti a luglio 2008. Al 31 dicembre 2009 i casi segnalati sono stati 57 così distribuiti in base all'età:

Classi di età	<1 anno	1 – 4 anni	5 – 9 anni	10 – 14 anni
N. casi	4	23	21	1

Dei 57 casi notificati, 38 risultano non vaccinati (66% delle notifiche) i rimanenti erano quasi tutti vaccinati con ciclo incompleto (1° dose). Finora sono stati ricoverati 7 soggetti con le seguenti complicanze: broncopolmoniti e otiti. Secondo le raccomandazioni regionali e nazionali è stata offerta la vaccinazione ai contatti suscettibili nelle famiglie e nelle scuole ed è stata proposta una seconda dose di vaccino anti morbillo-parotite-rosolia a quanti già avevano effettuato una prima dose. Risultano somministrate oltre 105 dosi di vaccino. È stata proposta la vaccinazione post-esposizione a tutti i contatti suscettibili, tuttavia molti genitori di casi, già precedentemente contrari alle vaccinazioni, hanno rifiutato di procedere alla vaccinazione dei fratelli non vaccinati: questo ha determinato il contagio intrafamiliare di bambini e di adulti non immuni.

Coperture per vaccino antimorbillo nelle Aziende ULSS della Regione Veneto.  
Anno 2009 (Nati primo semestre 2008)



#### *Sistema di sorveglianza speciale per le meningiti*

La meningite è un'infezione delle membrane (le meningi) che avvolgono il cervello e il midollo spinale. La malattia è generalmente di origine infettiva e può essere virale, batterica o causata da funghi. La forma virale, detta anche meningite asettica, è quella più comune: di solito non ha conseguenze gravi e si risolve nell'arco di 7-10 giorni. La forma batterica è più rara ma estremamente più seria, e può avere conseguenze fatali. I principali batteri causa di meningite sono tre: a) *Neisseria Meningitidis* (meningococco), la cui trasmissione avviene per via respiratoria; b) *Streptococcus Pneumoniae*

(pneumococco), anch'esso trasmissibile per via respiratoria (che oltre alla meningite può causare polmonite o infezioni delle prime vie respiratorie, come l'otite); c) *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) che risulta essere quello maggiormente patogeno e si manifesta con febbre, vomito, letargia, irritazione meningea, tensione della fontanella nei neonati o rigidità nucale e dorsale nei bambini più grandi, sono inoltre frequenti torpore e/o coma. Il sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche, prevede la compilazione ed invio di una scheda ad hoc per le forme invasive senza meningite ad eziologia da *Neisseria Meningitidis* oltre a tutti i casi in cui sia accertata una meningite ad eziologia batterica. Per i casi di meningite da *Neisseria Meningitidis* o da *Haemophilus influenzae* è altresì richiesto l'invio del ceppo batterico isolato al Laboratorio di Batteriologia e Micologia Medica dell'Istituto Superiore di Sanità. Ad integrazione della sorveglianza delle meningiti batteriche esistente, a marzo 2007 è stata istituito un Protocollo per la sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo in Italia che prevede la segnalazione di tutte le forme di malattia invasiva per i patogeni per i quali esiste un vaccino disponibile. Questo sistema di sorveglianza coinvolge i Laboratori di Microbiologia delle Aziende ULSS del Veneto ed è stato affidato all'Università di Padova.

#### *Sorveglianza dei casi di infezione da Chikungunya*

La Chikungunya è una malattia virale (arbovirosi) trasmessa all'uomo dalla puntura di una zanzara infetta (artropodi) del genere *Aedes*, soprattutto *A. albopictus* (zanzara tigre), *A. aegypti* e *A. polynesiensis* che pungono soprattutto di giorno. Il virus appartiene alla famiglia delle *Togaviridae*. I sintomi sono rappresentati dall'improvvisa insorgenza di febbre elevata, importanti artralgie, mialgie, cefalea, nausea, vomito e rash cutaneo (al volto, al tronco e alla radice degli arti). Questa malattia è presente in Africa, sud-est asiatico, nel sud continente indiano e in alcune isole dell'Oceano Indiano (Comore, La Réunion, Seychelles, Mauritius, Mayotte). Nel 2007 sono stati segnalati casi autoctoni in alcune zone dell'Emilia Romagna. Il vettore è stato introdotto in Italia all'inizio degli anni '90 con il commercio di pneumatici infestati da uova. L'obiettivo della sorveglianza è quantificare il numero di casi di riferimento per la sorveglianza e il controllo di *Aedes albopictus* in Italia dell'Istituto Superiore di sanità. Per sostenere le attività di controllo della zanzara tigre e far fronte ad un eventuale stato di pre-allerta si è ritenuto opportuno sviluppare un Piano di azione regionale di lotta alla zanzara tigre e di prevenzione delle infezioni trasmesse dal vettore come la febbre diagnosticata sul territorio nazionale accompagnandoli da informazioni che permettono di discriminare tra casi importati (soggetti che hanno contratto la malattia all'estero) e casi autoctoni (soggetti che hanno contratto la malattia in Italia). Per ogni caso sospetto o accertato di febbre da Chikungunya deve esserne data comunicazione entro 48 ore al Servizio Igiene

e Sanità Pubblica Competente che provvede a darne comunicazione alla Regione e per il suo tramite al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore della Sanità. Nell'evenienza di un caso accertato, al fine di favorire il completamento dell'indagine epidemiologica e le relative inchieste entomologiche per la diagnosi di specie di zanzare d'importazione o indigene si deve darne comunicazione anche al Centro Chikungunya e Dengue.

#### *Sorveglianza dell'infezione da West Nile*

Il virus West Nile (arbovirus) viene trasmesso all'uomo e agli animali dalla puntura di zanzare infette appartenenti al genere *Culex* (*c. univittatus*, *c. modestus*, *c. pipiens*, *c. restuans*). Come serbatoio di infezione sono state identificate oltre 70 specie di uccelli, soprattutto passeriformi e corvidi, nei quali il virus può persistere da alcuni giorni a qualche mese. La maggior parte delle persone infette non manifesta sintomi (l'80% dei casi circa). Le forme sintomatiche si manifestano con sintomi simil-influenzali lievi, febbre, cefalea, dolori muscolo-articolari, raramente accompagnati da rash cutaneo. Sono possibili manifestazioni più gravi, quali meningite ed encefalite (1 su 150 casi sia sintomatici che non), soprattutto in persone anziane, bambini molto piccoli o in persone con alterazioni del sistema immunitario. Epidemie di malattia sono segnalate in numerosi paesi dell'Africa settentrionale e nel Medio Oriente, recentemente anche in alcuni paesi europei tra cui l'Italia e gli Stati Uniti. Epizoozie negli equini sono state segnalate in Italia (Toscana, 1998), Marocco, Francia e USA. Nel 2008 è stato predisposto un Piano regionale di sorveglianza dell'infezione da West Nile, che prevede due tipi di sorveglianza:

- 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.

La sorveglianza sui casi umani di sindrome neurologica da West Nile consente, insieme alla sorveglianza animale, di evidenziare la circolazione del virus in un determinato ambito territoriale e di avere una stima della sua entità attraverso la individuazione sistematica dei casi clinici emergenti.

La sorveglianza attiva ha due obiettivi:

- sensibilizzare le persone che lavorano o vivono in aree in cui la presenza di circolazione virale è documentata ad adottare misure idonee a ridurre il rischio di essere punti e permettere una diagnosi tempestiva di eventuali casi clinici;
- stimare la dimensione della circolazione virale nell'uomo, attraverso dati di sieroprevalenza nelle persone particolarmente esposte all'infezione perché trascorrono molte ore in aree in cui la presenza di zanzare potenzialmente infette è documentata

attraverso infezioni autoctone recenti nei cavalli (lavoratori delle scuderie interessate da infezioni nei cavalli).

### *Risultati*

Fino alla fine di agosto 2009 il Sistema di sorveglianza regionale del Veneto ha riportato 6 casi di West Nile 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 IgM (immunoglobuline di tipo M) e le IgG (immunoglobuline di tipo G) virus-specifiche sono state riscontrate per mezzo di analisi Mac-Elisa in campioni di fluido cerebrospinale (Csf) e di siero che sono stati prelevati dai pazienti al momento del ricovero in ospedale. Le diagnosi sono state poi confermate attraverso il test di virus-neutralizzazione (Prnt). Tutti i pazienti sono stati ricoverati in condizioni critiche. Uno dei pazienti provenienti dalla Provincia di Rovigo è deceduto.

### *Sorveglianza delle paralisi flaccide acute*

Le paralisi flaccide acute possono essere causate da numerosi virus (Poliovirus, Echovirus, Enterovirus, Coxsackie) o possono essere una manifestazione clinica di altre malattie infettive come difterite, malattia di Lyme, encefalite da zecca, oppure in corso di patologie dovute a sostanze tossiche per il sistema nervoso centrale quali metalli pesanti, farmaci e tossine biologiche. La sorveglianza è attiva e ha l'obiettivo di identificare tutti i casi di paralisi flaccida ad insorgenza acuta in soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni compiuti.

### *Sorveglianza Rotavirus*

Il rotavirus è presente nell'ambiente in 6 diverse specie ed è la causa più comune di gastroenteriti virali fra i neonati e i bambini al di sotto dei 5 anni. In particolare, nei bambini molto piccoli (tra i 6 e i 24 mesi) il virus può causare una diarrea severa e disidratazione. Il virus esiste in diverse forme, ma l'infezione è pericolosa solo quando provocata dai rotavirus A (e in misura minore da quelli B e C). L'aver contratto il virus una volta non dà immunità sufficiente, anche se le infezioni che si contraggono negli anni successivi e in età adulta tendono a presentarsi in forma più leggera. La malattia ha un periodo di incubazione di circa due giorni, dopo i quali insorgono febbre, disturbi gastrici, vomito e diarrea acquosa per 3-8 giorni. Nella maggior parte dei casi, quando si sviluppa una forma blanda di diarrea, i malati guariscono senza alcun trattamento. Tuttavia, una diarrea acuta può portare a disidratazione grave dell'organismo, una condizione che rischia di essere letale senza un intervento adeguato.

134 Nei Paesi occidentali, la gastroenterite da rotavirus non è una malattia letale, ma può dare complicanze anche molto gravi nelle persone anziane e in quelle immunocompromesse. Nei Paesi del Sud del mondo, al contrario, causa la morte di almeno 600 mila bambini ogni anno per diarrea, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità che considera la malattia una vera e propria emergenza sanitaria. La principale via di trasmissione del virus è quella oro-fecale, ma qualche volta la diffusione può avvenire anche per contatto e per via respiratoria. Poiché il virus è stabile nell'ambiente, la trasmissione può avvenire attraverso l'ingestione di acqua o cibo contaminato o a causa del contatto con superfici contaminate. La diffusione da persona a persona attraverso la contaminazione delle mani è probabilmente la più diffusa negli ambienti comunitari, in particolare negli asili nido. Nelle mense e negli altri luoghi destinati a ristorazione collettiva, il rotavirus può essere trasmesso quando un operatore che ha contratto l'infezione maneggia alimenti che non richiedono la cottura, come per esempio insalata, frutta e altre verdure fresche, senza lavarsi accuratamente le mani. La sorveglianza coinvolge 15 Reparti di Pediatri di Aziende ULSS del Veneto che hanno dato la disponibilità a partecipare al progetto "Epidemiologia molecolare dei rotavirus in età pediatrica in Italia. Creazione di una rete di sorveglianza per monitorare la diffusione e l'evoluzione dei genotipi virali in previsione della vaccinazione" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che iniziato a ottobre 2007 è proseguito fino a fine dicembre 2009. Lo studio coinvolge i bambini di età compresa tra i 0-5 anni, ospedalizzati per gastroenterite acuta, per ognuno dei quali sarà necessario raccogliere un campione di feci che verranno inviati all'ISS insieme alle schede di segnalazione del caso.

### *Tubercolosi*

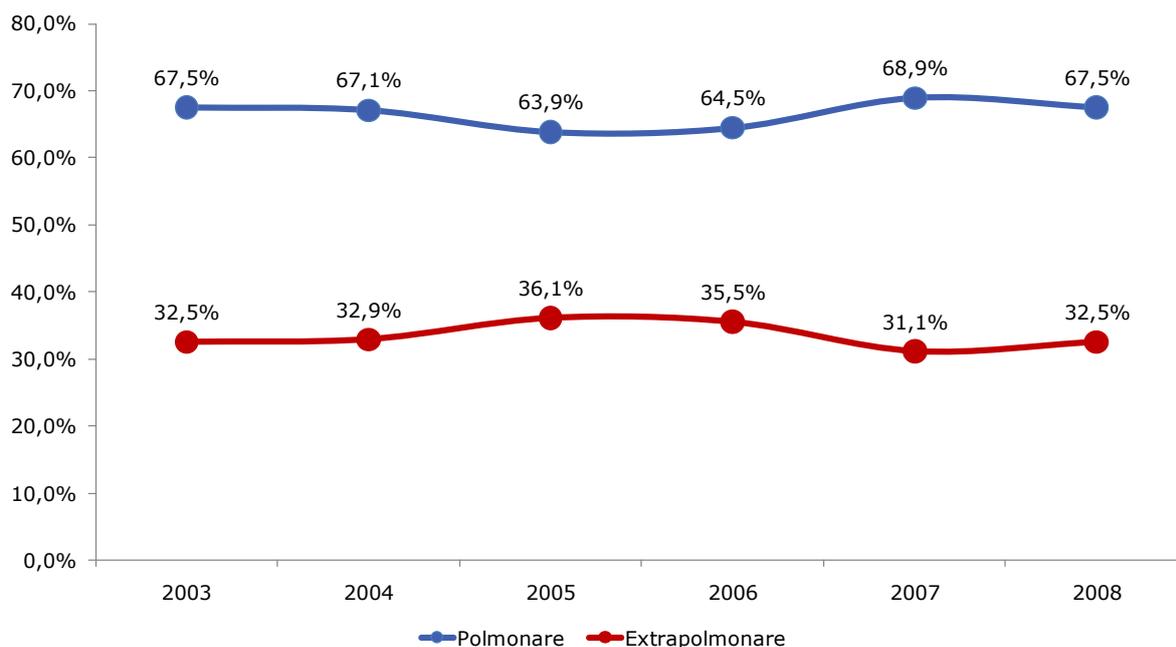
La tubercolosi (TB) è una malattia causata da micobatterium tuberculosis complex che, dopo la prima infezione polmonare, può colpire qualsiasi organo e apparato. Ai sintomi comuni quali febbre, soprattutto serotina, sudorazione notturna, calo ponderale, astenia, inappetenza, si aggiungono i sintomi legati allo specifico organo colpito. Il sintomo più comune della TB polmonare è la tosse produttiva e persistente.

### *Risultati*

Dall'analisi condotta sulle schede di notifica di casi di tubercolosi verificatisi nel corso del 2008 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 e quella straniera: il

51% 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. Il 57,5% dei casi di TB verificatisi nel 2008 ha interessato i maschi, confermando la tendenza già vista a partire ad 2002 (l'unica eccezione è rappresentata dai casi del 2007 per i quali la proporzione di maschi era lievemente inferiore a quella delle femmine). Il principale fattore di rischio che ha portato al verificarsi della malattia è l'immigrazione. Il 52% dei casi di TB notificati nel 2008 è costituito da soggetti stranieri, percentuale che differisce molto all'interno delle diverse Province: si passa infatti dal 22% di Belluno al 73% di Rovigo. Tra gli stranieri le popolazioni che presentano il maggior numero di affetti da TB sono quella romena (26% dei casi sul totale degli stranieri) e quella marocchina (16% dei malati tra gli stranieri). Il numero di casi di TB "polmonare" è il doppio rispetto a quello della TB "extrapolmonare".

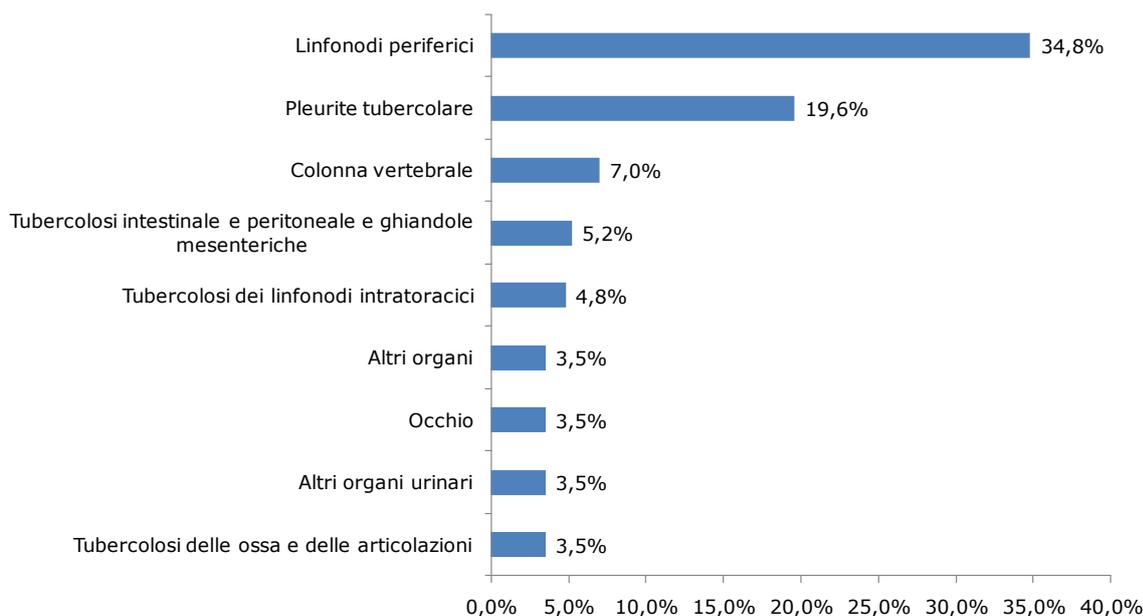
Distribuzione percentuale della Tuberculosis polmonare ed extrapolmonare.  
Regione del Veneto, anni 2003-2008



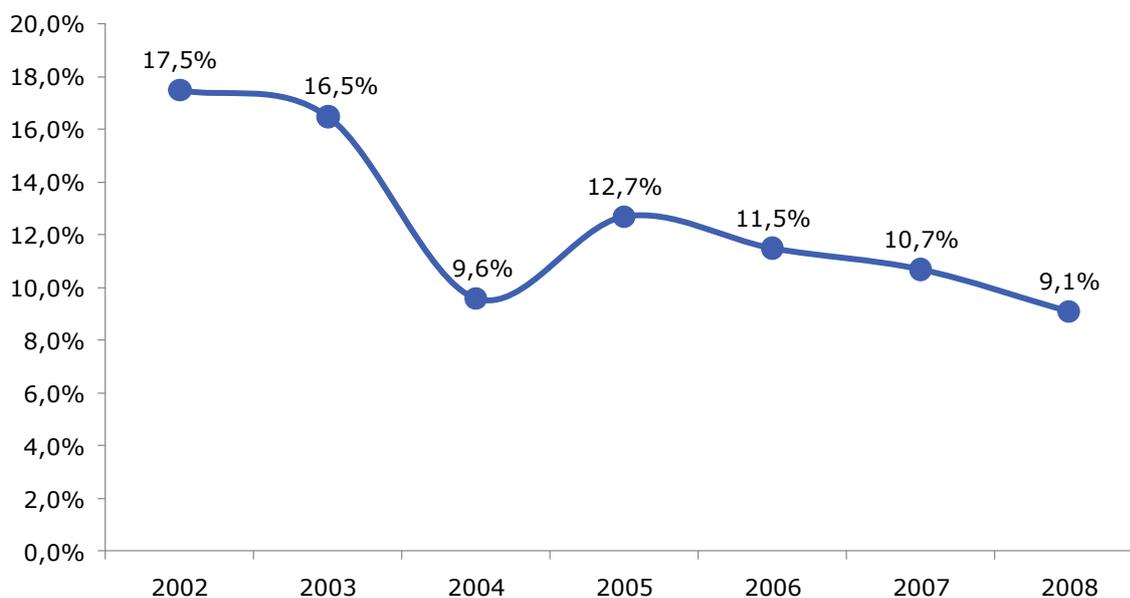
Vi è poi una lieve maggioranza di casi di TB "extrapolmonare" tra gli stranieri rispetto alla popolazione autoctona. Specificatamente ai casi di TB "extrapolmonare", le localizzazioni più frequenti sono i linfonodi periferici e la pleurite tubercolare. Il 9% dei casi registrati nel 2008 è una recidiva. Nel corso degli anni tale proporzione ha assunto un andamento decrescente. Dalla sintesi delle schede di esito dei trattamenti per i casi di tubercolosi "polmonare" si osserva che per l'87% dei casi entrati nel follow-up è stato possibile

reperire, ad oggi, informazioni circa l'esito del trattamento a cui sono stati sottoposti. Il 73% di questi casi ha avuto un esito favorevole, ovvero si è concluso con la guarigione del malato o con il completamento del trattamento, l'8,8% dei casi è invece stato perso al follow-up e il 7,6% è deceduto.

Tubercolosi: distribuzione delle localizzazioni extrapolmonari più frequenti.  
Regione Veneto, anno 2008



Tubercolosi: percentuale recidive.  
Regione del Veneto 2002-2008



### 2.3 Promuovere stili di vita salutari:

#### il Programma Ministeriale "Guadagnare Salute" nel Veneto

L'approvazione del programma "Guadagnare salute", di cui al DPCM 4 maggio 2007, segna un momento di grande cambiamento nelle strategie di prevenzione: viene formalmente fatto proprio dal Governo italiano un approccio più ampio di intervento, che mira a promuovere la salute come bene collettivo, sollecitando nel contempo la responsabilità dei singoli individui. "Guadagnare salute" si propone come grande intervento di salute pubblica, che affronta in maniera integrata il contrasto ai principali fattori di rischio, 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. Il programma nasce dall'esigenza di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, agendo su scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo ed abuso di alcol, principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative. Infatti, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'86% delle morti, il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono determinate da patologie croniche, che hanno come minimo comune denominatore 4 principali fattori di rischio:

- consumo di tabacco;
- abuso di alcol;
- scorretta alimentazione;
- inattività fisica.

Quindi, obiettivo primario del programma è agire su questi 4 principali fattori di rischio, al fine di migliorare la salute dei cittadini, eliminare disuguaglianze sociali e, al tempo stesso, continuare a garantire la sostenibilità del Sistema sanitario, in termini economici e di efficacia.

#### *Fattore di rischio: Consumo di tabacco*

##### *Il Programma Regionale per la Prevenzione delle patologie fumo correlate*

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.

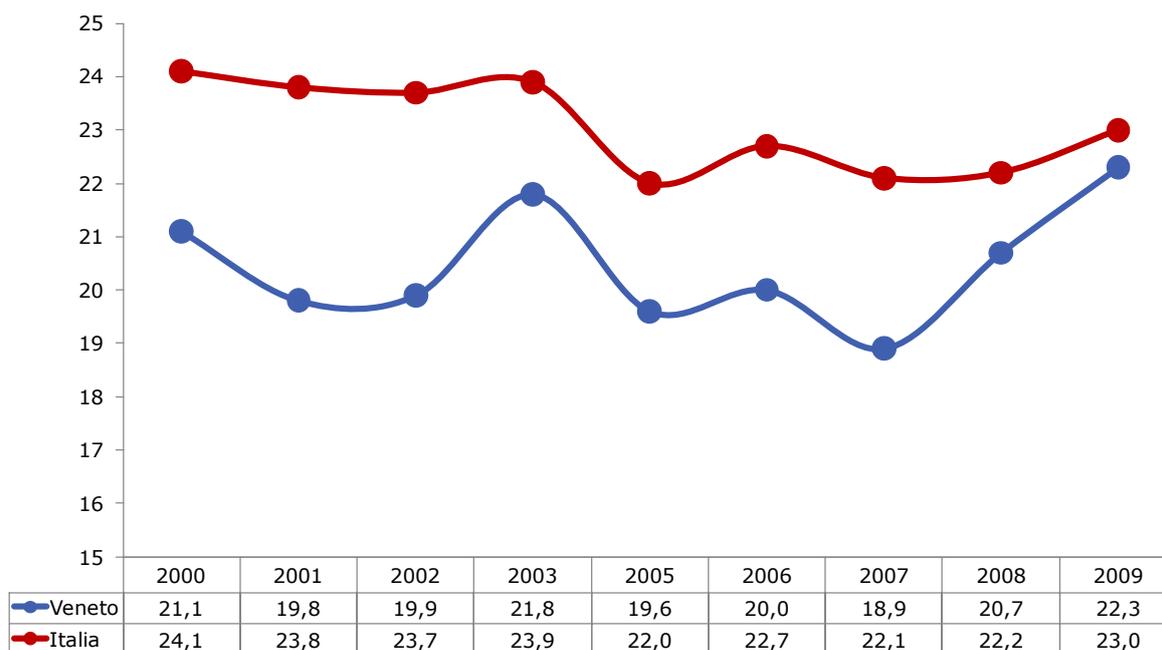
La strategia si sviluppa su quattro aree progettuali:

- Educazione e promozione della salute a scuola;
- Disassuefazione dal fumo;
- Protezione dal fumo passivo e sostegno della normativa negli ambienti pubblici e privati di vita, lavoro e tempo libero;
- Attività di informazione e di sensibilizzazione della popolazione generale in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco celebrata ogni anno il 31 maggio.

Al proposito è 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.

138

Fumatori di 14 anni e oltre. Veneto e Italia (per cento persone con le stesse caratteristiche) – Anni 2000-2009 (escluso 2004. Fonte: ISTAT)



*Prima area progettuale: Educazione e promozione della salute a scuola*

Tale area si sviluppa in programmi di prevenzione del tabagismo e di promozione di stili di vita sani liberi dal fumo a partire dal contesto scolastico, luogo privilegiato per l'implementazione di programmi di educazione promozione alla salute. La Regione del Veneto ha elaborato, sperimentato e implementato negli anni programmi scolastici, a partire dalla scuola d'infanzia, alla primaria, fino alla secondaria di I° e II° grado, al fine di garantire tempestività e continuità degli interventi educativi atti a promuovere una scuola libera dal fumo. I progetti attualmente proposti ed a disposizione delle scuole venete sono:

Alla conquista del pass per la città del sole, una città senza fumo (scuola dell'infanzia)

- Club dei vincenti. Un piano speciale contro il fumo (scuola primaria);
- C'era una volta... e poi vissero sani e contenti (scuola primaria);
- Liberi di scegliere (scuola secondaria di I° grado);
- Smoke Free Class Competition (scuola secondaria di I° grado e di II° grado);
- Insider, dietro la verità (scuola secondaria di II° grado);
- Sfumiamo i dubbi (scuola secondaria di II° grado).

A supporto di tali progettualità è stato prodotto per i dirigenti scolastici il manuale "Verso una scuola libera dal fumo".

L'implementazione nel territorio dei suddetti progetti necessita di ampia ed opportuna divulgazione, della formazione degli operatori delle Aziende ULSS, del volontariato (in particolare della LILT) e della scuola, coordinamento, del tutoraggio continuo, del monitoraggio e della valutazione delle azioni svolte.

*Risultati*

Nell'anno scolastico 2009/2010 19 Aziende ULSS hanno adottato i programmi regionali di prevenzione del tabagismo proponendoli alle scuole del proprio territorio (le Aziende ULSS non partecipanti sono state la 8 e la 21).

Nell'anno scolastico 2008/2009 hanno aderito 18 Aziende ULSS (escluse le Aziende ULSS 8, 12 e 22) con le seguenti scuole coinvolte:

- Scuole dell'infanzia: 5, per un totale di 7 classi (dati provvisori, primo anno di implementazione del progetto).
- Scuole primarie: 16 (3% del totale di 573 scuole dichiarate), per un totale di 48 classi.
- Scuole secondarie di I° grado: 62 (pari al 15% delle 304 scuole totali dichiarate), con 250 classi coinvolte.

- Scuole secondarie di II° grado: 55 (pari al 19% di 291 scuole totali dichiarate), per complessive 389 classi.

#### *Seconda Area Progettuale: Disassuefazione dal fumo*

Nello sviluppo di tale area finalizzata a motivare e sostenere i fumatori nello smettere l'abitudine al fumo si svolgono diverse azioni.

*I° livello di sostegno ai fumatori tramite il coinvolgimento diretto e il contributo di figure socio-sanitarie opportunamente formate al counseling breve*

#### *Risultati*

Nel 2007, nell'ambito di una formazione obbligatoria dei Medici di Medicina Generale in tema di prevenzione cardio-vascolare tutti i Medici di Medicina Generale veneti sono stati opportunamente formati anche al counselling breve al fumatore (4 ore dedicate all'interno del corso).

Con il Progetto Regionale "*Mamme Libere dal Fumo*" sono state formate inizialmente 80 ostetriche formatrici che, tra il 2004 e il 2006, hanno a loro volta formato a cascata altre 400 colleghe della Regione sul counselling antitabagico.

Nel 2010 sarà proposto un corso di aggiornamento per le ostetriche formatrici per un aggiornamento delle conoscenze, per la formazione delle nuove assunte e per il progressivo coinvolgimento delle altre professionalità afferenti i consultori familiari e le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia.

*II° livello per la disassuefazione: disponibilità di ambulatori specialistici di II° livello*

#### *Risultati*

Costituzione formale in ogni Azienda ULSS di almeno un ambulatorio di secondo livello per sostenere specificamente i fumatori che desiderano smettere di fumare. Attualmente sono attivi nel territorio veneto 24 ambulatori specialistici. Da gennaio ad ottobre 2009 gli ambulatori hanno seguito 1.435 fumatori.

Accanto al trattamento individuale si promuove il trattamento di gruppo per la disassuefazione. Attualmente il modello regionale del trattamento di gruppo per aiutare i fumatori a smettere di fumare è stato revisionato ed aggiornato ed a breve verrà implementato nell'intero territorio attraverso azioni di formazione dei conduttori. Seguirà

la realizzazione di uno studio di efficacia con l'obiettivo di identificare le caratteristiche dei fumatori associate all'esito del Trattamento di Gruppo. Sul trattamento di gruppo nel Veneto dal 1990 ad oggi sono stati svolti 459 corsi per un totale di 13.367 fumatori partecipanti.

#### *Rete degli Ospedali che promuovono la salute (HPH)*

È un progetto internazionale dell'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità finalizzato a promuovere la salute in tutti i clienti dell'Ospedale (personale, pazienti e la comunità). L'adesione alla Rete prevede che ciascun Ospedale sviluppi almeno tre Progetti di Promozione alla Salute. Numerosi sono stati i progetti sviluppati finora nel Veneto, tra cui "Ospedali Liberi dal Fumo". Nel corso del 2010 verranno realizzati corsi di formazione di counselling motivazionale anti-tabagismo rivolti ad operatori sanitari in integrazione con la rete HPH veneto. Inoltre, verranno predisposti dei piani di valutazione di efficacia, lo studio e la predisposizione di materiale formativo e divulgativo; un'azione di coordinamento e la diffusione delle progettualità in convegni, seminari, conferenze nazionali e internazionali in ambito della lotta al tabagismo.

#### *Terza area progettuale: Protezione dal fumo passivo e sostegno della normativa negli ambienti pubblici e privati di vita, lavoro e svago*

L'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 recante: "Disposizioni ordinamentali in materia di Pubblica Amministrazione" è rubricato: "Tutela della salute dei non fumatori" e definisce le misure che servono ad eliminare l'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro e locali pubblici chiusi. La legge ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, pubblici e privati, quindi anche a studi professionali, uffici privati, bar, ristoranti ed altri esercizi commerciali, stabilendo il principio che non fumare, nei locali chiusi, è la regola. In tal senso, l'obiettivo strategico che contraddistingue tale area è stato perseguito mediante le seguenti azioni:

- Monitoraggio e sostegno della applicazione della legge 3/2003 in luoghi pubblici (bar, ristoranti, discoteche, ecc.), in uffici pubblici, nei luoghi di lavoro privati, e nel comportamento del fumatore in auto;
- Attività di formazione rivolta al personale dei servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, sugli aspetti igienico sanitari, legislativi e tecnologici del fumo passivo;
- Implementazione e diffusione dei manuali per il controllo del fumo passivo: "Ambienti di lavoro liberi dal fumo", "Ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo", "Scuole libere dal fumo";

- Partecipazione, in qualità di coordinatori a livello nazionale per l'Area "Ambienti di lavoro", alle attività inerenti il progetto "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale" affidato dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) alla Regione Emilia-Romagna.

Nelle suddette linee di attività sono stati coinvolti attivamente tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS.

### *Risultati*

A partire dal 2005, nell'ambito del Progetto "Mamme Libere dal Fumo" nel Veneto è stata avviata la sperimentazione dell'attività monitorando un campione di circa 600 donne afferenti ai corsi di preparazione al parto. Il 17% di queste erano fumatrici o avevano smesso di fumare in concomitanza della gravidanza; il 5,5% erano ex-fumatrici "storiche" e il 77% non aveva mai fumato. Parallelamente si è monitorato anche un gruppo di controllo che non ha usufruito del counselling antitabagico. Il follow-up, per conoscere l'eventuale ripresa dell'abitudine al fumo, è stato fatto a distanza di 6 mesi dal parto, ad un anno e a due anni, sia per il gruppo di studio sia per il controllo. Il dato più interessante è quello che evidenzia come il counselling antitabagico raddoppi il comportamento di astinenza a due anni dal parto (44%), contro il 20% quando l'intervento è assente.

Dal 2003 ad oggi sono stati svolti 5 corsi di formazione rivolti al personale dei Dipartimenti di Prevenzione su diversi aspetti scientifici ed applicativi del fumo passivo. Nel 2009 è stato realizzato un approfondimento dedicato agli ambienti confinati, principalmente costituiti dalle abitazioni e dalle automobili. Sono stati pubblicati 4 manuali. Inoltre, sono state predisposte linee guida operative per l'appropriata applicazione della normativa e del suo uso in chiave promozionale (sviluppo di una cultura per ambienti liberi dal fumo) in due contesti: scuola e ambienti di lavoro.

Nel 2009 in Veneto sono state svolte, con riferimento al Coordinamento nazionale dell'Area "Ambienti di lavoro" sopra richiamato: a) un seminario a Camposampiero (PD) con le Regioni partecipanti all'Area suddetta. Hanno partecipato 20 rappresentanti di 10 Regioni. (date di svolgimento 16-17 aprile 2009); b) un incontro di coordinamento a Venezia con le Regioni impegnate nella realizzazione dei progetti. Hanno partecipato 11 operatori in rappresentanza di 6 Regioni (data di svolgimento 20 marzo 2009).

Sono state inoltre effettuate le seguenti rilevazioni relative al rispetto della normativa:

a) *Rilevazione sull'aderenza alle disposizioni di legge negli Uffici comunali del Veneto.* L'indagine ha riguardato un campione selezionato di sedi comunali principali (centrali o periferiche) corrispondenti ai Comuni di competenza di ciascuna Azienda Sanitaria. Gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS si sono recati nelle sedi dei Comuni campionati ed hanno visionato gli ambienti compilando l'apposita scheda di rilevazione. Attraverso l'osservazione diretta, l'operatore ha raccolto informazioni sul tipo di ufficio visitato (aperto o no al pubblico), sulla presenza di cartelli regolamentari di divieto di fumo, di posacenere, di mozziconi, di fumatori, di odore di fumo e sulla rispondenza alle indicazioni definite dalla legge dei locali visitati. La rilevazione è stata completata con l'intervista ad un dipendente dell'ufficio visitato in merito alla percezione sul rispetto della normativa, sia da parte dei dipendenti che degli utenti.

b) *Rilevazione sull'aderenza alle disposizioni di legge nelle Aziende private:* hanno partecipato al monitoraggio 8 Aziende ULSS del Veneto. Complessivamente sono state raccolte 165 schede per un totale di 809 locali visitati. La rilevazione è stata effettuata con le stesse modalità indicate in precedenza. L'analisi comparata indica l'esistenza della percezione di un rispetto non soddisfacente della normativa, negli ambienti relativi alle Aziende private.

Tuttavia, secondo i gestori che hanno partecipato allo studio nel Veneto, l'entrata in vigore della legge sul fumo sembra aver prodotto dei cambiamenti di rilievo. Nei locali visitati, quasi nessuno stava fumando, e persino l'odore di fumo era completamente assente tranne che in pochissimi casi: tale osservazione non si è modificata tra la prima e seconda rilevazione, mentre nella terza si è riscontrata una maggior attenzione al rispetto della normativa. Sembra che la maggior parte dei fumatori si sia prontamente adeguata alla legge e non sia ritornata col passare del tempo ai comportamenti esistenti prima dell'entrata in vigore della legge. Pochi gestori riferiscono di aver dovuto chiedere ai loro clienti di smettere di fumare. E tutto ciò sembra essersi verificato in assenza di sostanziali sforzi di applicazione delle sanzioni previste dalla legge, dal momento che solo la minoranza dei locali ha ricevuto un controllo da parte delle forze dell'ordine. Peraltro, i cambiamenti riportati dai gestori sono confermati anche dalle osservazioni dei ricercatori che hanno visitato i locali. Un altro grande mutamento riguarda il comportamento dei gestori stessi. Ad un anno dall'entrata in vigore della legge, del totale dei gestori fumatori (31%), solo il 28% fuma quanto fumava prima della legge e circa il 21% riporta di fumare molto meno.

*c) Rilevazione della prevalenza di fumatori in auto su tutto il territorio regionale:*

Nel mese di ottobre 2008 è stato condotto in Veneto uno studio di tipo osservazionale al fine di stimare la prevalenza di persone (conducenti e/o passeggeri) che fumano all'interno delle vetture grazie alla collaborazione degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione. Allo studio hanno aderito 19 Aziende ULSS del Veneto per un totale di 148 incroci stradali esaminati e 5.928 vetture monitorate. Nel 7% delle vetture è stata notata almeno una persona fumare. Nell'88% di queste era solo il conducente a fumare, nell'8% solo il/i passeggero/i e nel 4% sia il conducente sia il/i passeggero/i stavano fumando. Tra le auto che trasportavano bambini (pari al 13% delle vetture), nell'1% si è osservato un fumatore. I dati sono stati presentati in un convegno a Treviso il 12 giugno 2009. È stato anche realizzato un opuscolo informativo destinato agli automobilisti fumatori sui vantaggi dell'astensione dal fumo in ambienti confinati (casa e automobile) in particolare per i bambini e per la riduzione dell'inquinamento indoor. L'opuscolo è stato distribuito a tutte le aziende ULSS che ne cureranno la diffusione sul territorio, in particolare attraverso i servizi per l'infanzia, le farmacie ed i distributori di carburante.

*Quarta area progettuale: Attività di informazione e di sensibilizzazione della popolazione generale in occasione della Giornata mondiale Senza Tabacco*

144

L'obiettivo di tale area è quello di sostenere iniziative di marketing sociale legate alla Giornata mondiale Senza Tabacco, celebrata il 31 maggio di ogni anno, attraverso la produzione di materiale divulgativo specifico e l'organizzazione di un evento a carattere regionale.

**Risultati**

In occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco 2009 sono state svolte le seguenti azioni:

- Stampa e distribuzione a 1200 farmacie venete di 360.000 shopper (300 per ogni farmacia) in collaborazione con Federfarma Veneto.
- Organizzazione e realizzazione del Convegno Regionale "Giornata Mondiale senza Tabacco 2009: un messaggio per Guadagnare Salute" svoltosi a Venezia il 27 maggio 2009.

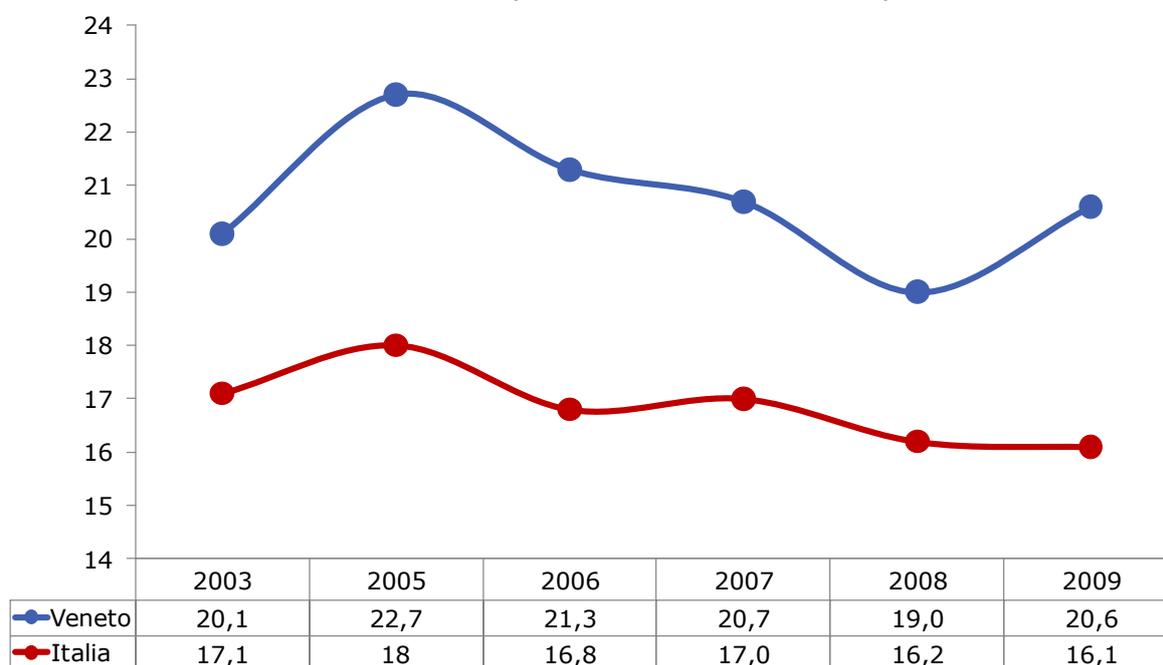
L'impegno della Regione del Veneto nel campo del contrasto del tabagismo è riconosciuto anche a livello nazionale. Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM del Ministero della Salute ha affidato alla Regione del Veneto dal 2005 ad oggi una serie di progetti a carattere nazionale che hanno tra i loro obiettivi: il monitoraggio della legge 3/2003 di protezione dal fumo passivo, l'implementazione di buone pratiche di prevenzione del tabagismo a scuola e il facilitare scelte di vita salutari

in ambiente domestico con il coinvolgimento attivo dei genitori. Inoltre, il Veneto è partner in una serie di progettualità a livello nazionale di contrasto del tabagismo e di implementazione del Programma "Guadagnare Salute".

#### *Fattore di rischio: abuso di alcol*

I dati epidemiologici relativi al fenomeno infortunistico sul lavoro e agli incidenti stradali indicano la necessità di un intervento non differibile. Da questo punto di vista, il progetto regionale "Non lasciamoci con l'amaro in bocca" è espressione dell'impegno della Regione del Veneto sui problemi di salute pubblica correlati a stili di vita rischiosi. Esso si pone in sintonia con il Programma interministeriale "Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari" che agisce sui quattro fattori di rischio evitabili: alcol, fumo, scorretta alimentazione e scarsa attività motoria, per la prevenzione delle malattie croniche. Con tale progetto la Regione del Veneto intende agire per una nuova cultura della salute e della prevenzione dei problemi legati all'assunzione di bevande alcoliche.

Consumatori di alcol a rischio di 14 anni e oltre. Veneto e Italia (per cento persone con le stesse caratteristiche)  
Anni 2003-2009 (escluso 2004. Fonte: ISTAT)



Il progetto è un intervento integrato per l'informazione corretta dei cittadini sulle conseguenze del consumo di alcol al fine di favorire l'assunzione di comportamenti sicuri alla guida e nel luogo di lavoro. Gli attori del progetto sono i Dipartimenti di Prevenzione,

in collaborazione con altri Servizi Socio Sanitari delle Aziende ULSS. La campagna si rivolge direttamente ai locali di ristorazione, agli Enti Locali e agli ambienti di lavoro sviluppando il tema della prevenzione degli incidenti, più precisamente di quella quota di incidenti stradali e sul lavoro, dovuta all'assunzione di alcol. L'intervento, oltre che affrontare i problemi "acuti" dell'assunzione di bevande alcoliche, si preoccupa anche dei problemi alcolcorrelati che rappresentano attualmente uno dei maggiori interessi della sanità pubblica. L'alcol è infatti al terzo posto tra i più importanti fattori di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione e il suo ruolo è più rilevante dell'ipercolesterolemia e del sovrappeso. Il target dell'intervento è quello della popolazione attiva (16 - 65 anni) che rappresenta il 50% della popolazione italiana.

Il progetto si caratterizza per i seguenti obiettivi:

*Obiettivo generale:* favorire comportamenti consapevoli dei cittadini per ridurre l'incidenza degli incidenti stradali e sul lavoro (e domestici), con una azione integrata dei Dipartimenti di Prevenzione sui Comuni, sulla distribuzione (ristoranti, bar, supermercati) e nel mondo del lavoro.

*Obiettivi specifici:* a) aumentare le competenze dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS per la prevenzione delle conseguenze legate alle modalità pericolose di assunzione di bevande alcoliche; b) promuovere politiche di prevenzione alcolologica presso i Sindaci fornendo strumenti efficaci per ridurre i problemi alcolcorrelati alla guida e sul lavoro; c) Promuovere la prevenzione alcolologica nella ristorazione e nel mondo del lavoro in genere (produzione, distribuzione, servizi) suggerendo la condivisione di interessi comuni e fornendo strumenti efficaci; d) impostare la ricerca relativa alla correlazione tra incidenti stradali, sul lavoro (e domestici) e l'assunzione di alcol utilizzando data base dei pronto soccorso ospedalieri; e) realizzare un programma integrato di marketing sociale.

*Il progetto si è sviluppato su tre fronti e più specificatamente con:*

- La realizzazione di corsi di formazione per il personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS della Regione del Veneto, quali attori principali per la diffusione delle informazione e la sensibilizzazione al progetto. In tal senso, sono stati svolti cinque corsi a livello provinciale con la partecipazione di oltre 200 operatori.
- La promozione di codici di autoregolamentazione ovvero raccomandazioni e delibere delle Amministrazioni Comunali aderenti al progetto, e politiche aziendali da parte di ipermercati e pubblici esercizi.

- L'incentivazione di politiche atte a stimolare comportamenti sicuri alla guida e al lavoro. In questo modo si vuole: disincentivare l'abitudine dei ristoratori ad offrire l'amaro dopo pasto, favorire il comportamento virtuoso del guidatore designato e promuovere politiche aziendali per la salute.

I materiali prodotti sono:

- protocollo per l'indagine su accessi al pronto soccorso per incidenti e alcolemia;
- strumento multimediale per le presentazioni ufficiali dell'iniziativa e per gli incontri istituzionali
- cortometraggio per la sensibilizzazione in occasione di aggregazioni;
- modello di codice di autoregolamentazione;
- materiale informativo generale del progetto: poster e gadget;
- kit didattico per le scuole.

### *Risultati*

A seguito della formazione, i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS aderenti al progetto sono stati invitati ad organizzare al loro interno un gruppo di interesse e a presentare un programma di attività per implementare il Progetto a livello locale, in sinergia con le attività istituzionali dei Servizi Dipendenze. Ad ogni Azienda ULSS è stato fornito tutto il materiale utile per la realizzazione della campagna di marketing sociale con i sindaci, i ristoratori, ecc.

Sono giunti programmi di lavoro da tutte le Aziende ULSS. Attualmente il gruppo di lavoro regionale che supporta il Progetto ha vagliato i programmi presentati e di questi ne ha selezionato quattro sulla base di alcuni criteri precedentemente definiti. Le quattro Aziende ULSS che hanno elaborato i programmi selezionati sono state: la 4 di Thiene, la 13 Mirano Dolo, la 15 Cittadella e la 16 di Padova. Sono state inoltre segnalate con menzioni speciali, le Aziende ULSS 1, 3, 9, 10, 14 e 22.

### *Fattore di rischio: inattività fisica*

L'attività fisica regolare è associata ad una vita più sana e più lunga. Le persone fisicamente attive hanno meno rischi di malattie cardiovascolari, alta pressione, diabete, obesità e alcuni tipi di cancro (colon, mammella). L'attività fisica inoltre contribuisce a mantenere ossa, muscoli ed articolazioni in buona salute, e riduce l'ansia e la depressione. L'attività fisica comporta dunque importanti benefici per la salute. Il Programma regionale: "Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive – Lotta alla

sedentarietà” propone l'adozione di stili di vita attivi per contrastare l'insorgenza delle malattie croniche (diabete, obesità, malattie cardiovascolari, tumori e molte altre).

Il progetto si caratterizza per i seguenti obiettivi:

*Obiettivo generale:* promuovere una cultura di promozione della salute che preveda un regolare esercizio fisico in particolar modo tra i giovani e gli anziani.

*Obiettivi specifici:*

- monitoraggio periodico dei livelli di attività fisica nella popolazione generale e nei suoi sottogruppi;
- formazione (personale sisp servizio igiene sanità pubblica e dipartimenti di prevenzione; altro personale ulss; insegnanti; operatori dei comuni; associazioni; altro);
- stipula di accordi e collaborazioni con i principali stakeholders (potenziare il lavoro in rete tra portatori di interesse, ad es. associazioni, operatori sanitari, istituzioni pubbliche e private);
- interventi di popolazione, quali: modificare il tessuto urbano in senso favorevole all'attività fisica (cammino; bicicletta; recupero di spazi urbani per il gioco in strada; dotazione di aree verdi; potenziamento delle palestre scolastiche; dotazione di strutture e impianti sportivi) e intervenire sugli altri determinanti ambientali dell'attività fisica (rete sociale; riduzione dei costi dell'accesso alle strutture per l'attività fisica, ecc.); sensibilizzare l'opinione pubblica favorendo, attraverso i mass media, l'inserimento del movimento fra le quotidiane abitudini di vita come camminare o andare in bicicletta e dando la priorità agli interventi di promozione dell'attività fisica sui giovani;
- iniziative organizzate di attività fisica dedicate anche alle fasce più deboli (anziani; portatori di patologia cronica; adulti sani ma non allenati): gruppi di cammino e bicicletta, ginnastica in palestra; pedibus e attività fisica extra-curricolare per i bambini; modalità di attività fisica diversificate per fascia d'età;
- promozione dell'attività fisica a livello individuale e di gruppo attraverso l'inserimento dell'attività fisica fra le attività quotidiane di vita come camminare, andare in bicicletta, fare le scale; adozione in prima persona stili di vita sani da parte di: Operatori Sanitari, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, personale non medico; insegnanti di educazione fisica; operatori dei comuni, volontariato.

Le attività conseguenti possono essere così elencate:

- costituzione di reti locali e regionali;
- progetti pilota di promozione dell'attività fisica;
- iniziative di contrasto dei determinanti ambientali della sedentarietà (esempio: intervento per modificare l'ambiente urbano in senso favorevole all'attività fisica e collaborazione con la Facoltà di Architettura dell'Università IUAV di Venezia, intervento sulla rete sociale);
- promozione del cammino, della bicicletta, dell'uso delle scale;
- iniziative di ginnastica in palestra, cammino e bicicletta per anziani e diabetici;
- finanziamento/supporto di progetti e attività nelle singole Aziende ULSS;
- campagna di marketing sociale (sito web; interventi sui mass media; campagna di promozione dell'uso delle scale);
- azioni di promozione dell'attività fisica nei bambini: a) Pedibus, iniziative "I walk to school"; b) Bimbinbici; c) Concorso "piccoli cittadini per grandi strade";
- formazione degli operatori sanitari (MMG, operatori di sanità pubblica, cardiologi, diabetologi) e non sanitari (insegnanti di educazione fisica, operatori dei comuni, associazioni di volontariato);
- progetto "Benattivi" (promozione dell'attività motoria negli anziani) e realizzazione di materiali e campagna regionale di formazione per MMG e operatori della prevenzione;
- studio su certificati medici e attività ginnico motoria in Veneto (Province di Verona e Treviso);
- integrazione con i progetti regionali di prevenzione cardiovascolare e di promozione della sana alimentazione

### *Risultati*

Nell'anno 2008:

- formazione Medici di Medicina Generale (MMG) e operatori della prevenzione 2007/8: 19 giornate in 13 Aziende ULSS con il coinvolgimento di 962 operatori sanitari di cui 724 MMG;
- finanziamento di 15 Progetti in 11 Aziende ULSS;
- supporto alla rete dei referenti di progetto (incontri e comunicazioni informali);
- diffusione di informazioni e di supporti didattici;
- aggiornamento bibliografico;
- riorganizzazione e ampliamento sito web; newsletter.

Nell'anno 2009

- è stato incrementato il numero di Aziende ULSS coinvolte nel progetto, che sono arrivate ad essere tutte le Aziende ULSS della Regione;

- il sito web è stato riorganizzato e ampliato, è proseguita la realizzazione della newsletter bimestrale (attualmente inviata a oltre 1000 operatori sanitari e non coinvolti nella promozione dell'attività fisica) ed è stato realizzato un blog per la promozione del movimento negli adolescenti;
- le attività collettive sono state potenziate aumentando il numero di Aziende ULSS in cui sono presenti gruppi di cammino e bicicletta, pedibus, ginnastica per anziani, iniziative di attività fisica per diabetici, cardiopatici e malati psichiatrici (v. sopra alla voce "attività svolte");
- sono state programmate in 11 Aziende ULSS le attività dei progetti locali da finanziare nel 2010;
- tutte le Aziende ULSS sono state coinvolte nelle attività di formazione del progetto nazionale di promozione dell'attività motoria, di cui il Dipartimento di Prevenzione di Verona è capofila;
- è iniziata la progettazione di una campagna di formazione a distanza per MMG che coinvolgerà circa 3.000 medici;
- è stato realizzato il volume su urbanistica e salute "Spazi per camminare. Camminare fa bene alla salute", Marsilio Editore.

## 2.4 La percezione della salute: il sistema di sorveglianza PASSI

---

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Nel 2006, quindi, il Ministero della salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: PASSI, cioè Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Il Sistema di Sorveglianza PASSI è concepito per fornire informazioni con dettaglio a livello aziendale e regionale, in modo da consentire confronti tra le Aziende Sanitarie e le Regioni partecipanti e fornire elementi utili per la programmazione locale. Due precedenti studi trasversali, condotti nel 2005 e 2006 in molte Regioni con il coordinamento del CNESPS, hanno consentito di sperimentare e validare strumenti e metodologia, sulla base delle principali esperienze internazionali esistenti (in particolare, il Behavioral Risk Factor Surveillance System americano).

### *Il funzionamento del Sistema di Sorveglianza*

Operatori sanitari delle Aziende ULSS, specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche delle Aziende Sanitarie, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età. La rilevazione (minimo 25 interviste al mese per Azienda) avviene continuamente durante tutto l'anno. I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy. Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali e interventi preventivi. Sono disponibili anche moduli opzionali, che le Regioni possono adottare per rispondere a proprie specifiche esigenze informative. Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale hanno consentito di ottenere un tasso di rispondenti molto elevato (87%, con solo il 9% di rifiuti nel 2008): un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati. Il Sistema di Sorveglianza 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. Nell'anno 2009 Italia tutte le Regioni e Province Autonome hanno aderito alla sorveglianza PASSI.

Nello stesso anno la sorveglianza PASSI è stata effettuata in 18 Aziende ULSS della Regione del Veneto: è stato intervistato un campione di 5.399 persone tra i 18 ed i 69 anni, estratto casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria delle stesse Aziende ULSS.

Secondo la rilevazione effettuata nel 2009, il 69% delle persone intervistate considera buono o molto buono il proprio stato di salute, mentre il 43% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute. Inoltre, il 7% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nelle ultime due settimane durante i 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne e le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

#### *Situazione nutrizionale e abitudini alimentari*

Nel Veneto il 4% delle persone intervistate 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. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso nel 22,5% dei casi e di praticare un'attività fisica almeno moderata nel 71%. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 13% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-34 anni e tra gli uomini.

#### *Attività fisica*

Il 29,5% degli intervistati può considerarsi adeguatamente attivo, il 45% svolge una moderata attività fisica senza però raggiungere i livelli raccomandati ed il restante 25,5% non svolge proprio attività fisica o ne fa pochissima. 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.

### *Abitudine al fumo*

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, il 25% si dichiara fumatore e il 22% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena l'1% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 93% delle persone intervistate dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre o quasi sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 12% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (2%) o in "alcune zone" (10%).

### *Consumo di alcol*

Riguardo il consumo di alcol da parte della popolazione veneta tra i 18 e 69 anni, si stima che circa i due terzi della popolazione considerata consumi bevande alcoliche ed il 24% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente l'11% beve fuori pasto, l'8% è bevitore "binge" ed il 12% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol solo in un caso su cinque e consigliano raramente di moderarne il consumo.

### *Sicurezza stradale*

Il 91% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 32% degli intervistati. Il 12% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista, mentre il 9% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

### *Sicurezza domestica*

Un altro aspetto della sicurezza esplorato è quello degli infortuni domestici. Nonostante la frequenza degli infortuni la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, nel Veneto, non è elevata: il 95% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale di intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici è limitata al 26%: tra questi ultimi il 29% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

### *Fattori di rischio cardiovascolare*

Un ulteriore ambito indagato è il rischio cardiovascolare. Si stima che sia iperteso un quinto della popolazione veneta, tra i 18 e i 69 anni. Il 74% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Al 7% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Più di un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (26%) e, tra

questi, il 24% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su cinque (21%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 7% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

#### *Programmi di prevenzione individuale*

Per quanto riguarda i programmi di prevenzione individuale sono stati raccolti dati sullo screening neoplasia del collo dell'utero, screening neoplasia della mammella, screening tumore del colon retto, la vaccinazione antinfluenzale e antirosolia. Dall'analisi di tali dati è risultato che l'83,5% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test negli ultimi tre anni come raccomandato. L'81,5% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato. Il 53% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, o una sigmoidoscopia, o una colonscopia negli ultimi cinque anni a scopo preventivo. Inoltre, è risultato che in media, solo il 25% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari e respiratorie), si è vaccinata contro l'influenza lo scorso anno. Infine, il numero di donne potenzialmente suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 31%.

## 2.5 Prevenzione secondaria e 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 coloretale 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 il Registro Tumori del Veneto (RTV), con compiti di coordinamento, monitoraggio degli indicatori di qualità e aggiornamento tramite relazioni ad hoc e rapporti annuali.

### *Progetto di consolidamento dello screening del cervicocarcinoma*

Nello screening citologico le donne fra i 25 e i 64 anni vengono invitate ad eseguire Pap test triennale.

### *Indicatori di qualità*

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 %. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31.12.2008. Da un'analisi complessiva dei risultati risulta che:

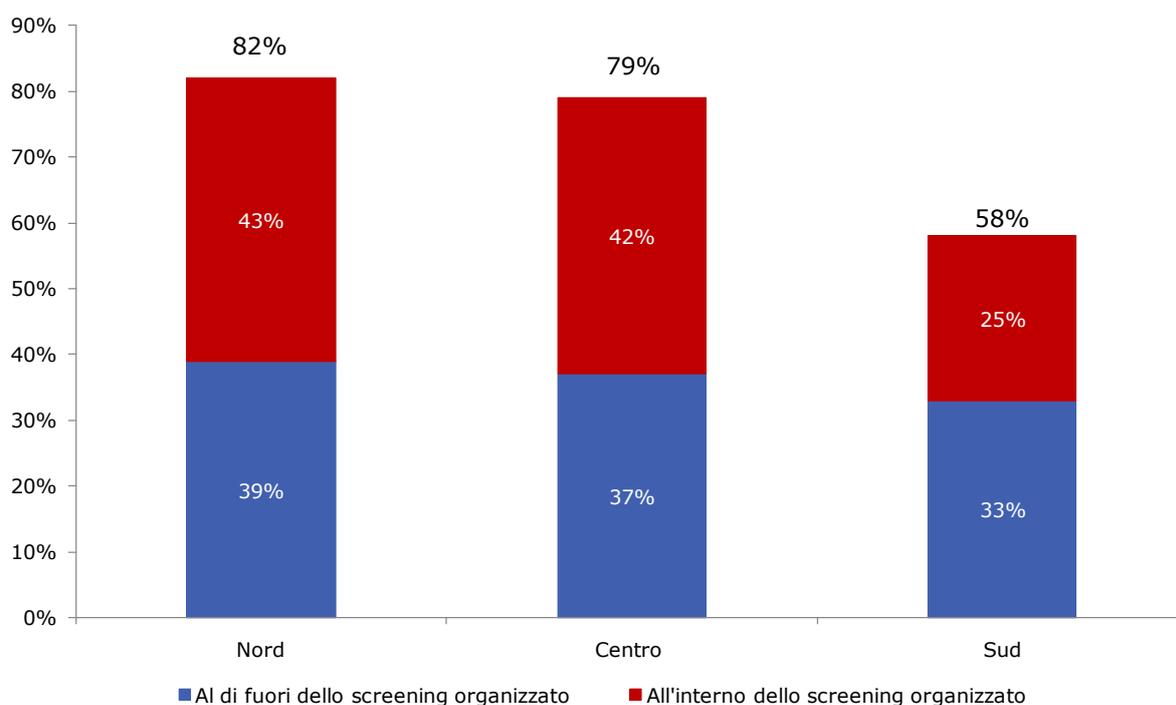
- Nonostante dal 2005 al 2009 il valore medio regionale dell'estensione sia aumentato di 11 punti percentuali, l'estensione degli inviti rimane subottimale (77.4%) e non garantisce ancora la regolare offerta del test a tutta la popolazione. La chiave di lettura più appropriata rimane comunque l'analisi dei risultati di ciascun programma. Il confronto tra le Aziende ULSS mostra infatti una situazione molto variegata: circa tre quarti hanno saputo espandere o mantenere i propri volumi di lavoro, mentre le rimanenti hanno invitato una quota di popolazione inferiore rispetto all'anno precedente. In un'Azienda ULSS lo screening è stato sospeso dal 2006 dicembre 2008.
- Dal 2005 al 2009 il tasso medio regionale di test inadeguati si è mantenuto generalmente di poco superiore allo standard accettabile, ma comunque lontano dallo standard desiderabile. Ciò nonostante esso è quasi il doppio della media nazionale. Va inoltre segnalato che circa un terzo delle donne con test inadeguato non risultano averlo ripetuto. In realtà, nel 2009 18 programmi su 21 rientrano nello standard accettabile, mentre nel 2005 vi rientravano solo 14. Il miglioramento registrato

sembra essere il frutto di un lavoro specifico compiuto dalle Aziende ULSS in collaborazione con il coordinamento regionale. Nel 2009 il tasso medio degli inadeguati è influenzato da tre programmi fortemente inadempienti. Uno di questi attiverà nel 2010 lo screening con il test HPV (Human Papillomavirus) e gli altri due stanno esplorando la possibilità di fare altrettanto. Questo cambiamento, se attuato, comporterà una drastica risoluzione del problema.

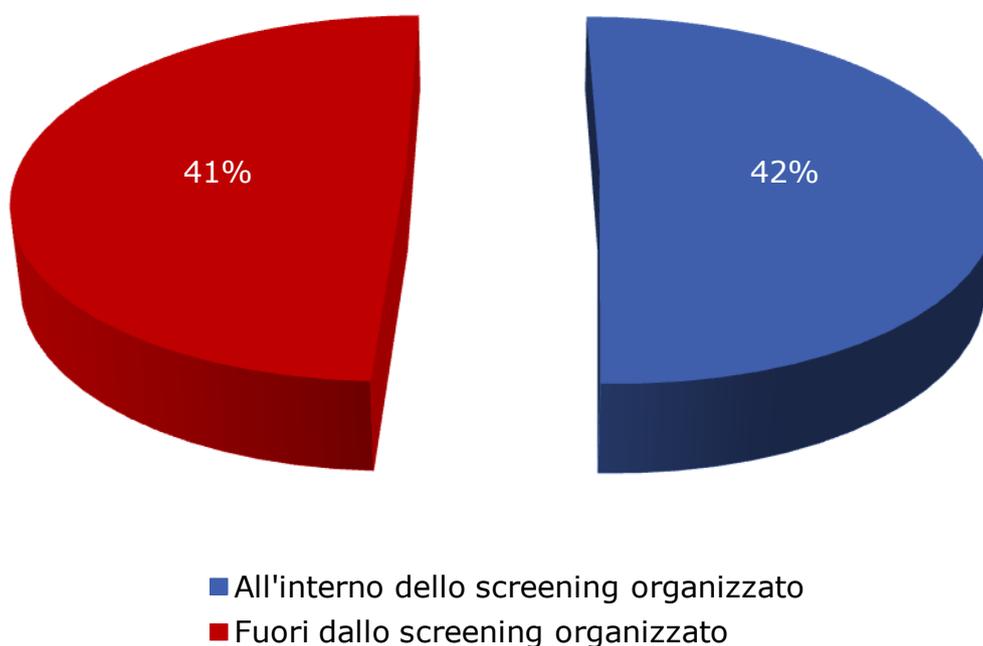
- La proporzione degli invii in colposcopia è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo, di poco superiore alla media dei programmi italiani. L'adesione alla colposcopia per citologia HSIL o più grave si è mantenuta sostanzialmente a livelli intermedi tra lo standard accettabile e quello desiderabile, e superiore alla media nazionale. Nell'adesione per tutte le classi citologiche vanno approfonditi i valori particolarmente bassi di alcuni programmi.
- I Valori Predittivi Positivi della biopsia cervicale per istologia CIN1+ e di ASC-US+ per istologia CIN2+ rimangono lontani dai parametri di riferimento. Si registra però un significativo miglioramento negli anni per quanto riguarda il VPP della biopsia per istologia CIN1+.
- La proporzione di CIN1 non sottoposte a trattamento ha raggiunto un valore che si può considerare ottimale (95%), ancora migliorato rispetto a quello del 2005, e largamente superiore alla media nazionale.

156

Copertura del Pap test negli ultimi 3 anni donne 25-64enni (%) in Italia  
Fonte: Ministero della Salute



Pap test preventivo eseguito negli ultimi 3 anni nel Veneto.  
Donne 25-64enni (%). Fonte: Pool PASSI 2009



#### Formazione

Più di 500 operatori il 70% dei quali non medici, sono coinvolti nei programmi di screening citologico del Veneto. Obiettivo del coordinamento regionale è di offrire agli operatori la possibilità di una formazione di base sugli screening, più eventi specifici per le diverse specialità. Dal 2005 al 2009 sono stati organizzati su base annuale diversi eventi formativi che, globalmente, hanno visto la partecipazione di più di 900 operatori, 344 dei quali nel 2009.

#### Protocolli e Linee Guida

L'aggiornamento dei protocolli del secondo livello e del follow up delle lesioni trattate è stato praticamente completato.

#### Progetto di consolidamento e di attivazione dello screening dei mammografico

Lo screening mammografico è rivolto alle donne fra i 50 e i 69 anni invitate ad eseguire una mammografia con frequenza biennale.

#### Indicatori di qualità

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 21 del 2009, completando così l'estensione territoriale. L'estensione effettiva (invitate/eleg-

gibili) è passata dal 75% del 2005 al 92% del 2009, con un'adesione del 74%. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31.12.2008. Da un'analisi complessiva dei risultati risulta che:

- La maggior parte delle Aziende ULSS conservano volumi di lavoro costanti, che dovranno però essere in grado di mantenere o incrementare nei prossimi anni. Persiste una certa diversificazione territoriale, e due programmi hanno una estensione biennale insufficiente, inferiore al 60% necessario per l'accreditamento regionale.
- Si conferma positivo il dato di adesione, superiore alla media nazionale e vicino allo standard GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico) desiderabile.
- I tassi di richiamo registrano un miglioramento rispetto al 2005, sia ai primi esami che agli esami successivi rientrando negli standard accettabili.
- Rimangono elevati i richiami intermedi, che secondo le Linee Guida Europee andrebbero invece evitati.
- Nel 2008 i tumori screen detected sono stati 812. Il tasso di identificazione è inferiore allo standard nei primi esami, è invece conforme negli esami successivi. La spiegazione probabilmente sta nel frequente ricorso alla mammografia nelle donne <50 anni.
- Complessivamente, gli indicatori risultano abbastanza soddisfacenti nel confronto con gli standard nazionali. Ognuno di essi però deriva dalla composizione di valori molto variegati nelle diverse ULSS. Con l'adozione della doppia lettura in tutte le Aziende ULSS tranne una, diminuisce la difformità dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostici, che comporta un uso poco efficiente della risorsa più scarsa, cioè il tempo-radiologo. Alcune realtà soffrono ancora di difficoltà legate al mancato aggiornamento e/o all'uso inappropriato dei sistemi informatici.

158

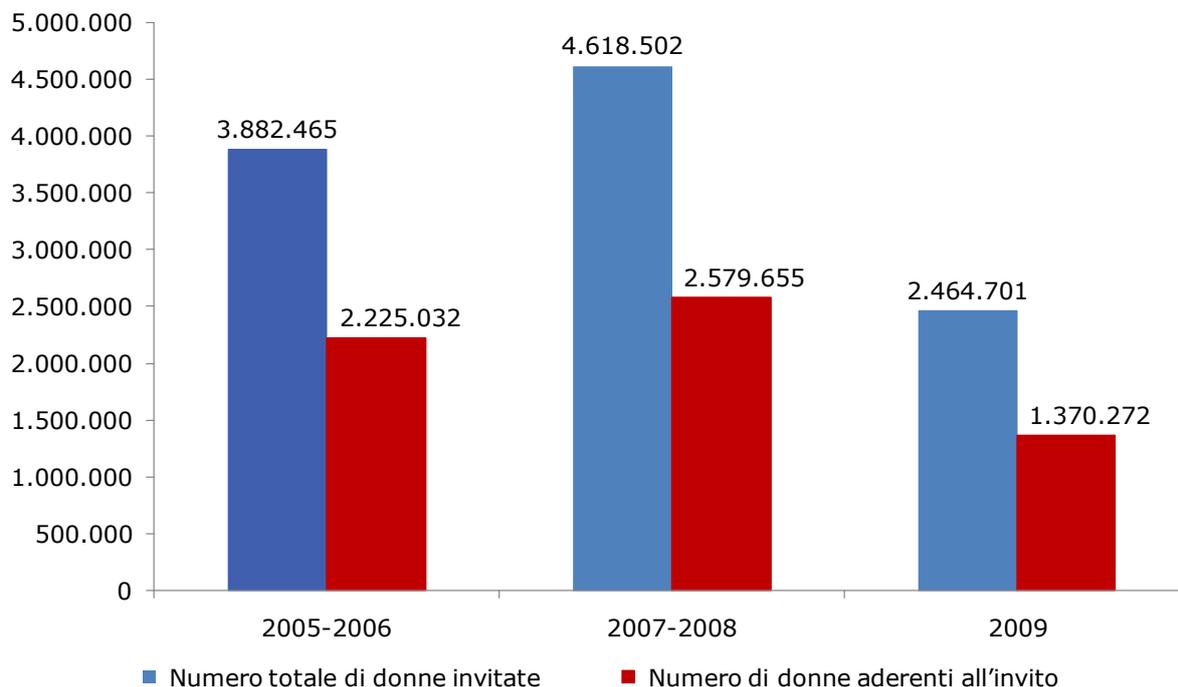
#### *Formazione*

Più di 400 operatori il 70% dei quali non medici, sono coinvolti nei programmi di screening mammografico del Veneto. Obiettivo del coordinamento regionale è di offrire agli operatori la possibilità di una formazione di base sugli screening, più eventi specifici per le diverse specialità. Dal 2005 al 2009 sono stati organizzati su base annuale diversi eventi formativi che, globalmente, hanno visto la partecipazione di più di 1300 operatori, 367 dei quali nel 2009.

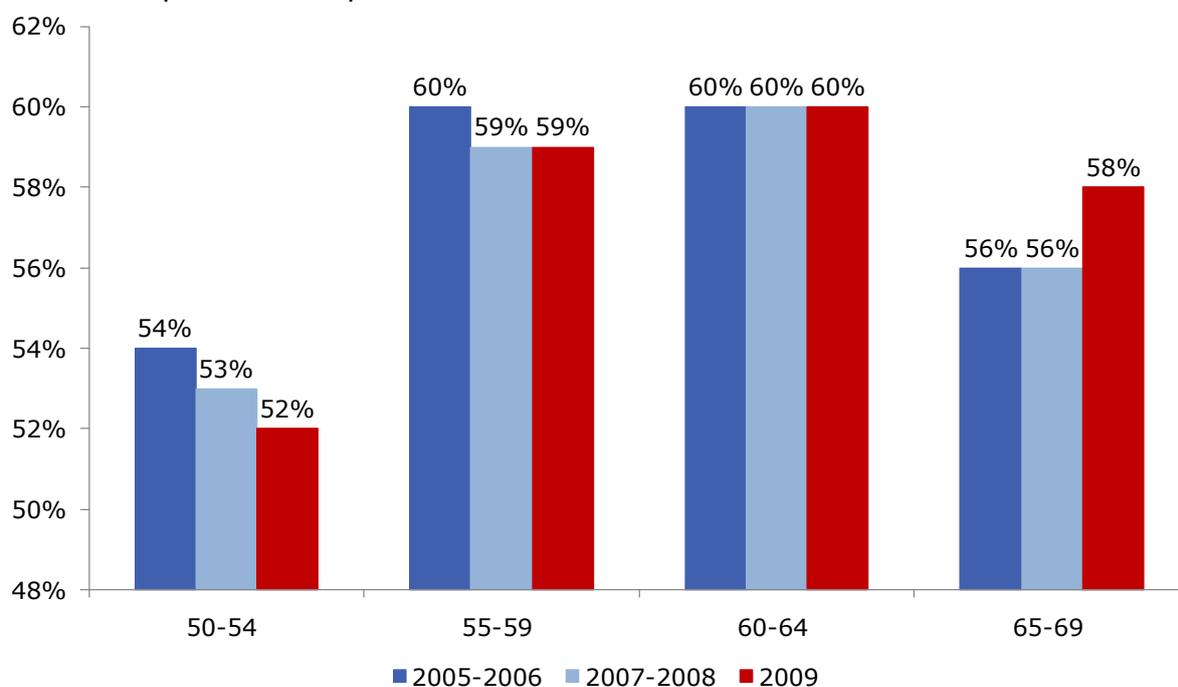
#### *Protocolli e Accredimento*

L'adesione di tutti i programmi all'indicazione della doppia lettura e al modello organizzativo standard dello screening è favorita dall'implementazione delle procedure di accreditamento, prevista per il 2010.

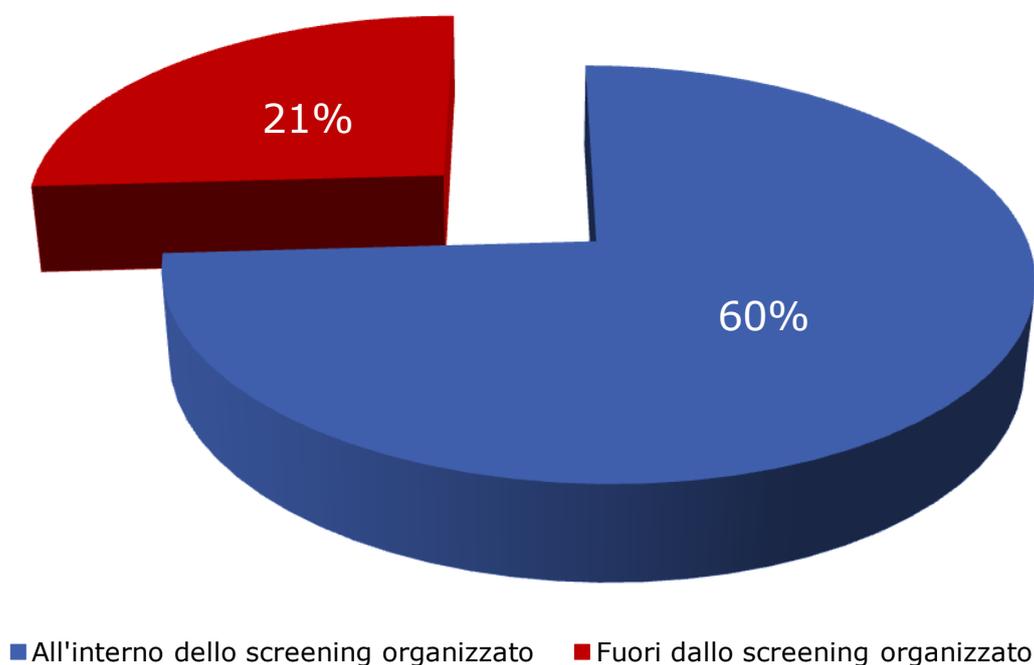
Dati nazionali di attività di screening mammografico  
Fonte: Ministero della Salute



Dati nazionali di attività di screening mammografico. Adesione percentuale per classe di età. Fonte: Ministero della Salute



Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni nel Veneto. Donne 50-69enni (%). Fonte: Pool PASSI 2009



## 160 *Progetto di consolidamento e di attivazione dello screening dei tumori coloretali*

Lo screening coloretale è rivolto a uomini e donne fra i 50 e i 69 anni, invitati ad eseguire un test del sangue occulto fecale ogni due anni. In sei programmi italiani, fra cui due veneti, lo screening coloretale utilizza come test di screening la rettosigmoidoscopia offerta ai sessantenni.

### *Indicatori di qualità*

La popolazione target del Veneto è di circa 1.200.000 persone. I programmi di screening coloretale attivi nelle Aziende ULSS della Regione sono passati dai 13 del 2005 ai 21 del 2009, completando così l'estensione territoriale. Venti programmi propongono il test per la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) biennale ai residenti in età 50-69 anni, mentre uno, Verona, utilizza la rettosigmoidoscopia (RS) per i 60enni e il SOF per i non aderenti alla RS e per i 61-69enni. Complessivamente i programmi coprono il 100% della popolazione bersaglio e nel 2009 hanno raggiunto un'estensione effettiva del 66%. Sono disponibili dati e indicatori di qualità consolidati al 31.12.2008. Da un'analisi complessiva dei risultati risulta che:

- Nel Veneto lo screening del carcinoma coloretale rappresenta ormai un'attività consolidata. Rispetto al 2005 sono migliorate la qualità e la completezza dei dati inviati dai programmi. Si tratta di un segnale positivo, che rispecchia sia

- l'adeguamento della dotazione informatica dei programmi che una maggiore sensibilità alla raccolta dei dati da parte degli operatori.
- L'estensione degli inviti è inferiore allo standard di riferimento per l'accreditamento regionale (>80%). Il dato medio regionale è tuttavia poco informativo, poiché i valori riportati dai singoli programmi sono molto difforni tra di loro: a fronte di dieci programmi che hanno raggiunto livelli di estensione ottimali, altri hanno invitato meno di metà del target annuale.
  - Sono soddisfacenti i livelli di adesione raggiunti da quasi tutti i programmi, sia al test di primo livello che all'approfondimento. Anche gli indicatori di qualità della colonscopia sono positivi, anche se gli strumenti per valutare adeguatamente il secondo livello dello screening andrebbero ulteriormente arricchiti.
  - Rispetto agli anni precedenti si evidenzia un lieve miglioramento dei tempi di attesa, che tuttavia rimangono superiori agli standard di riferimento per quanto riguarda l'esecuzione della colonscopia di approfondimento. Questo dato pone un dubbio sulla "tenuta" nel medio e lungo termine di alcuni programmi.
  - Il tasso di identificazione diagnostica per adenomi avanzati e cancro si colloca generalmente entro i valori attesi.
  - Quanto detto per la colonscopia vale anche per i trattamenti: le valutazioni, presentate per la seconda volta in questo rapporto, sono positive, ma gli aspetti indagati sono ancora troppo limitati.

### *Formazione*

Più di 200 operatori il 70% dei quali non medici, sono coinvolti nei programmi di screening coloretale del Veneto. Obiettivo del coordinamento regionale è di offrire agli operatori la possibilità di una formazione di base sugli screening, più eventi specifici per le diverse professionalità.

Dal 2005 al 2009 sono stati organizzati su base annuale diversi eventi formativi che, globalmente, hanno visto la partecipazione di più di 550 operatori, 129 dei quali nel corso del 2009.

### *Survey Nazionale degli Screening Colorettali*

Il Registro Tumori del Veneto, in collaborazione con il Registro Tumori della Romagna, ha curato la raccolta e l'analisi annuale dei dati di attività del 2007 di tutti i programmi di screening italiani, su incarico dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

### *Linee di lavoro comuni ai tre screening*

L'attivazione dello Screening comprende l'adesione ad un sistema informativo comune a tutte le Aziende 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 del Veneto, e quindi accessibile da remoto. Gli operatori delle diverse Aziende 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.

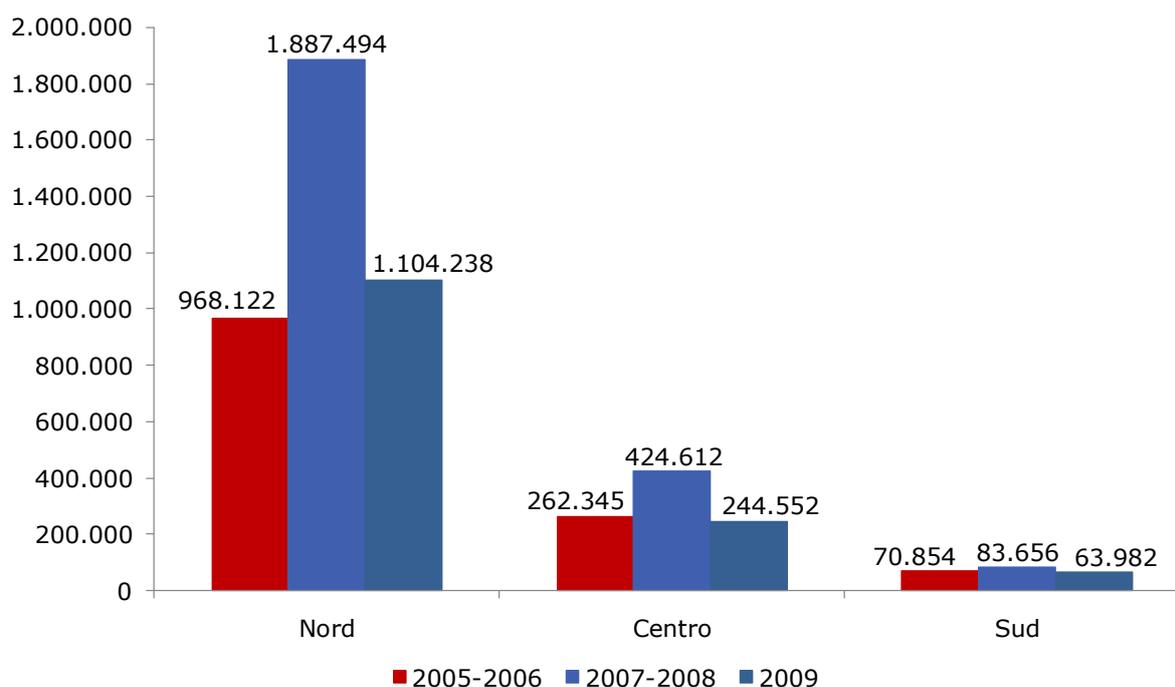
I vantaggi derivanti da questa soluzione sono molteplici:

- non è necessaria alcuna installazione sui PC dei diversi centri;
- l'aggiornamento del software avviene in tempo reale ed è disponibile per tutti gli utenti senza nessun interventi in loco;
- consente la centralizzazione della base, la standardizzazione delle informazioni, il monitoraggio in tempo reale degli indicatori;
- permette la centralizzazione del backup, la sicurezza e la continuità operativa;
- è integrabile con gli altri sistemi informativi collegati allo screening (laboratorio, anatomia patologica, CUP, ecc..).

Nel 2009 l'applicativo era in uso presso nove Aziende ULSS per lo screening citologico, in 10 Aziende ULSS per lo screening mammografico, ed in 11 Aziende ULSS per lo screening colonrettale.

162

Persone sottoposte a screening dei tumori colonrettali in Italia  
Fonte: Ministero della Salute



*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 2004 la Regione del Veneto aveva affidato al Registro Tumori del Veneto i compiti di:

- verifica e analisi dei dati di attività alla luce degli standard attuali;
- rilevazione delle procedure in atto, delle risorse umane e materiali affidate agli screening;
- preparazione di una relazione tecnica per le Direzioni delle Aziende e per la Regione stessa.

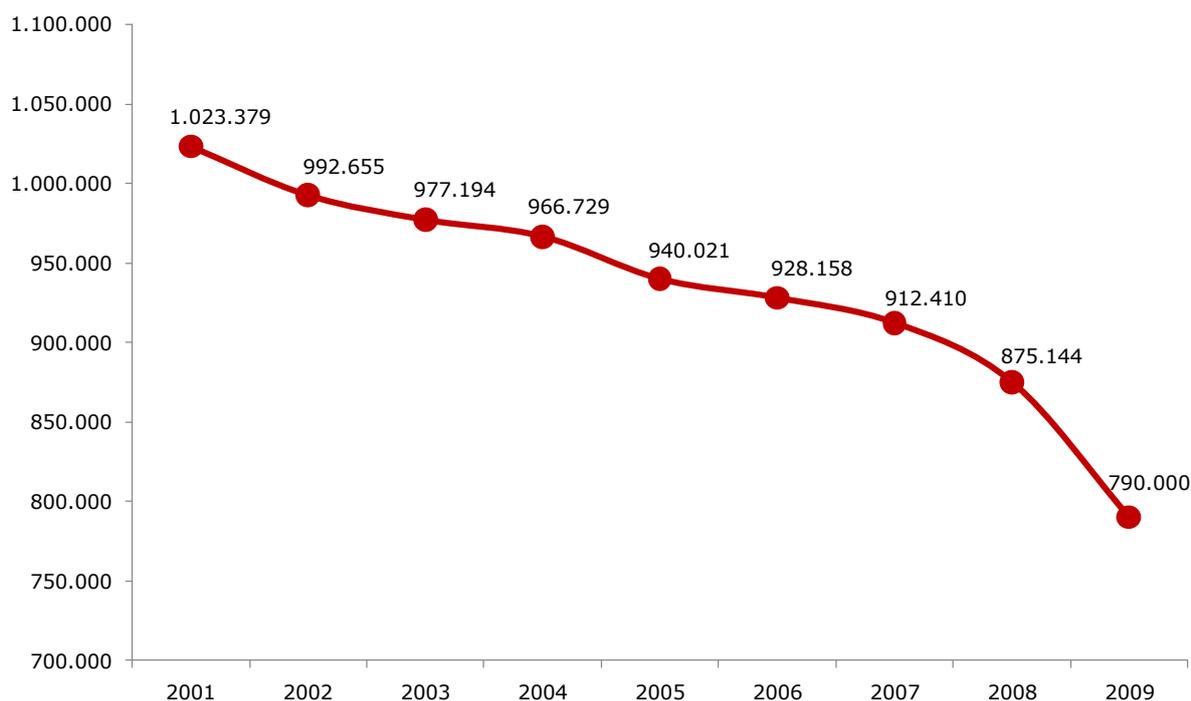
Tra il 2005 e il 2006 sono state effettuate visite di verifica in 13 Aziende ULSS valutando un totale di 18 programmi, 11 di screening citologico e 7 di screening mammografico. Il sistema delle visite di verifica è apparso fattibile, ed anche sensibile, in quanto è riuscito a rilevare una serie di disfunzioni di una certa rilevanza, accanto a numerose situazioni di eccellenza. Non è facile invece appurare con certezza se il sistema sia stato anche efficace, cioè se le segnalazioni di disfunzione abbiano avuto un impatto sulla realtà in tutti i casi segnalati.

Nel 2007 l'Agenda 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 e le evidenze sulla base delle quali dovranno essere valutati e gli standard di riferimento. Nel 2008 e nel 2009 molte Aziende ULSS hanno iniziato 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 nella seconda metà del 2010.

## 2.6 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e promozione del benessere organizzativo

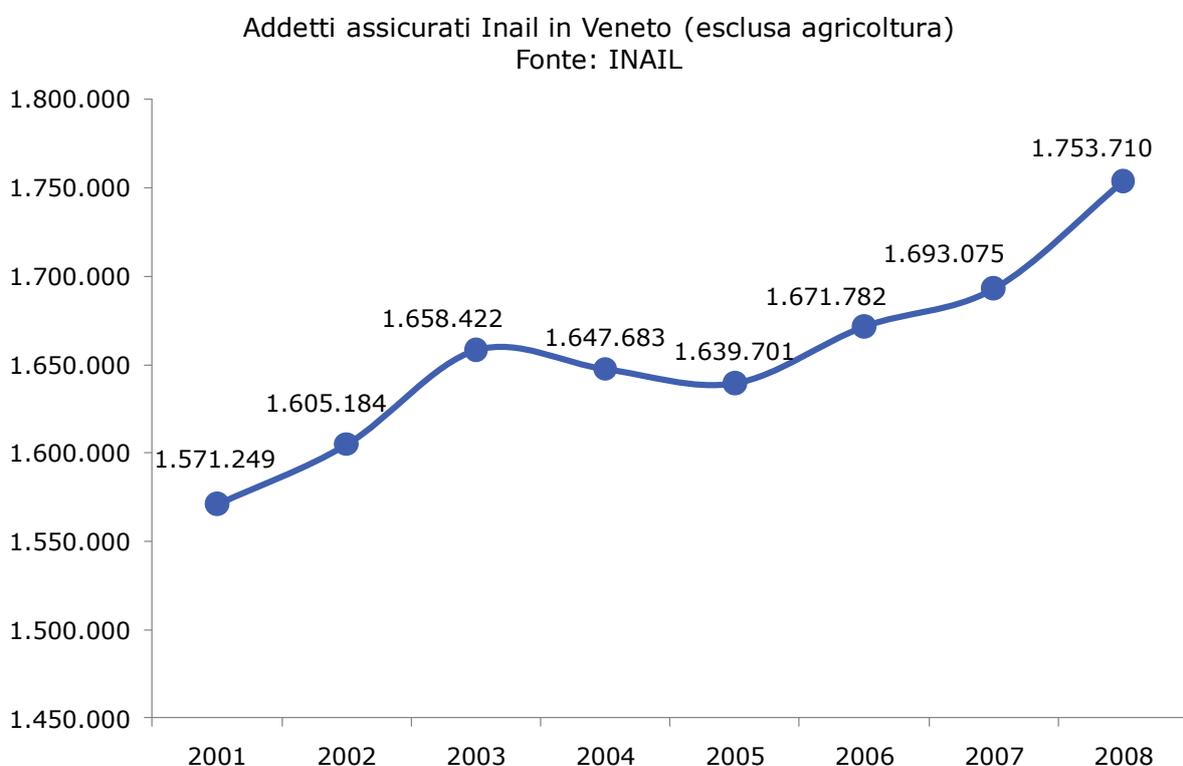
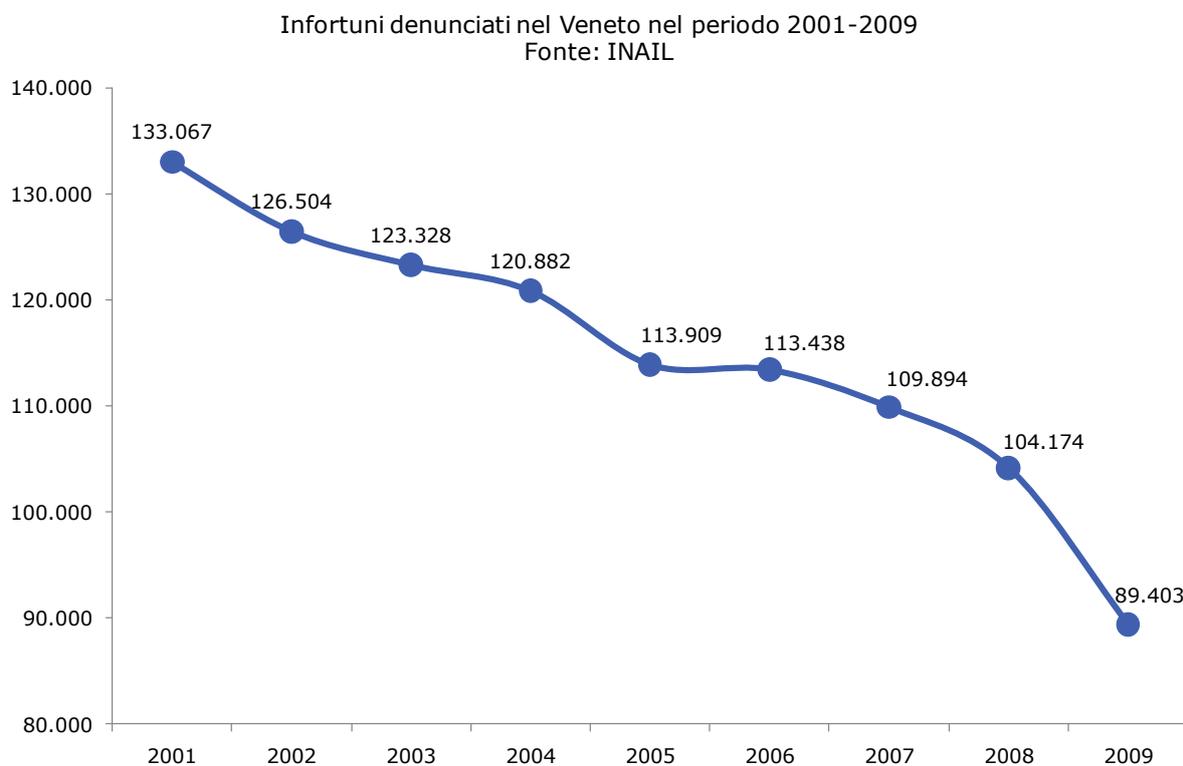
Numerosi sono i fattori di rischio negli ambienti lavorativi che possono causare infortuni: carenze di sicurezza od uso improprio di macchine ed attrezzature, luoghi di lavoro pericolosi, inalazione di sostanze chimiche in concentrazioni elevate, movimentazione manuale di carichi, ecc.. In Italia nel 2009 (dati più recenti disponibili) gli infortuni denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) sono calati quasi del 10% rispetto all'anno precedente. In Veneto la diminuzione è del 14,2%. I dati riferiti al 2009, non essendo ancora stabilizzati, devono essere però utilizzati con cautela ed è opportuno, per ogni più approfondita valutazione di merito, restare ai dati consolidati dell'anno 2008. È evidente comunque il trend decrescente del fenomeno infortunistico, accentuato anche dalla particolare crisi economica attraversata. Negli anni dal 2001 al 2008 il calo complessivo sul piano nazionale è stato del 14% circa; in Veneto la diminuzione degli infortuni denunciati dal 2001 al 2008 è stata pari al 22%.

Infotuni denunciati in Italia nel periodo 2001-2009  
Fonte: INAIL

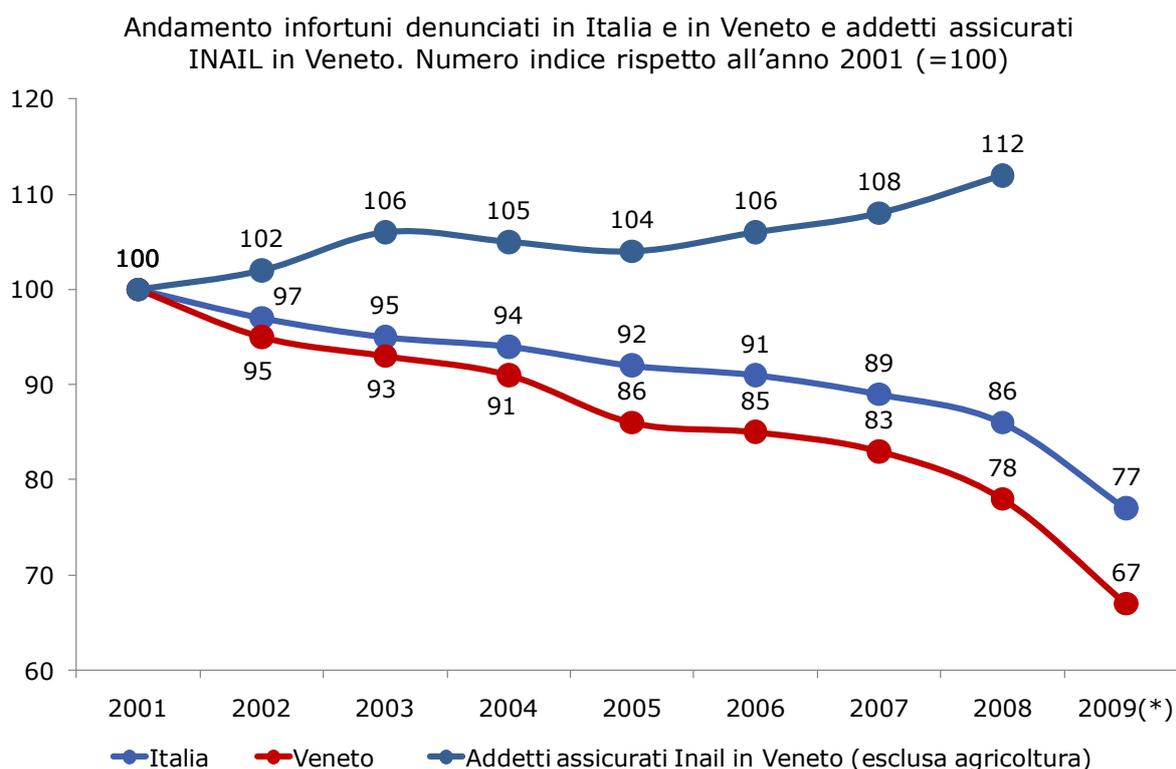


Nello stesso periodo gli addetti assicurati stimati dall'Inail (Industria e Servizi esclusa l'agricoltura) in Veneto sono aumentati del 12%. Per effetto del calo di infortuni registrato in questi anni, accompagnato dall'incremento di addetti assicurati, l'indice di incidenza è in costante diminuzione. Nell'Industria e Servizi da un valore di circa 47

infortuni (infortuni indennizzati esclusi itinere) per 1000 addetti nel 2001 si passa al 32 del 2008.



L'anno 2008 è stato comunque un anno positivo per l'andamento infortunistico probabilmente anche complice la crisi economica, il cui peso appare ancor più evidente nel 2009. In agricoltura nel 2008 i casi denunciati sono stati circa 5.000, con una flessione rispetto al 2001 del 33%; nelle costruzioni si arriva a 10.300 eventi, con una diminuzione del 23%.



166

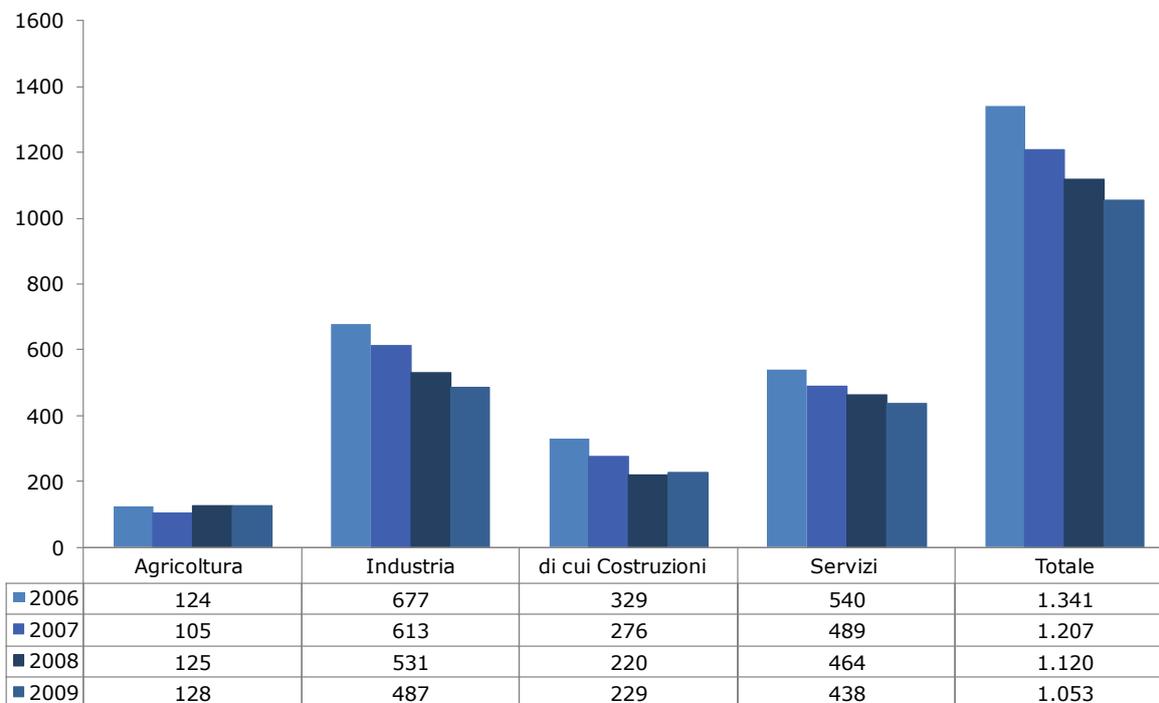
In tutto il manifatturiero si assiste ad una forte diminuzione, in particolare nell'industria tessile, nell'industria conciaria e nelle estrazioni minerali, comparti in cui anche la forza lavoro è diminuita, seppur limitatamente, mentre nel settore metalmeccanico si assiste ad una importante diminuzione degli infortuni pur in presenza di un aumento di occupati. I comparti che invece rimangono stabili, o addirittura aumentano, sono quelli del terziario: Servizi, Sanità e Conto Stato.

*Infortuni mortali*

In Italia nel 2008 gli infortuni mortali denunciati all'INAIL sono diminuiti del 7,2% rispetto all'anno precedente, passando dai 1.207 del 2007 ai 1.120 del 2008. I dati per il 2009 (1.053 casi) confermano la tendenza al decremento. Le attività a più alto rischio di infortunio mortale sono i trasporti, le costruzioni (edilizia), l'agricoltura, la lavorazione dei

minerali non metalliferi (marmo, laterizi, vetro) e l'Industria dei metalli (lavorazioni metallurgiche).

Infortunati mortali sul lavoro denunciati per ramo di attività economica.  
Anni evento 2006-2009 (Fonte: INAIL)



167

Veneto - Infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL, avvenuti nel periodo 2008-2009						
Province	Industria e servizi			Casi Mortali		
	2008	2009	%	2008	2009	%
Belluno	3.768	3.110	-17,46	3	2	-33,33
Padova	16.908	14.609	-13,60	21	18	-14,29
Rovigo	3.333	3.035	-8,94	4	4	-
Treviso	17.993	15.139	-15,86	20	6	-70,00
Venezia	16.116	13.814	-14,28	20	12	-40,00
Verona	19.455	16.926	-13,00	17	16	-5,88
Vicenza	19.084	15.444	-19,07	14	8	-42,86
<b>Veneto</b>	<b>96.657</b>	<b>82.077</b>	<b>-15,08</b>	<b>99</b>	<b>66</b>	<b>-33,33</b>
Italia	790.279	705.181	-10,77	979	878	-10,32

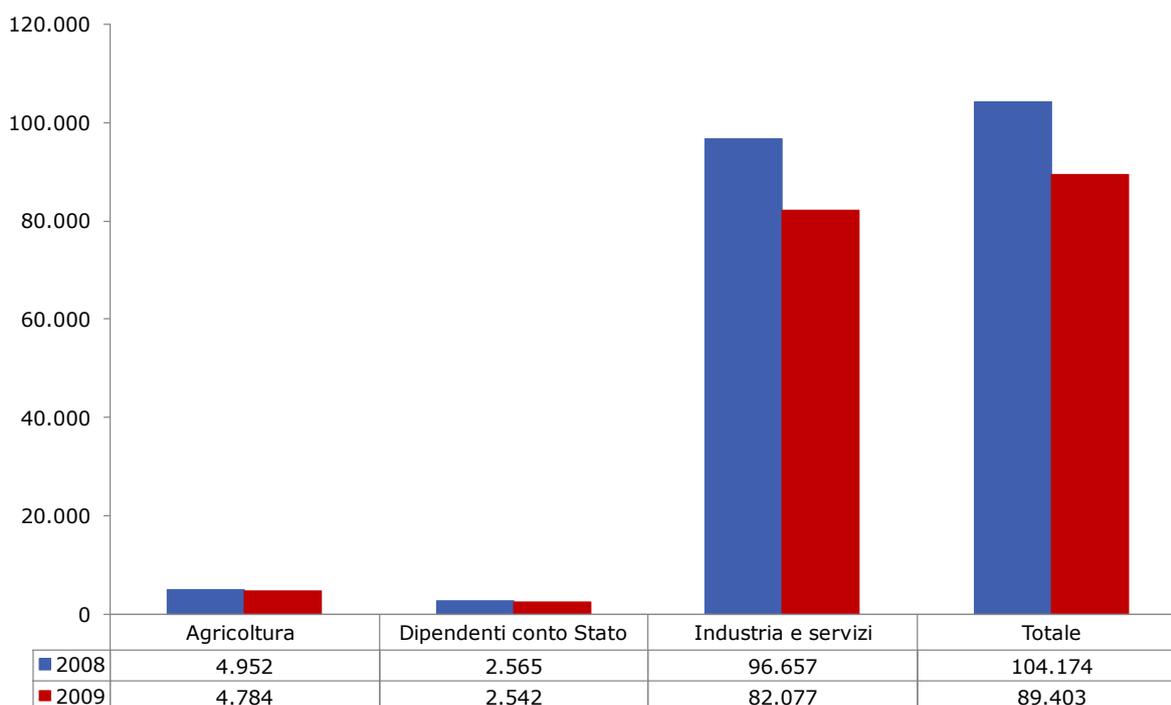
Considerando tutti gli eventi mortali, nel 2009 gli incidenti che avvengono sulla strada, tra i quali si contano anche quelli nel percorso casa-lavoro-casa, rappresentano oltre il 60% delle cause di decesso.

Veneto - Infortuni da circolazione stradale avvenuti nel 2009 e denunciati all'INAIL						
Province	Infortuni Denunciati			Mortali		
	Totali	da circ. stradale	%	Totali	da circ. stradale	%
Belluno	3.395	342	10,07	2	1	50,00
Padova	15.797	3.596	22,76	19	12	63,16
Rovigo	3.425	427	12,47	4	3	75,00
Treviso	16.522	3.067	18,56	7	5	71,43
Venezia	14.696	2.562	17,43	13	10	76,92
Verona	18.964	3.227	17,02	20	12	60,00
Vicenza	16.604	2.300	13,85	10	4	40,00
<b>Veneto</b>	<b>89.403</b>	<b>15.521</b>	<b>17,36</b>	<b>75</b>	<b>47</b>	<b>62,66</b>
ITALIA	790.000	125.216	15,85	1.050	580	55,24

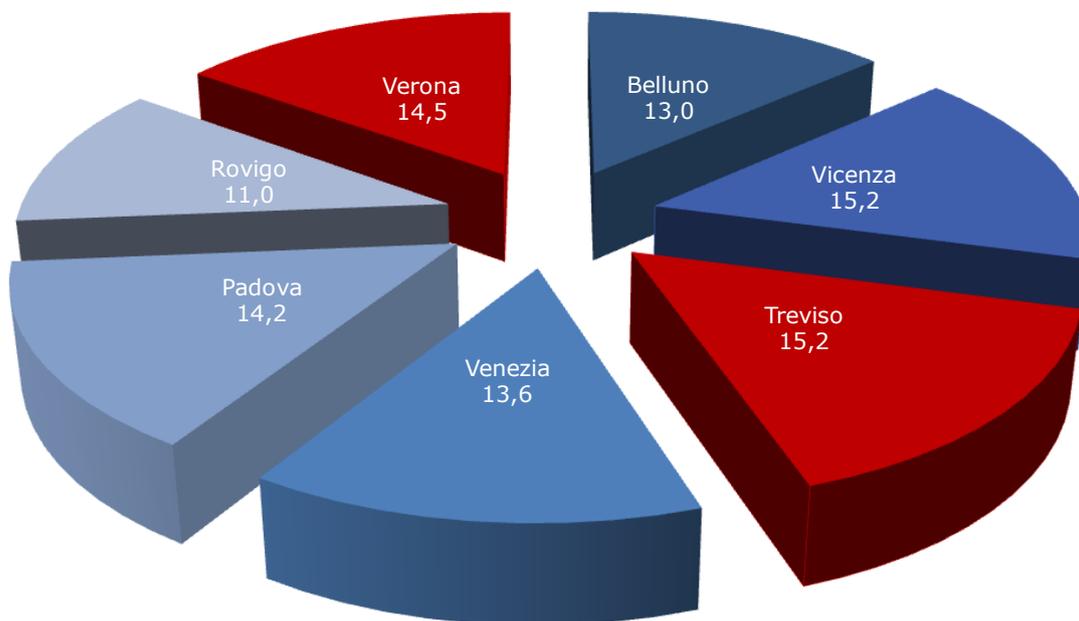
### Profili territoriali di rischio

La maggior parte degli infortuni avviene in un numero limitato di aziende. Un'analisi dei flussi infortunistici dell'ultimo periodo con riferimento al settore Industria e Servizi ed agli infortuni indennizzati con esclusione di quelli in itinere – evidenzia come sul totale delle ditte del Veneto solamente nel 14,3% di queste, 51.500 unità locali, sia avvenuto almeno un infortunio nel triennio. Il 10% di esse ha più di più di 30 addetti. In quest'ultime, che rappresentano l'1,5% di tutte le aziende del Veneto, accade il 43% degli infortuni (indennizzati).

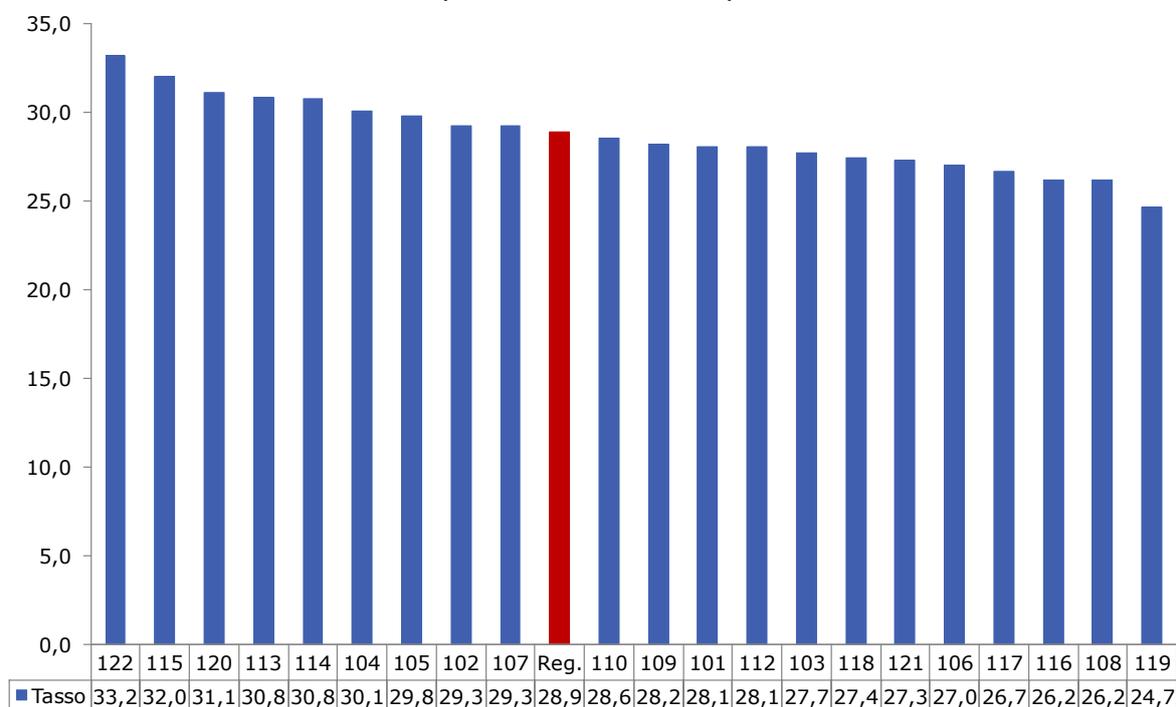
Veneto - Infortuni denunciati all'INAIL, avvenuti nel periodo 2008-2009 per settore di attività economica



Distribuzione percentuale per Provincia del Veneto delle ditte con almeno un infortunio nel periodo 2006-2008



Tasso standardizzato per Azienda ULSS del Veneto. Triennio 2006-2008 (infortuni x 1000 addetti)



Un criterio generale complessivo per confrontare tra di loro realtà territoriali differenti, le quali sono fortemente influenzate dalla diversa distribuzione di variabili che incidono

sull'evento infortunistico, è l'utilizzo di un indicatore di incidenza standardizzato (Tasso standardizzato), costruito in modo "artificiale" tenendo conto della distribuzione degli addetti e delle lavorazioni ma più adatto al raffronto di popolazioni diverse. In tal modo è possibile un confronto diretto tra Regioni nonché tra Aziende Sanitarie e Province di Regioni diverse.

#### *La sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti*

Ulteriori elementi di conoscenza sullo stato di salute dei lavoratori viene dagli esiti degli accertamenti sanitari dei Medici Competenti. Attraverso l'elaborazione di un campione indicativo relativo alla sorveglianza sanitaria effettuata in circa 9.000 aziende del Veneto e riguardante 220.000 lavoratori, 128.000 dei quali soggetti a visita medica, è possibile ricavare un primo quadro complessivo dell'esposizione dei lavoratori ai diversi rischi. Il principale fattore di rischio a cui sono esposti i soggetti di questo campione è la movimentazione manuale dei carichi (40%), a cui si aggiunge il 19% di esposti a sovraccarico biomeccanico arti superiori (in alcuni casi i rischi si potrebbero sovrapporre nello stesso soggetto). Segue il rumore ed il rischio chimico. La popolazione lavorativa di sesso femminile è generalmente rappresentata in percentuale minore rispetto a quella maschile (36% sul totale) salvo che per l'esposizione ad agenti biologici (58%).

Rischi lavorativi *	Percentuale lavoratori esposti**	Percentuale di Femmine
n. esposti a movimentazione manuale dei carichi	40%	28%
n. esposti rumore	36%	9%
n. esposti ad agenti chimici	30%	28%
n. esposti videoterminali (vdt)	29%	47%
n. esposti a sovraccarico biomeccanico arti superiori	19%	37%
n. esposti ad agenti biologici	15%	58%
n. addetti lavoro notturno	12%	41%
n. esposti vibrazioni mano braccio	12%	6%
n. esposti ad altri fattori emersi in seguito alla val. rischi	12%	21%
n. esposti vibrazioni corpo intero	8%	4%
n. esposti microclima severo	6%	7%
n. esposti ad agenti cancerogeni e mutageni	5%	30%
n. esposti stress lavoro-correlato	5%	37%
n. esposti radiazioni ionizzanti	3%	22%
n. esposti radiazioni ottiche artificiali	3%	6%
n. esposti campi elettromagnetici	1%	28%
n. esposti infrasuoni	0%	12%
n. esposti ultrasuoni	0%	28%
n. esposti atmosfere iperbariche	0%	6%

\* lo stesso soggetto può essere esposto a più rischi contemporaneamente

\*\* Rispetto a quelli sottoposti a vigilanza

Tali informazioni, unitamente ai dati degli infortuni e delle malattie professionali, rappresentano la base dati sulla quale costruire delle vere e proprie mappe di rischio utili per monitorare e valutare lo "stato di salute" delle aziende e dei lavoratori.

### *Malattie professionali*

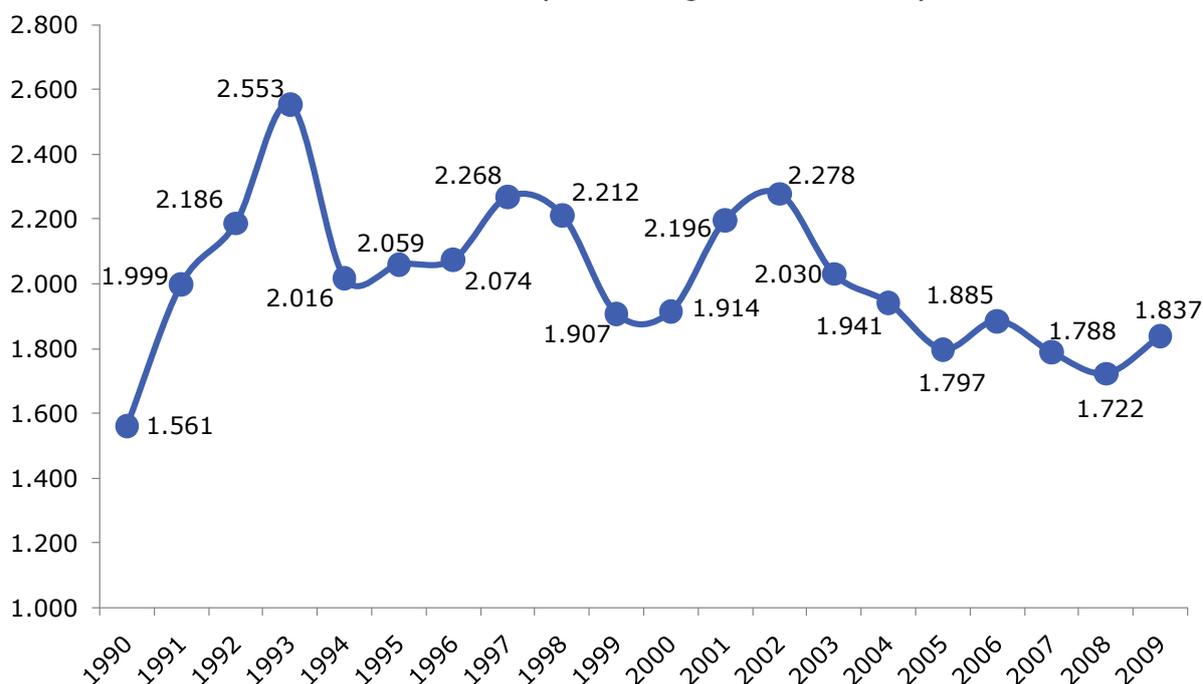
Numerosi fattori di rischio nei luoghi di lavoro possono causare malattie: sostanze chimiche (polveri, fumi, vapori, aerosol, ecc.), agenti fisici (rumore, vibrazioni, radiazioni, ecc.), sforzi fisici ripetuti, posture incongrue, rischi psicosociali ed altri. Contrariamente a quanto accade per il fenomeno infortunistico il cui andamento è in costante calo negli ultimi anni, per quanto riguarda le malattie professionali le denunce sono in costante aumento. In Italia nel 2009 (dati più recenti disponibili) sono state denunciate all'INAIL 34.646 malattie professionali (inclusi "dipendenti conto Stato"), ben il 16% in più rispetto al 2008, confermando il trend di incremento delle denunce degli ultimi anni.

Veneto malattie professionali denunciate all'INAIL, per Provincia del Veneto anni 2008-2009				
Province	Industria e Servizi		Agricoltura	
	2008	2009	2008	2009
Belluno	251	214	3	8
Padova	363	421	9	17
Rovigo	76	91	2	6
Treviso	440	444	11	22
Venezia	303	333	4	23
Verona	242	240	8	29
Vicenza	239	258	5	7
<b>Veneto</b>	<b>1.914</b>	<b>2.001</b>	<b>42</b>	<b>112</b>
ITALIA	27.756	30.362	1.834	3.914

Questo balzo si registra specialmente in agricoltura con un aumento di oltre il 110%. L'incremento delle denunce pare più riconducibile all'emersione del fenomeno (maggiore consapevolezza delle parti coinvolte, sviluppo delle tecniche diagnostiche e aggiornamento normativo) che non ad un peggioramento delle condizioni di salubrità negli ambienti di lavoro. In Veneto si passa da 1.971 denunce nel 2008 alle 2.127 nel 2009 (+7,9%), con l'agricoltura che passa da 42 a 112 denunce. Vi è da dire comunque che tali dati non rappresentano del tutto il fenomeno, sia a causa del "sommerso", sia per le difficoltà di definire il rapporto di causalità con le condizioni lavorative quando le

malattie si manifestano a distanza di tempo dall'esposizione ai fattori di rischio. Segnalazioni di malattia professionale arrivano anche ai Servizi Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro (Spisal) per l'attività d'indagine di Polizia Giudiziaria di competenza. Il numero di malattie denunciate agli Spisal del Veneto nel 2009 è pari a 1.837 casi e sostanzialmente coincide con quello dell'INAIL, anche se la sovrapposizione dei casi è parziale. Le malattie riconosciute dall'INAIL invece sono numericamente molto inferiori alle denunce e alle segnalazioni ricevute dagli SPISAL. L'istituto assicuratore riconosce generalmente circa il 40% del denunciato. Un approfondimento specifico sulle patologie di natura ergonomica condotto sulle denunce agli Spisal del Veneto nel biennio 2005-2006 ha contribuito a inquadrare meglio il fenomeno anche in termini di bisogni sanitari, confermando la rilevanza che questi rischi hanno, anche nel nostro territorio, nell'influenzare lo stato di salute della popolazione lavorativa, in analogia con quanto evidenziato dalle indagini conoscitive sia dell'Unione Europea (Fondazione di Dublino, 2005) sia nel Veneto (ISPESL, 2006).

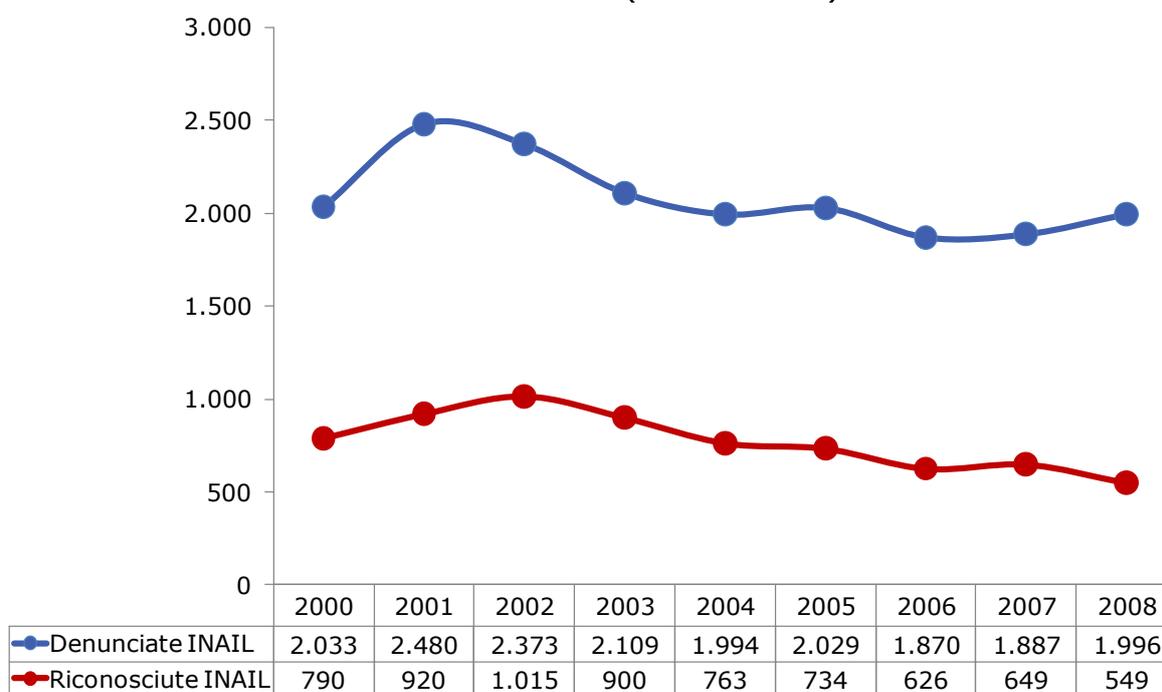
Malattie Professionali denunciate agli Spisal.  
Veneto 1990-2009 (Fonte: Regione del Veneto)



Il maggior numero di segnalazioni (235, pari al 25% del totale) si registra nel comparto metalmeccanico, seguono il comparto sociosanitario con 123 segnalazioni (pari al 13% del totale) e l'edilizia con 71 casi (pari al 7% del totale). Considerando separatamente le segnalazioni relative agli arti superiori, 190 casi (pari al 32% del totale) interessano il

comparto metalmeccanico, seguito dal settore alimentare (8%) e dal tessile (7%). Per il rachide, invece, al primo posto c'è il comparto socio-sanitario con 104 casi (pari al 30% del totale) seguito dalla metalmeccanica (41 casi) e dall'edilizia (34 casi, pari al 10% del totale). In merito alla distribuzione delle diverse patologie in relazione alla variabile sesso si rileva che le segnalazioni di patologie professionale da rischi di natura ergonomica riguardano le donne in misura leggermente maggiore rispetto agli uomini (rispettivamente 450 casi e 441). Nelle donne è decisamente maggiore l'incidenza delle patologie degli arti superiori (329 casi contro i 213 degli uomini) ed in particolare della sindrome del tunnel carpale (138 casi contro i 50 degli uomini). Per quanto riguarda il rachide la tendenza è opposta: il maggior numero di segnalazioni riguarda gli uomini (214 casi contro i 120 delle donne).

Malattie Professionali denunciate e riconosciute dall'INAIL.  
Veneto 1990-2008 (Fonte: INAIL)



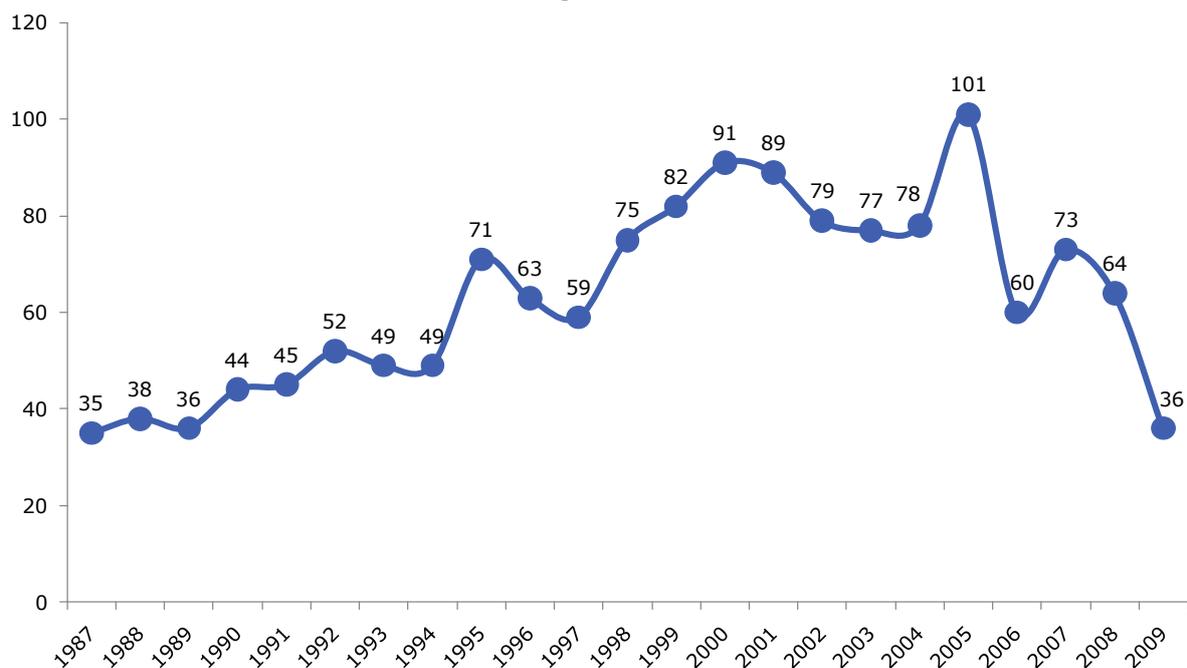
173

#### Registro Regionale Mesoteliomi

Il Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma è stato istituito nel 2001. Nel 2003 la Regione del Veneto qualificava il Registro come "Centro di coordinamento per tutta la Regione della raccolta e della gestione dei dati e punto di raccordo istituzionale del registro nazionale dei casi di mesotelioma asbesto correlati già operante presso l'ISPESL". L'identificazione dei casi di mesotelioma è resa possibile dalla collaborazione di diversi Uffici regionali, di strutture sanitarie di diagnosi e cura (ad esempio: le principali

strutture di Anatomia Patologica e Chirurgia Toracica della Regione) e di Centri specialistici (ad esempio: il Registro Tumori del Veneto). Il perno della ricostruzione sulla possibile pregressa esposizione ad amianto ruota intorno all'attività degli Spisal che provvedono all'inchiesta in materia.

Casi di mesotelioma indagati dagli Spisal per anno.  
Anni 1987-2009. \* I dati relativi al 2008 e al 2009 sono parziali  
Fonte: Regione del Veneto



174

#### Sorveglianza sanitaria ex esposti ad Amianto e CVM (Cloruro di Vinile Monomero)

La Regione del Veneto negli anni 2000-2003 ha sviluppato un progetto sperimentale, promosso dal Ministero della Salute, che si proponeva di validare un protocollo per la sorveglianza dei lavoratori ex-esposti ad asbesto. Il protocollo prevedeva di definire i livelli di esposizione per vari gruppi di "ex esposti" in diverse e particolari condizioni di lavoro e di realizzare un programma di screening per la diagnosi precoce di cancro polmonare usando come test di screening la tomografia assiale computerizzata spirale a basso dosaggio (TAC). Le aziende con lavoratori ex esposti ad amianto sono state identificate attraverso le domande indirizzate all'INPS, inerenti i benefici previdenziali previsti dalle norme vigenti. Tra queste sono state selezionate quelle che si riteneva fossero ad alto rischio di esposizione ad asbesto (aziende di costruzione e manutenzione di rotabili ferroviari, aziende produttrici di manufatti in cemento/asbesto, aziende con attività di coibentazione o scoibentazione per conto terzi incluso cantieri navali). A queste è stato richiesto l'elenco dei dipendenti esposti ad asbesto e dimessi a partire dal 1970.

Sono stati inclusi nel progetto di sorveglianza 1.119 lavoratori di sesso maschile. Anche se l'età era giovane (media=57.1 anni), l'esposizione cumulativa all'asbesto era molto elevata (media=123.0 f/ml×anni). Le placche o gli ispessimenti pleurici sono stati trovati in 375 operai (32.2%), mentre 338 operai (29.0%) sono stati inclusi nel follow-up radiologico, che ha condotto a 25 biopsie (13 del polmone, 9 della pleura, 3 di entrambi) e a 5 casi di cancro polmonare (0.4%). Il tasso di cancro polmonare era 148.9 per 100.000, uguale a quello nella popolazione generale maschile di simile età residente nel Veneto. Nonostante l'esposizione cumulativa all'amianto fosse alta, il rischio di cancro polmonare non era più elevato rispetto a quello della popolazione generale. L'asbestosi e le placche pleuriche sono risultate associate con diversi aspetti dell'esposizione ad asbesto, mentre gli ispessimenti pleurici sono poco specifici per questa esposizione. La prosecuzione della sorveglianza sanitaria ex esposti ad amianto e CVM, rispondendo ad una precisa richiesta del mondo del lavoro e del quadro normativo, ha visto un ulteriore elemento di rilievo a tutela della salute nel novembre 2007, con la previsione da parte della Regione del Veneto di una domanda, dedicata alle persone interessate, finalizzata alla diagnosi degli effetti non neoplastici della esposizione ad amianto. Da allora ogni anno viene eseguito l'accertamento di diversi casi di patologia professionale, soprattutto per la Provincia di Venezia. Annualmente la Regione del Veneto rendiconta alle associazioni di lavoratori ex esposti i risultati collettivi della sorveglianza sanitaria svolta e delle azioni programmate.

175

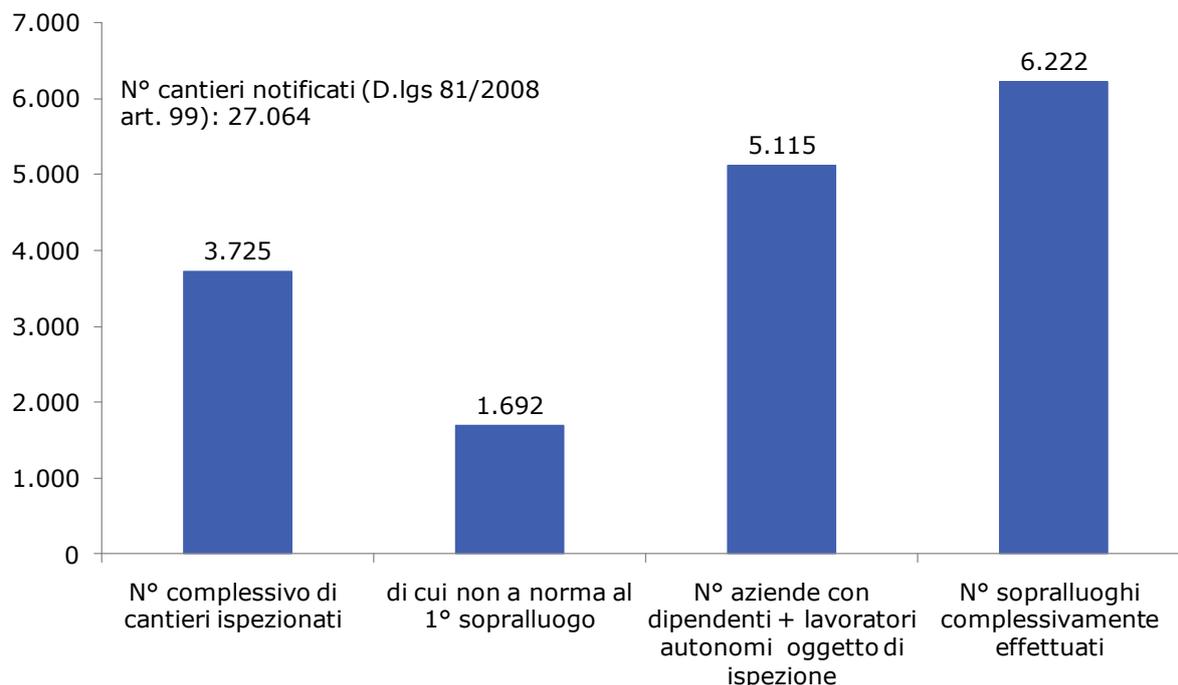
Aziende ULSS della Regione del Veneto. Riepilogo dell'attività di sorveglianza sanitaria ex esposti ad amianto negli anni 2006-2009							
Anno	Numero visite	Prime visite	Numero Tac(Rx)	Placche pleuriche	Asbestosi	Tumore polmonare	Mesotelioma
2006	640	373	381 (40)	38	3	5	1
2007	915	539	465 (89)	57	6	5	4
2008	1.071	544	383 (111)	79	12	4	1
2009	1.230	564	506 (134)	70	5	3	4

Aziende ULSS della Regione del Veneto. Riepilogo dell'attività di sorveglianza sanitaria ex esposti a CVM negli anni 2007-2009				
Anno	Numero visite ex esposti CVM	Numero ecografie	Numero TAC	Patologie professionali riscontrate
2007	167	130	30	5 (3 neoplasie)
2008	308	210	45	0
2009	219	208	19	0

### *La vigilanza negli ambienti di lavoro*

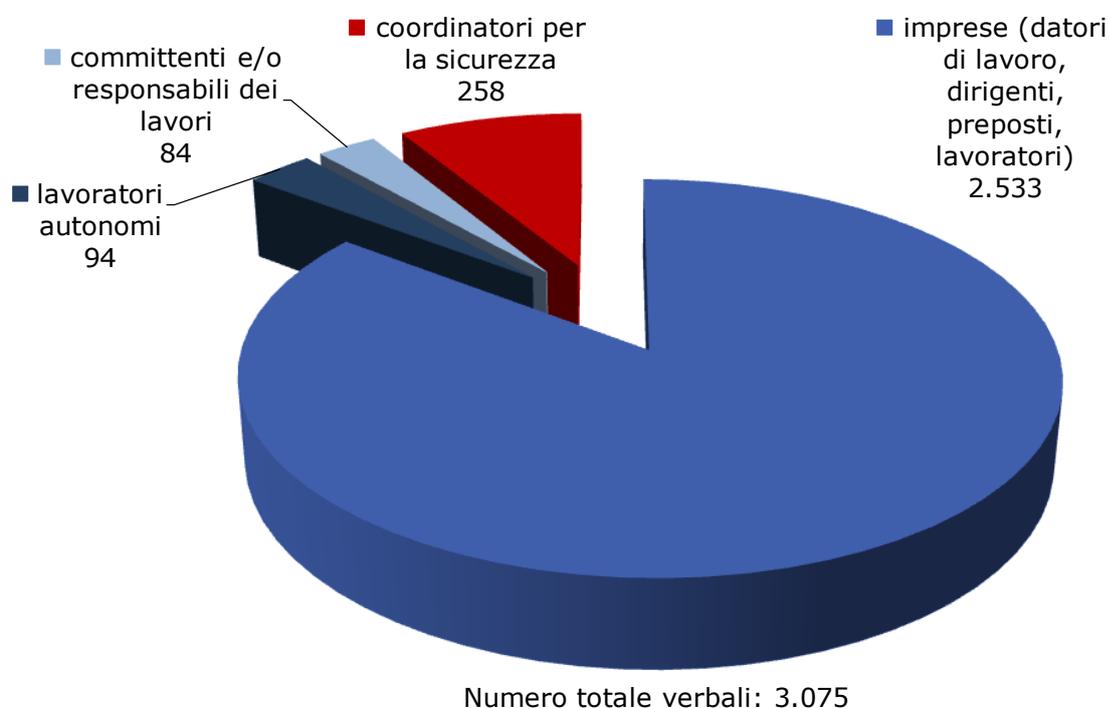
I Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Spisal) hanno il compito istituzionale di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e del miglioramento del benessere dei lavoratori attraverso attività di vigilanza, di assistenza e di promozione della salute rivolte al mondo del lavoro. La pianificazione dell'attività dei Servizi trae origine primariamente dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti nella Conferenza Stato-Regioni e dagli obiettivi di attività indicati nel "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" del 2007. Ulteriore riferimento viene dall'art. 7 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", che prevede l'attivazione del Comitato Regionale di Coordinamento tra Pubbliche Amministrazioni deputate al controllo negli ambienti di lavoro al fine di sviluppare politiche e linee comuni d'intervento. Il contesto normativo indicato definisce un quadro in cui la sicurezza del lavoro non è disgiungibile dal concetto di legalità del rapporto lavoro. Ne deriva la necessità del coordinamento tra amministrazioni pubbliche in particolare in momenti di difficoltà economica come quelli attuali. Infatti, come indica la Direttiva del Ministro del Lavoro del 18 settembre 2008, la programmazione strategica dell'attività di vigilanza deve essere rivolta a: "prevenire gli abusi e a sanzionare i fenomeni di irregolarità sostanziale (...) con l'abbandono di ogni residua impostazione puramente formale e burocratica". Quindi, l'obiettivo generale perseguito con la pianificazione regionale è quello di incrementare i livelli di efficacia e di efficienza del sistema regionale di prevenzione, secondo gli indicatori di attività congruenti con i LEA, indirizzando le attività di prevenzione verso i comparti a maggior rischio infortunistico: metalmeccanica, legno, edilizia, agricoltura e trasporti. Tutto ciò nell'ottica degli obiettivi del DPCM 17 dicembre 2007 di garantire la copertura con interventi di vigilanza del 5 % delle aziende del territorio regionale. Da questo punto di vista la Regione del Veneto ha assegnato per il triennio 2008-2010 analogo obiettivo ai Direttori Generali della Aziende ULSS. L'andamento favorevole della riduzione del tasso infortunistico, come il miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni, certificato attraverso il monitoraggio della produttività del sistema regionale di prevenzione, confermano la validità delle strategie di prevenzione attuate ed evidenziano la possibilità di ulteriori miglioramenti. Gli interventi di vigilanza, volti alla verifica delle misure di prevenzione (tecniche e gestionali) adottate dalle aziende per la salute e la sicurezza dei lavoratori, sono orientati ai settori a maggior rischio di infortunio e malattie professionali, con priorità per i rischi di infortunio grave e mortale. In tal senso è importante porre in evidenza i volumi complessivi di attività del sistema regionale degli Spisal relativi al 2009, con il dettaglio per singolo servizio.

Attività complessiva degli Spisal del Veneto nel 2009:  
attività di vigilanza nei luoghi di lavoro. Settore Edilizia

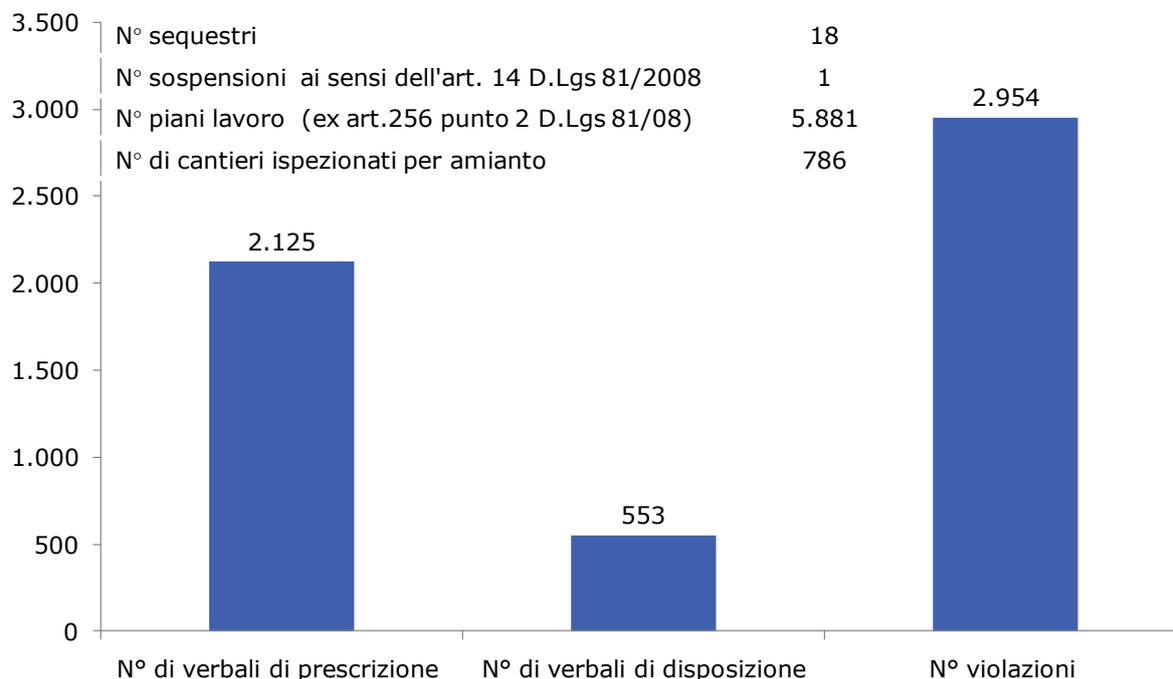


Attività complessiva degli Spisal del Veneto nel 2009:  
Settore Edilizia: numero verbali suddivisi per soggetti di riferimento

177



**Attività complessiva degli Spisal del Veneto nel 2009.  
Settore Edilizia: violazioni e verbali**



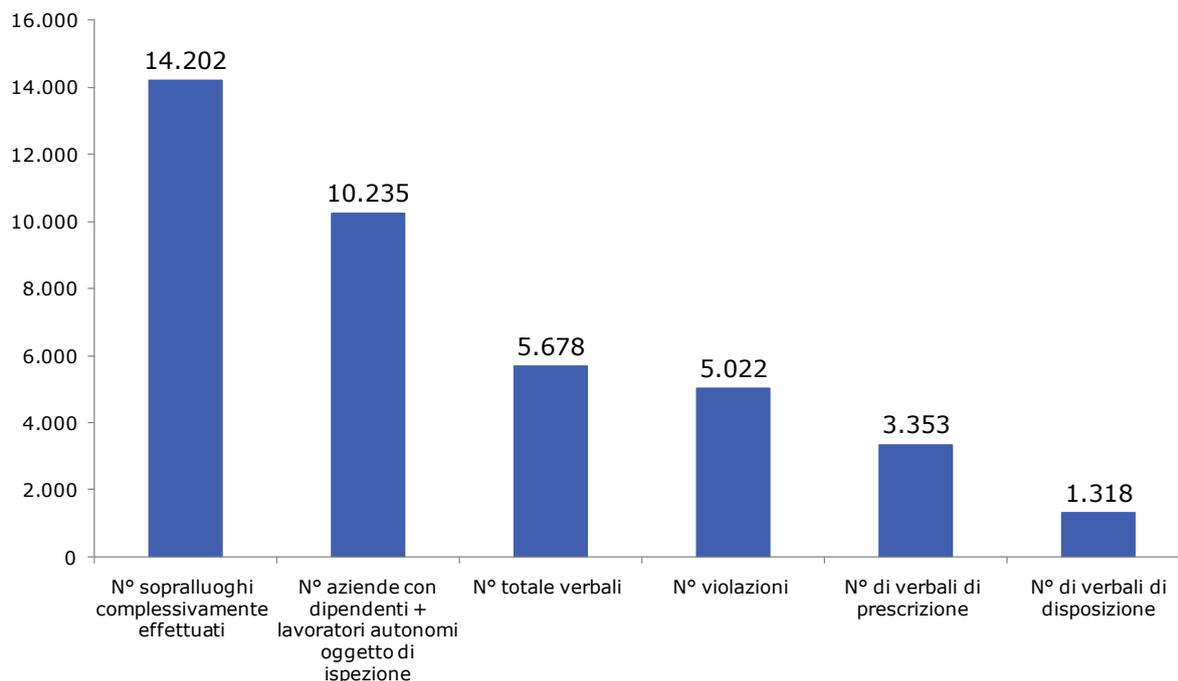
N° sequestri	18
N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs 81/2008	1
N° piani lavoro (ex art.256 punto 2 D.Lgs 81/08)	5.881
N° di cantieri ispezionati per amianto	786

178

Attività di vigilanza degli Spisal del Veneto	Agricoltura	Altri comparti
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	409	4.711
N° sopralluoghi complessivamente effettuati	491	7.489
N° totale verbali	125	2.478
N° di verbali di prescrizione	73	1.155
N° di verbali di disposizione	53	712
N° violazioni	110	1.958
N° sequestri	0	17
N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs 81/2008.	0	1

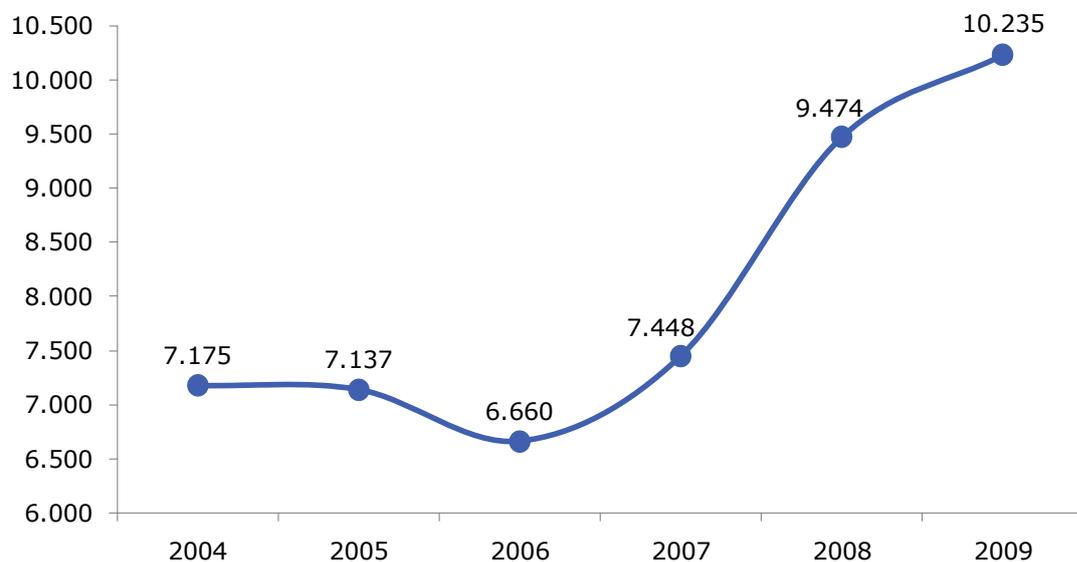
L'attività in edilizia fornisce il contributo maggiore all'attività di vigilanza in termini di verbali fatti (54,2%) e di ditte viste (50%). La valutazione della produzione SPISAL negli anni evidenzia come si sia progressivamente concretizzato l'incremento dei livelli di intervento e di prevenzione in una condizione di isorisorse.

### Attività complessiva degli Spisal del Veneto nel 2009. Tutti i comparti



Attività degli Spisal del Veneto nell'anno 2009: Edilizia			
Spisal dell'Azienda ULSS	N° cantieri notificati (D.lgs 81/2008 art. 99)	N° totale di cantieri ispezionati	di cui non a norma al 1° sopralluogo
Spisal 1	1.215	113	80
Spisal 2	531	104	77
Spisal 3	989	144	63
Spisal 4	889	156	26
Spisal 5	834	67	33
Spisal 6	1.606	332	159
Spisal 7	1.030	104	44
Spisal 8	1.345	111	99
Spisal 9	2.181	166	68
Spisal 10	1.084	137	60
Spisal 12	1.868	298	78
Spisal 13	1.348	90	50
Spisal 14	681	99	41
Spisal 15	1.403	203	77
Spisal 16	2.195	323	135
Spisal 17	1.084	146	113
Spisal 18	1.630	111	55
Spisal 19	522	68	23
Spisal 20	2.058	512	175
Spisal 21	871	136	95
Spisal 22	1.700	305	141
<b>Veneto</b>	<b>27.064</b>	<b>3.725</b>	<b>1.692</b>

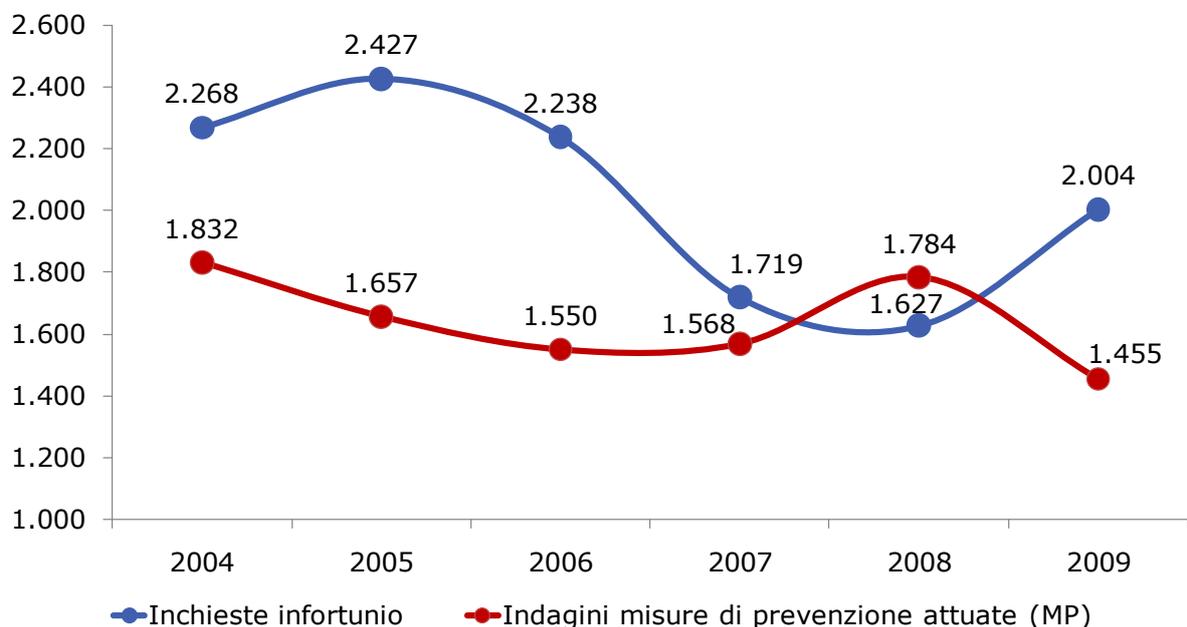
Spisal del Veneto: interventi di prevenzione e vigilanza Edilizia compresa - Anni 2004-2009 - Fonte: Regione del Veneto



Attività degli Spisal del Veneto nell'anno 2009: Edilizia

Spisal dell'Azienda ULSS	Verbali a:			
	imprese (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori)	lavoratori autonomi	committenti e/o responsabili dei lavori	coordinatori per la sicurezza
Spisal 1	95	4	3	22
Spisal 2	86	4	3	5
Spisal 3	93	7	1	3
Spisal 4	115	0	1	2
Spisal 5	65	0	3	5
Spisal 6	134	0	3	27
Spisal 7	67	0	4	10
Spisal 8	125	9	4	16
Spisal 9	181	3	2	17
Spisal 10	53	5	1	16
Spisal 12	84	0	5	16
Spisal 13	90	9	7	22
Spisal 14	46	3	2	5
Spisal 15	77	0	0	3
Spisal 16	401	35	16	25
Spisal 17	164	3	6	19
Spisal 18	169	1	3	4
Spisal 19	71	0	1	4
Spisal 20	172	1	5	18
Spisal 21	108	7	12	25
Spisal 22	137	3	5	21
<b>Veneto</b>	<b>2.533</b>	<b>94</b>	<b>84</b>	<b>258</b>

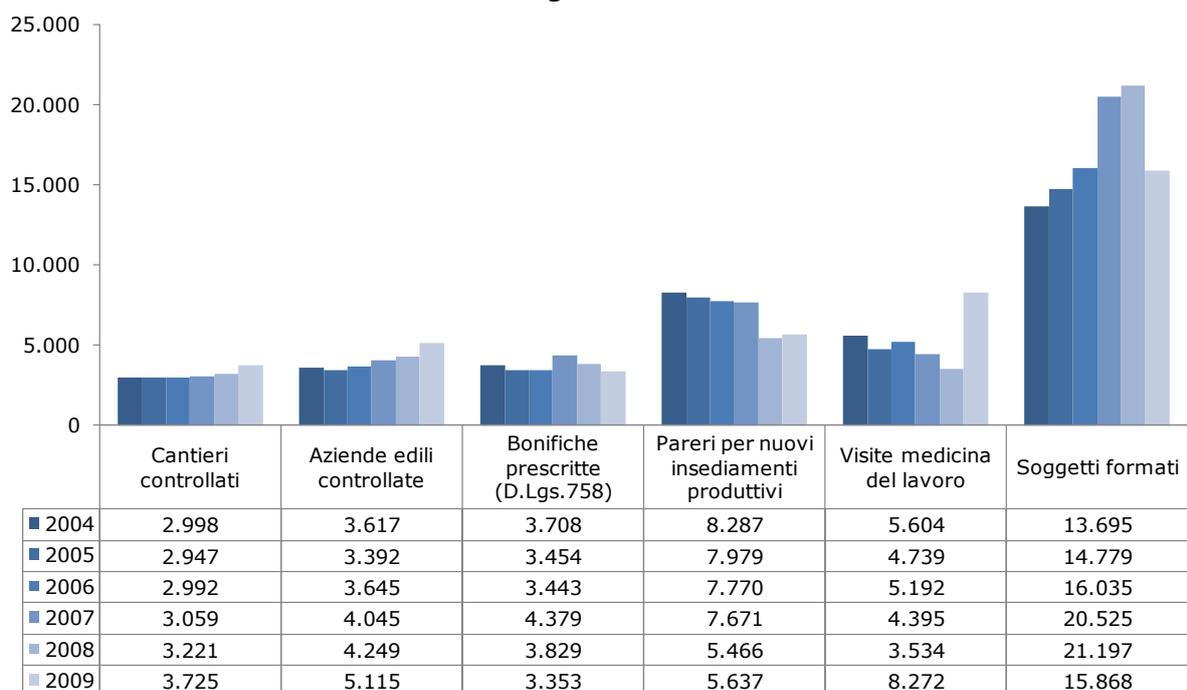
Spisal del Veneto: interventi di vigilanza  
 Inchieste ed indagini - Anni 2004-2009 - Fonte: Regione del Veneto



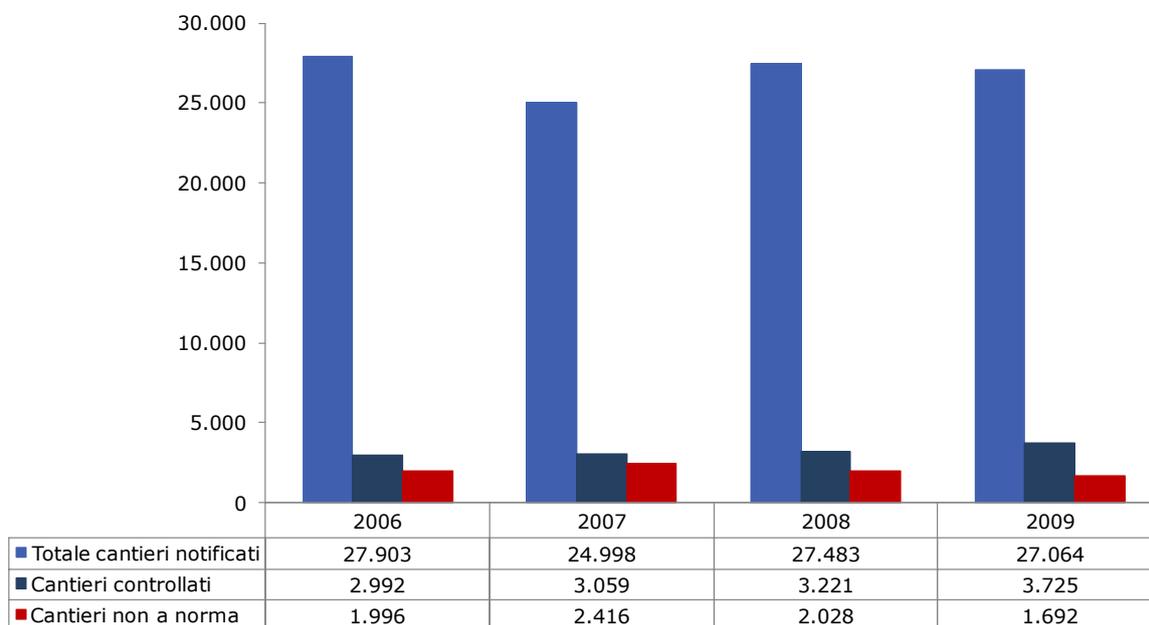
Di cui:	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Indagini misure di prevenzione attuate (MP) con profilo di responsabilità					66	62
Inchieste di infortunio con profilo di responsabilità	674	628	627	796	561	428

181

Spisal del Veneto: trend altre attività negli ultimi anni  
 Fonte: Regione del Veneto



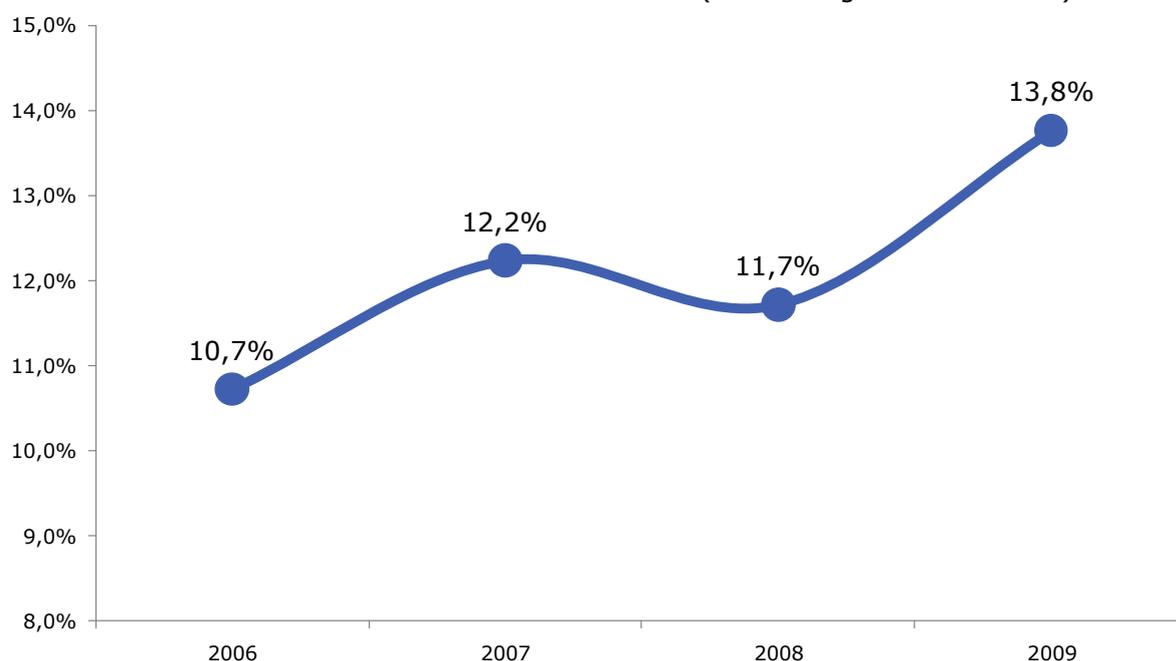
Spisal del Veneto: attività di vigilanza nei cantieri  
Edilizia Anni 2006-2009 (Fonte: Regione del Veneto)



182

Spisal dell'Azienda ULSS	N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione			
	Edilizia	Agricoltura	Altri Comparti	Totale
Spisal 1	228	9	110	347
Spisal 2	170	26	117	313
Spisal 3	198	11	50	259
Spisal 4	179	11	132	322
Spisal 5	113	2	315	430
Spisal 6	332	18	157	507
Spisal 7	142	62	217	421
Spisal 8	154	20	329	503
Spisal 9	253	8	307	568
Spisal 10	230	10	182	422
Spisal 12	306	3	562	871
Spisal 13	173		102	275
Spisal 14	131	22	164	317
Spisal 15	206	21	287	514
Spisal 16	436	16	364	816
Spisal 17	173	21	162	356
Spisal 18	177	10	273	460
Spisal 19	79	9	205	293
Spisal 20	852	92	305	1.249
Spisal 21	249	30	100	379
Spisal 22	334	8	271	613
<b>Veneto</b>	<b>5.115</b>	<b>409</b>	<b>4.711</b>	<b>10.235</b>

Spisal del Veneto: attività di vigilanza nei cantieri  
Edilizia Anni 2006-2009  
Percentuale cantieri controllati su notificati (Fonte: Regione del Veneto)



Spisal dell'Azienda ULSS	N° sopralluoghi complessivamente effettuati			
	Edilizia	Agricoltura	Altri Comparti	Totale
Spisal 1	226	20	181	427
Spisal 2	150	33	176	359
Spisal 3	263	11	78	352
Spisal 4	203	11	211	425
Spisal 5	142	4	379	525
Spisal 6	520	19	387	926
Spisal 7	160	76	569	805
Spisal 8	330	40	705	1.075
Spisal 9	367	15	604	986
Spisal 10	223	13	252	488
Spisal 12	403	4	653	1.060
Spisal 13	206		265	471
Spisal 14	146	10	175	331
Spisal 15	284	21	658	963
Spisal 16	485	22	535	1.042
Spisal 17	256	23	197	476
Spisal 18	233	10	230	473
Spisal 19	105	9	226	340
Spisal 20	719	100	485	1.304
Spisal 21	391	41	180	612
Spisal 22	410	9	343	762
<b>Veneto</b>	<b>6.222</b>	<b>491</b>	<b>7.489</b>	<b>14.202</b>

Il numero di aziende controllate dal 2004 al 2009 è aumentato del 43%. In questo ambito i cantieri controllati passano da 2.998 a 3.725 e le imprese edili controllate passano da 3617 a 5.115. Sono stati effettuati 14.202 sopralluoghi ed emessi 5.678 verbali complessivamente.

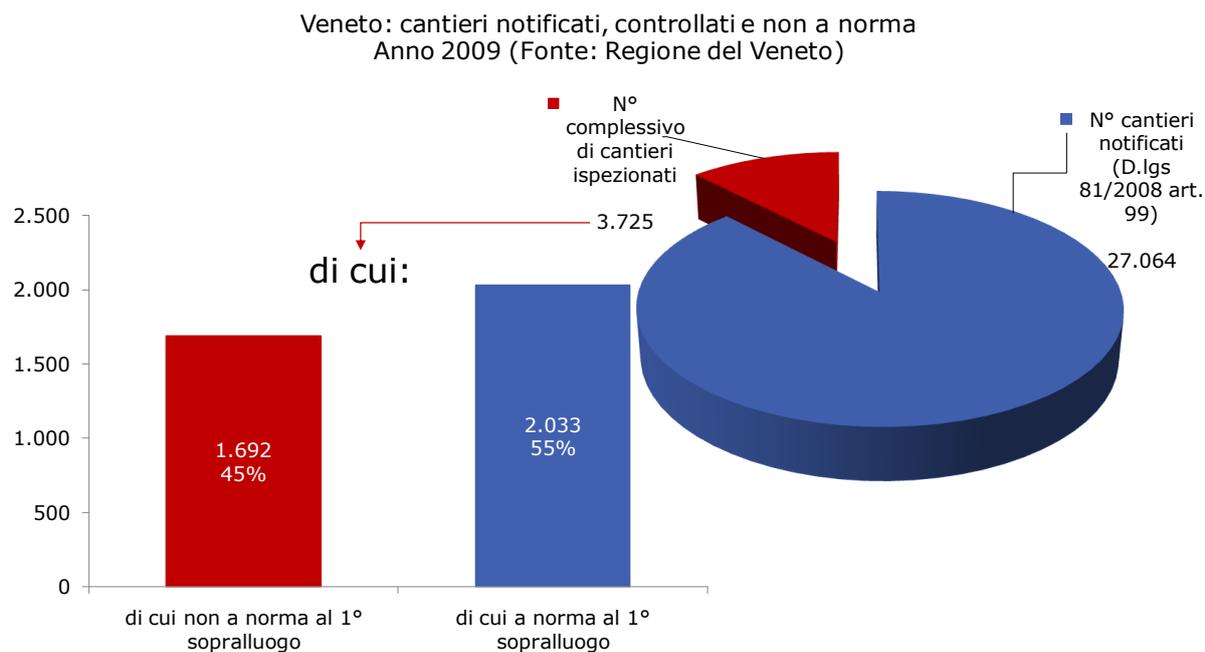
Spisal dell'Azienda ULSS	N° totale verbali			
	Edilizia	Agricoltura	Altri Comparti	Totale
Spisal 1	122	3	102	227
Spisal 2	98	26	104	228
Spisal 3	104	0	10	114
Spisal 4	118	0	11	129
Spisal 5	65	0	10	75
Spisal 6	154	6	164	324
Spisal 7	81	7	75	163
Spisal 8	154	10	107	271
Spisal 9	203	3	139	345
Spisal 10	75	2	75	152
Spisal 12	109	0	116	225
Spisal 13	157		174	331
Spisal 14	53	0	75	128
Spisal 15	80	0	105	185
Spisal 16	478	16	364	858
Spisal 17	198	22	235	455
Spisal 18	177	7	276	460
Spisal 19	39	1	53	93
Spisal 20	278	11	192	481
Spisal 21	152	9	49	210
Spisal 22	180	2	42	224
<b>Veneto</b>	<b>3.075</b>	<b>125</b>	<b>2.478</b>	<b>5.678</b>

### *Vigilanza in edilizia*

Come da indicazioni del Piano Nazionale Edilizia, la vigilanza è finalizzata al:

- controllo dei rischi di caduta dall'alto, di seppellimento e delle presenze in cantiere per la regolarità del lavoro e per il contrasto delle forme di lavoro nero;
- controllo della sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischi per la salute.

Negli anni, il controllo dei cantieri notificati si è progressivamente incrementato fino a raggiungere quasi il 14% nel 2009. Nei 1.692 casi di cantieri non a norma sono stati emessi 3.075 verbali, cioè 1,8 verbali per cantiere. Su 100 destinatari del provvedimento 84 sono imprese, 3 lavoratori autonomi, 3 committenti o responsabili lavori e 10 coordinatori.



#### *Contrasto del rischio di caduta dall'alto*

Il rischio di caduta dall'alto rappresenta una delle principale cause di infortunio grave e mortale per i lavoratori del comparto edile. In tale contesto, la Regione Veneto, centrando l'attenzione sulle misure di prevenzione e protezione da attuare in caso di lavori da svolgere in quota, ha introdotto la specifica previsione che, in caso di presentazione di progetti relativi ad interventi edilizi su nuove costruzioni o su edifici già esistenti, la documentazione allegata alla richiesta relativa al titolo abilitativo o alla denuncia di inizio attività contenga altresì le misure preventive e protettive che consentano, anche nella successiva fase di manutenzione, l'accesso, il transito e l'esecuzione dei lavori in quota in condizioni di sicurezza (art.79 bis della Legge regionale 61/85 introdotto dall'art. 12 della Legge regionale n. 4/2008 ). La mancata previsione delle suddette misure costituisce causa ostativa al rilascio della concessione o autorizzazione a costruire ed impedisce, altresì, il decorso utile del termine per l'efficacia della denuncia di inizio dell'attività.

#### *Vigilanza in agricoltura*

Come da indicazioni del Piano Nazionale Agricoltura, la vigilanza riguarda gli aspetti ritenuti essenziali per la gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori, con particolare attenzione: a) ai rischi derivanti dall'utilizzo dei macchinari, in particolare del trattore con verifica delle protezioni (arco di protezione e cuffia cardanica); b) all'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in particolare durante le operazioni che comportano l'esposizione ad agenti chimici; c) alla regolarità del lavoro.

### *Inchieste Infortuni e malattie professionali*

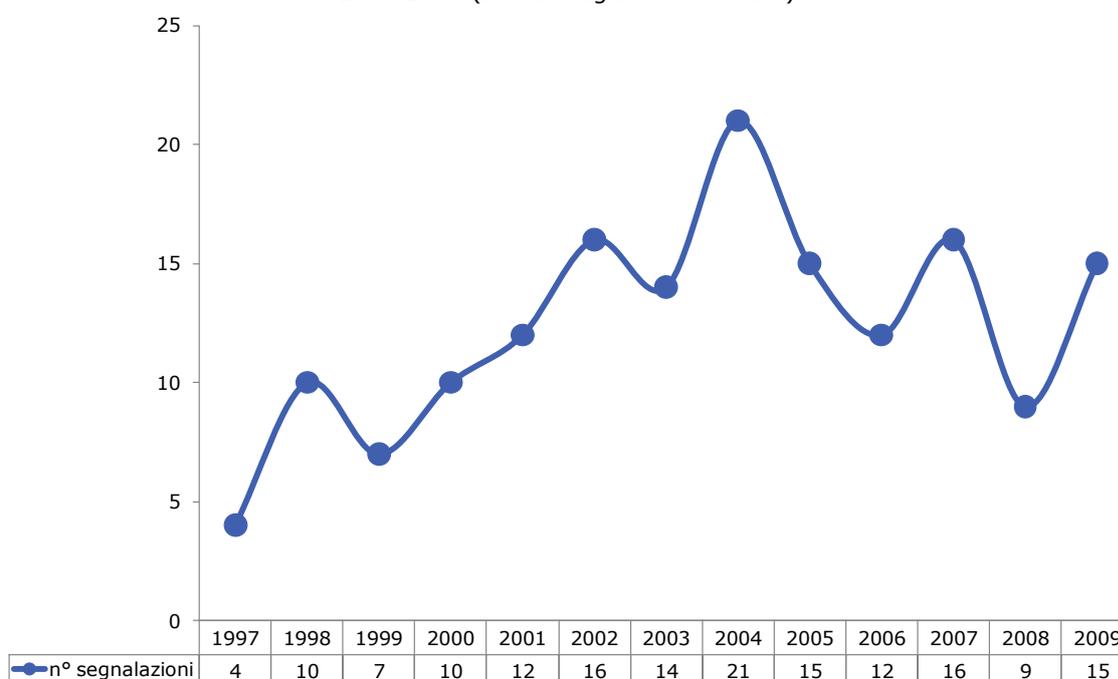
Le indagini per infortuni mortali e gravi (con prognosi superiore a 40 giorni e/o con esiti permanenti o mortali) e per malattie professionali sono attività istituzionali per conto della Autorità Giudiziaria e si concludono, di norma, con un rapporto. Richiedono, secondo i casi, sopralluoghi, raccolta di testimonianze, controlli sanitari od altri atti di polizia giudiziaria. Nel 2009 sono state effettuate 2.004 inchieste giudiziarie per infortunio con lesioni personali gravi, gravissime o con morte. Circa il 21% delle inchieste per infortuni effettuate dagli Spisal si è conclusa con evidenza di responsabilità penale. Le inchieste per malattia professionale sono state 1.455. Nel 4,3% di queste si è evidenziata una tesi di responsabilità penale.

### *Segnalazioni macchine non conformi*

La frequenza maggiore di non conformità alle Direttive comunitarie di macchine e impianti, nel periodo 1997-2009, è stata rilevata a seguito di indagini per infortuni. L'alto numero di segnalazioni realizzate a seguito di indagini per infortuni evidenzia come il controllo e la ricerca delle responsabilità orienti significativamente l'analisi delle dinamiche e delle cause di accadimento.

186

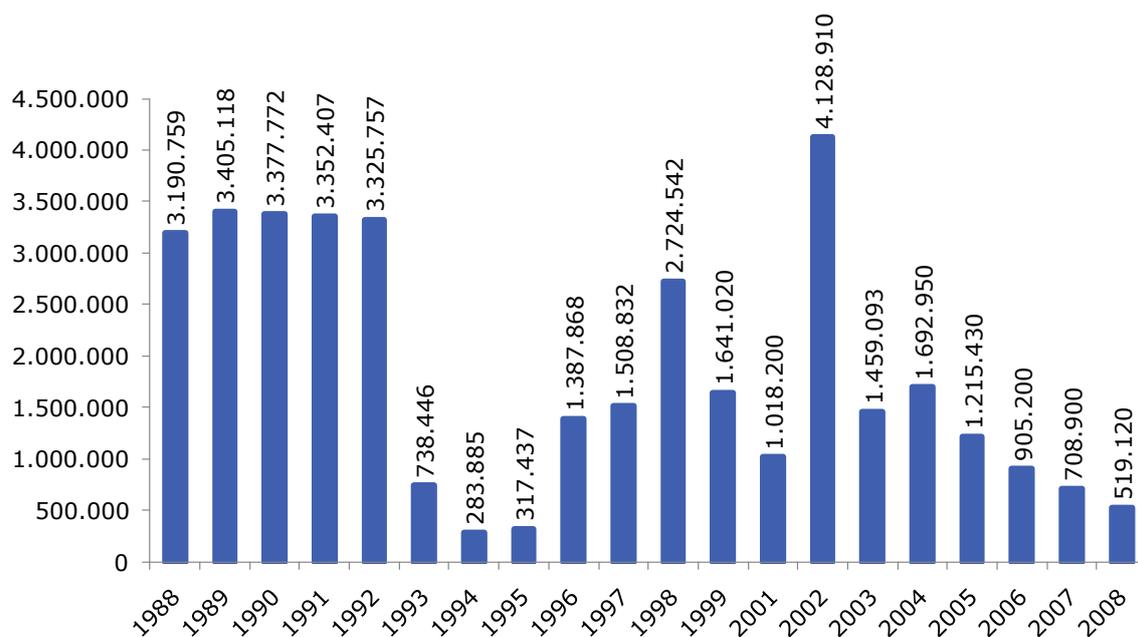
Segnalazioni macchine non conformi effettuate dagli Spisal per anno 1997-2009 (Fonte: Regione del Veneto)



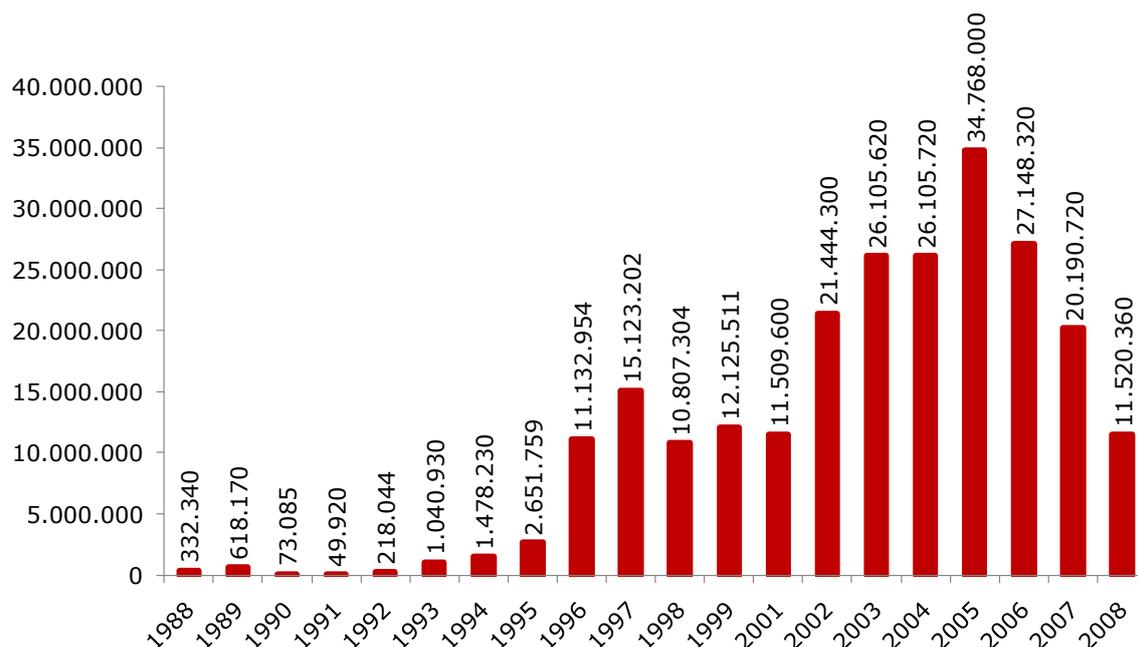
*Vigilanza sulle bonifiche amianto* La valutazione preventiva dei piani di lavoro concernenti gli interventi di bonifica di materiali contenenti amianto, presentati ai sensi dell'art. 256

del Decreto Legislativo 81/2008 e la vigilanza in fase di esecuzione degli interventi stessi è svolta dal Dipartimento di Prevenzione delle Aziende ULSS attraverso i servizi SPISAL. Di seguito si rappresentano i quantitativi di materiale contenente amianto bonificato (in Kg), previa autorizzazione Spisal, per gli anni 1988-2008.

Regione del Veneto: Quantitativi di amianto bonificato per anno 1988-2008. Amianto friabile (dati in kg)



Regione del Veneto: Quantitativi di amianto bonificato per anno 1988-2008. Amianto compatto (dati in kg)



### *La valutazione dell'organizzazione aziendale della sicurezza*

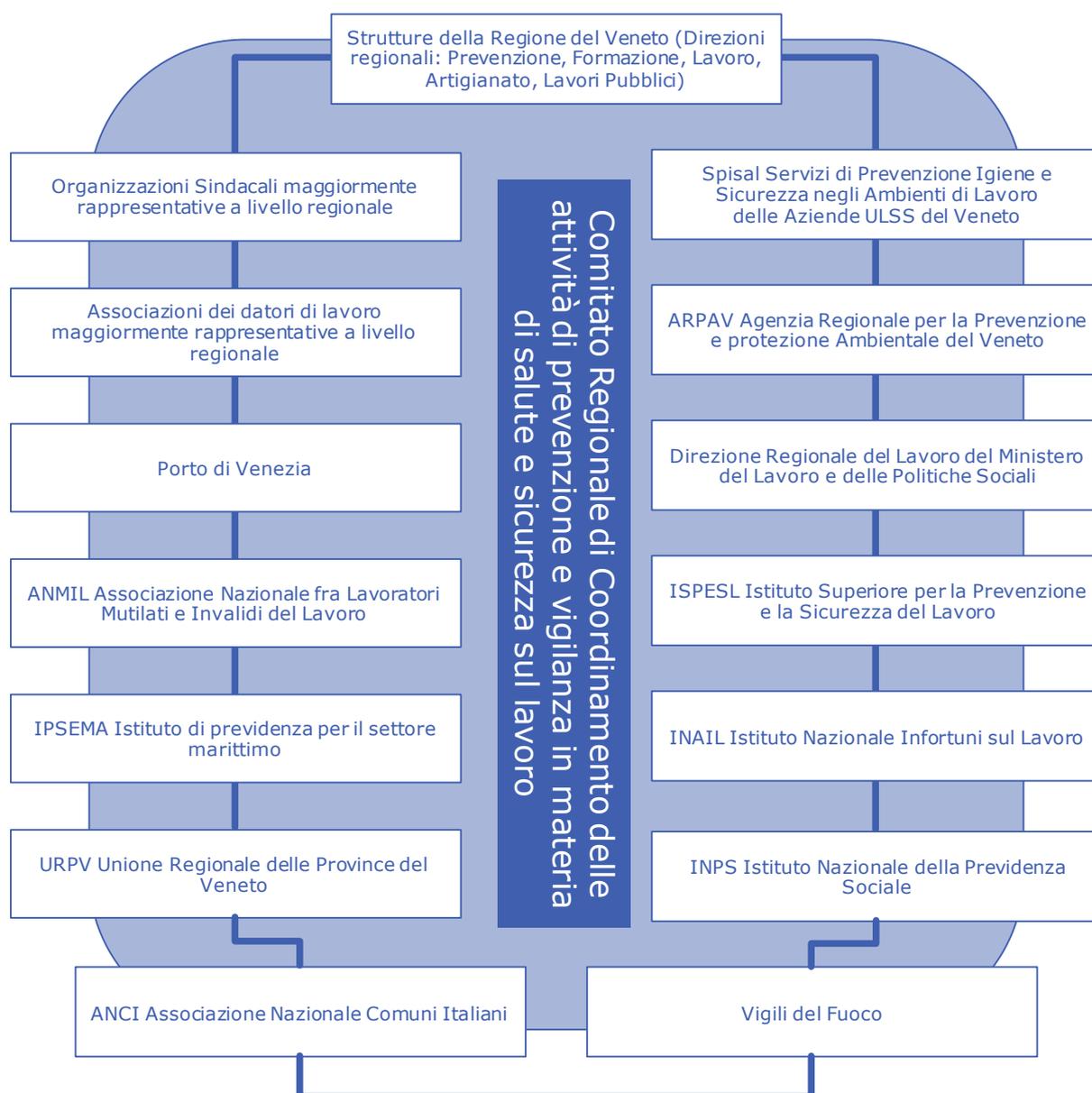
La Regione Veneto già dal 2001 aveva individuato, nell'ambito dei *Piani di promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro*, una strategia dell'azione di vigilanza e controllo mirata alla verifica degli aspetti sostanziali, indicativi del livello di qualità dell'organizzazione della sicurezza dell'azienda. L'obiettivo della pianificazione 2005-2009 è stato quello di rendere il controllo e la promozione del Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS) parte integrante della normale attività SPISAL. In questo modo si è cercato di dare continuità al processo di omogeneizzazione delle pratiche di lavoro dei Servizi e di orientamento delle Aziende verso un'applicazione efficace ed efficiente della sicurezza sul lavoro, attraverso linee di indirizzo concertate con le Parti Sociali. Tale riorientamento rappresenta lo sviluppo applicativo del Decreto Legislativo 626/1994 e del Decreto Legislativo 81/2008 con il coinvolgimento attivo dei soggetti della Prevenzione (i Titolari d'Azienda, i Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendali, i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, i Dirigenti Aziendali nel loro insieme) verso il miglioramento delle condizioni di salute e di sicurezza dei lavoratori. Al fine di eliminare o minimizzare i rischi professionali negli ambienti di lavoro è riconosciuto che l'adozione di un Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza del Lavoro (SGSL) costituisce una strategia organizzativa, non obbligatoria per legge, ma vantaggiosa per l'Azienda poiché consente di migliorare la definizione delle responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione. Inoltre, non va dimenticato che l'articolo 30 del nuovo Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81) prevede l'estensione del Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 relativo alla responsabilità amministrativa dell'azienda per i reati commessi dai suoi dirigenti e collaboratori. In tal senso sono stabilite, oltre alle sanzioni pecuniarie, anche delle sanzioni interdittive (tra cui la sospensione dell'attività dell'azienda da tre mesi ad un anno). Per evitare di ricadere nelle fattispecie oggetto di sanzione, le aziende possono dotarsi, appunto, di modelli di organizzazione e di gestione aventi efficacia *esimente* (questo è il termine utilizzato dalla norma) della responsabilità amministrativa. Pertanto l'applicazione delle norme in materia può essere colta come un'opportunità per inserire la propria organizzazione in un processo virtuoso di miglioramento continuo.

### *Promozione della cultura della sicurezza del lavoro*

L'attività di vigilanza per essere efficace deve sostenere una parallela azione di crescita culturale dei soggetti coinvolti nei processi inerenti la salute e la sicurezza del lavoro in azienda. Da questo punto di vista è indispensabile strutturare percorsi di condivisione tra tutti gli attori coinvolti. Nell'ambito dell'attività di tutela della salute e della sicurezza

negli ambienti di lavoro, la normativa vigente prevede l'attivazione di una rete dei soggetti istituzionali dotati di competenze in materia prevenzionistica. A tale scopo la Regione del Veneto ha istituito a fine 2008 il Comitato Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

La rete di attori della prevenzione degli infortuni sul lavoro in cui si inserisce il Comitato Regionale



Si tratta di un organismo strategico con finalità di programmazione e coordinamento operativo fra gli enti dotati di competenze in materia prevenzionistica, in raccordo con gli indirizzi adottati a livello nazionale (in condivisione fra Stato, Regioni e Province Autonome) ed europeo. L'attività del Comitato è finalizzata alla realizzazione della

programmazione coordinata degli interventi di prevenzione e vigilanza da parte degli organi ispettivi, nonché l'uniformità degli stessi interventi ed il necessario raccordo con il Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

In sintesi, il Comitato è chiamato a:

- sviluppare piani di attività e progetti operativi individuati dalle amministrazioni a livello nazionale;
- indirizzare, programmare e coordinare le attività di prevenzione e di vigilanza, anche al fine di realizzare un adeguato livello di uniformità nell'espletamento degli interventi di vigilanza da parte degli organismi competenti;
- promuovere l'attività di comunicazione, informazione, formazione e assistenza, operando il necessario coordinamento tra le diverse istituzioni;
- individuare le azioni prioritarie nei comparti lavorativi più a rischio, evidenziati nelle diverse realtà territoriali e proporre piani di intervento;
- accogliere ed analizzare le informazioni relative agli eventi dannosi ed ai rischi, proponendo soluzioni operative e tecniche;
- valorizzare gli accordi aziendali e territoriali;
- realizzare le opportune iniziative per l'integrazione degli archivi informativi delle istituzioni componenti il Comitato Regionale di Coordinamento, in linea con il sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

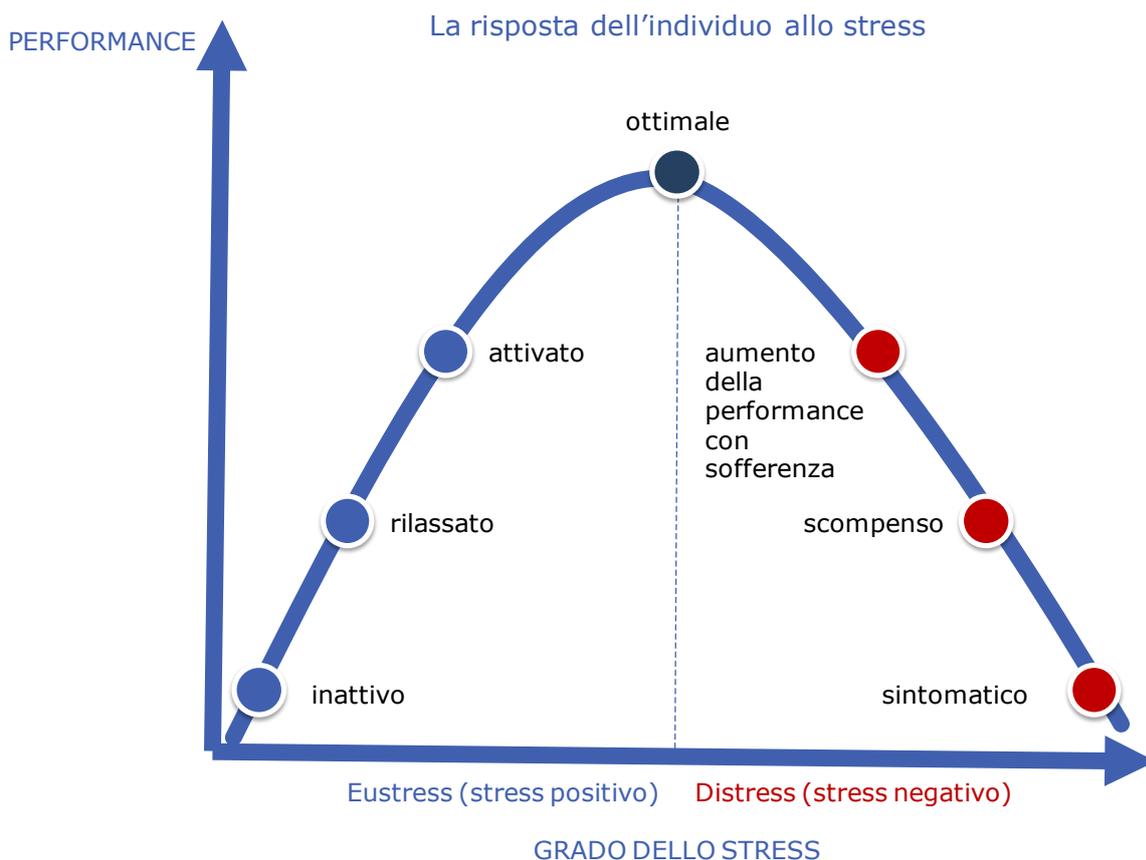
190

La pianificazione espressa dal Comitato regionale si concretizza operativamente attraverso i Comitati provinciali di coordinamento, costituenti articolazioni, su base provinciale, aventi carattere operativo. L'attività di ciascun Organismo provinciale è coordinata dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS, che la esercita per il tramite del Responsabile del Servizio SPISAL della medesima Azienda ULSS.

#### *Promozione del benessere organizzativo*

A seguito dell'indagine sullo stato di salute dei lavoratori del Veneto che aveva evidenziato come il 27% presenti problemi di stress lavoro-correlato, nel 2005 è stato attivato "Il progetto di Promozione del Benessere Organizzativo", che si è caratterizzato fin dall'inizio per l'esigenza e per l'opportunità di avere una visione multidisciplinare affiancando alle competenze dei servizi SPISAL la collaborazione delle Università di Verona, Facoltà di Medicina e Giurisprudenza, e di Padova, Facoltà di Psicologia. Nell'ambito delle attività previste dal progetto sono state organizzati interventi pubblici di promozione del benessere organizzativo o la partecipazione ad iniziative quali: il

Convegno: "Promozione del Benessere Organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni" (9 febbraio 2006) a cui hanno partecipato circa 160 rappresentanti di Aziende ULSS ed enti locali. Iniziative di formazione sono state promosse per i Servizi Spisal con due Workshop sul disagio psicologico e le costrittività organizzative negli ambienti di lavoro. Per favorire la diffusione delle informazioni è stato pubblicato e distribuito l'opuscolo: "Note sui rischi psicosociali e loro effetti sulla salute in ambiente di lavoro". La Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Verona ha attivato il Corso di perfezionamento universitario per Consiglieri di Fiducia, figura prevista dai contratti del pubblico impiego, chiamata a prevenire, gestire, risolvere efficacemente i casi di molestie, mobbing e discriminazioni. Sono stati effettuati inoltre interventi formativi per i 30 Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) Sanità della Regione del Veneto, e la formazione dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) delle strutture sanitarie del Veneto con lo sviluppo dei contenuti sulla comunicazione ed i rischi psicosociali.



Il progetto ha permesso di condurre esperienze di promozione del benessere organizzativo in diverse aziende pubbliche, comprese 8 Aziende ULSS, in imprese del settore metalmeccanico e in banche. Quanto indicato è stato propedeutico al recepimento

del Decreto Legislativo 81/2008 in materia di valutazione dello stress lavoro-correlato ed ha rappresentato il Veneto nei lavori del gruppo di coordinamento delle Regioni e dell'ISPESL. Nel 2009 sono stati supportati, da un punto di vista tecnico, i lavori della Quinta Commissione consiliare, del Consiglio Regionale del Veneto, alla stesura della Legge Regionale sulla prevenzione del fenomeno del mobbing (Legge Regionale 8/2010). I prossimi lavori saranno finalizzati all'implementazione di tale legge.

#### *Epidemiologia Occupazionale*

Il Programma Regionale per l'Epidemiologia occupazionale, istituito nel 2003, opera con l'obiettivo generale di valutare e monitorare la frequenza dei fenomeni degli infortuni e delle malattie professionali utilizzando dati correnti e promuovendo progetti specifici di rilevazione ed approfondimento. Esso opera anche a supporto della Direzione regionale per la Prevenzione in vista della pianificazione delle politiche di prevenzione di settore e della verifica dei risultati prodotti dal Sistema Regionale. In questi anni le principali attività hanno riguardato l'elaborazione flussi informativi INAIL-ISPESL-REGIONI su infortuni e malattie professionali, la produzione di bollettini, di monografie e di atlanti sugli infortuni e sulle malattie professionali e l'avvio di iniziative e studi sull'efficacia degli interventi di prevenzione e vigilanza degli Spisal.

192

#### *Ergonomia Occupazionale*

Il Programma Regionale per l'ergonomia occupazionale, istituito nel 2003 approfondisce le tematiche ergonomiche proponendosi di promuovere il miglioramento della salute dei lavoratori esposti a rischi di tipo disergonomico. Secondo la Società Italiana di Ergonomia, *l'ergonomia (o scienza del fattore umano) ha come oggetto l'attività umana in relazione alle condizioni ambientali, strumentali e organizzative in cui si svolge. Il fine è l'adattamento di tali condizioni alle esigenze dell'uomo, in rapporto alle sue caratteristiche e alle sue attività. Nata per studiare e far rispettare nella progettazione una serie di norme che tutelano la vita del lavoratore e accrescono l'efficienza e l'affidabilità dei sistemi uomo-macchina, l'ergonomia ha allargato il proprio campo di applicazione in funzione dei cambiamenti che sono sopravvenuti nella domanda di salute e di benessere. L'obiettivo attuale è quello di contribuire alla progettazione di oggetti, servizi, ambienti di vita e di lavoro, che rispettino i limiti dell'uomo e ne potenzino le capacità operative. L'ergonomia si alimenta delle acquisizioni scientifiche e tecnologiche che permettono di migliorare la qualità delle condizioni di vita, in tutte le attività del quotidiano.* Nella Regione del Veneto in questi anni le attività hanno riguardato la raccolta ed elaborazione dati, la produzione, la diffusione ed il monitoraggio relativi all'applicazione di linee guida e di protocolli operativi condivisi, l'avvio di iniziative

specifiche di promozione del miglioramento della salute dei lavoratori esposti a rischi ergonomici, l'organizzazione di convegni ed eventi di formazione, la redazione di buone pratiche.

#### *Promozione della cultura della sicurezza nella scuola*

Il mondo della scuola si identifica quale luogo e ambito privilegiato per trasmettere e veicolare contenuti e tematiche di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro con il fine di permettere a chi si affaccia sul mondo del lavoro di essere adeguatamente informato e protagonista della tutela della propria salute. Nell'ambito delle attività ed iniziative legate all'attuazione dei Piani di Prevenzione e Promozione della Salute e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, la Regione del Veneto dal 2003 ha approvato specifiche azioni di sviluppo che hanno come obiettivo la promozione della salute e della sicurezza all'interno della scuola come ambiente particolarmente fertile nel quale sviluppare la cultura della sicurezza e della tutela della salute nei giovani, futuri lavoratori, ed operare affinché la stessa venga radicata e diventi stile di vita. Negli anni sino al 2009 lo sviluppo di questo approccio è avvenuto attraverso il Sistema di Riferimento Veneto per la Sicurezza nelle Scuole (SiRVeSS) partecipato dalla Regione stessa con l'INAIL, l'Ufficio regionale Scolastico e le Reti tra agenzie scolastiche e non scolastiche costituite in tutte le Province del Veneto per promuovere la cultura della sicurezza tra gli studenti agendo contestualmente sulle persone e sull'ambiente fisico e sociale. Le iniziative sono state promosse e realizzate attraverso il coordinamento di sette reti provinciali a cui partecipano scuole di ogni ordine e grado (al 31.12.09 complessivamente 364, pari al 48% del totale delle scuole del Veneto) e agenzie non scolastiche, rappresentate da SPISAL e INAIL in tutte le Reti, e, da ANMIL, Protezione Civile, CRI, parti sociali, Enti Locali, in maniera territorialmente diversificata (al 31.12.09 complessivamente 59).

#### *Promozione della cultura della sicurezza nelle strutture sanitarie*

Le Aziende Sanitarie, per le loro funzioni istituzionali nell'ambito della prevenzione e in quanto realtà organizzative complesse e di grandi dimensioni, sono considerate target privilegiati per lo sviluppo di azioni integrate di gestione della sicurezza e di contrasto dei rischi psicosociali. Nell'ambito delle attività ed iniziative legate all'attuazione dei Piani di Prevenzione e Promozione della Salute e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, la Giunta Regionale ha approvato nel 2005 uno specifico progetto di promozione della salute nelle aziende sanitarie pubbliche e, successivamente, nel 2007 un progetto di promozione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza (SGS) e del benessere organizzativo nelle Strutture

Sanitarie Pubbliche del Veneto da sviluppare in partnership con l'Agenda Regionale Socio Sanitaria e l'INAIL regionale.

I Risultati prodotti dai suddetti progetti sono stati, in sintesi :

- l'attivazione dei Coordinamenti Regionali dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP), Medici Competenti (MC) e Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) delle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto;
- l'organizzazione di corsi per RSPP del settore Sanità (Modulo B), della durata di 72 ore, in collaborazione con la Regione Friuli Venezia Giulia, ARSS Veneto e ARS Friuli Venezia Giulia al fine di consentire un approccio sistematico ai rischi ed alle misure di prevenzione in ambiente sanitario, di favorire la reciproca conoscenza tra gli operatori del settore, di confrontare modalità operative specifiche e standard e di mettere le basi per armonizzare le procedure nell'area del Nordest;
- l'organizzazione di corsi per RSPP (Modulo C), della durata di 32 ore, in collaborazione con il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Verona e l'associazione AIREPSA con lo scopo di sviluppare fra gli RSPP capacità gestionali-relazionali e migliorare le conoscenze in materia di prevenzione e protezione dei rischi;
- l'organizzazione di corsi per Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza delle aziende sanitarie del veneto, proposti in 4 edizioni (dal 2004 al 2009) con il coinvolgimento complessivo di 240 RLS afferenti alle varie Aziende Sanitarie della Regione del Veneto;
- la partecipazione all'organizzazione del corso di formazione per valutatori e facilitatori regionali, in collaborazione con ARSS Veneto al fine di diffondere conoscenze e competenze riguardo gli aspetti tecnici di valutazione dei requisiti della Legge regionale 22/2002 connessi alla normativa di salute e sicurezza dei lavoratori e di approfondire le numerose correlazioni tra la Legge regionale stessa e i modelli del Sistema di Gestione della Sicurezza;
- l'elaborazione di un modello di Sistema di Gestione della Sicurezza coerente con le linee guida UNI- INAIL-ISPEL approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1463/2009 come "*Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza per le Aziende Sanitarie pubbliche*". Il modello è attualmente implementato in 16 Aziende Sanitarie del Veneto.

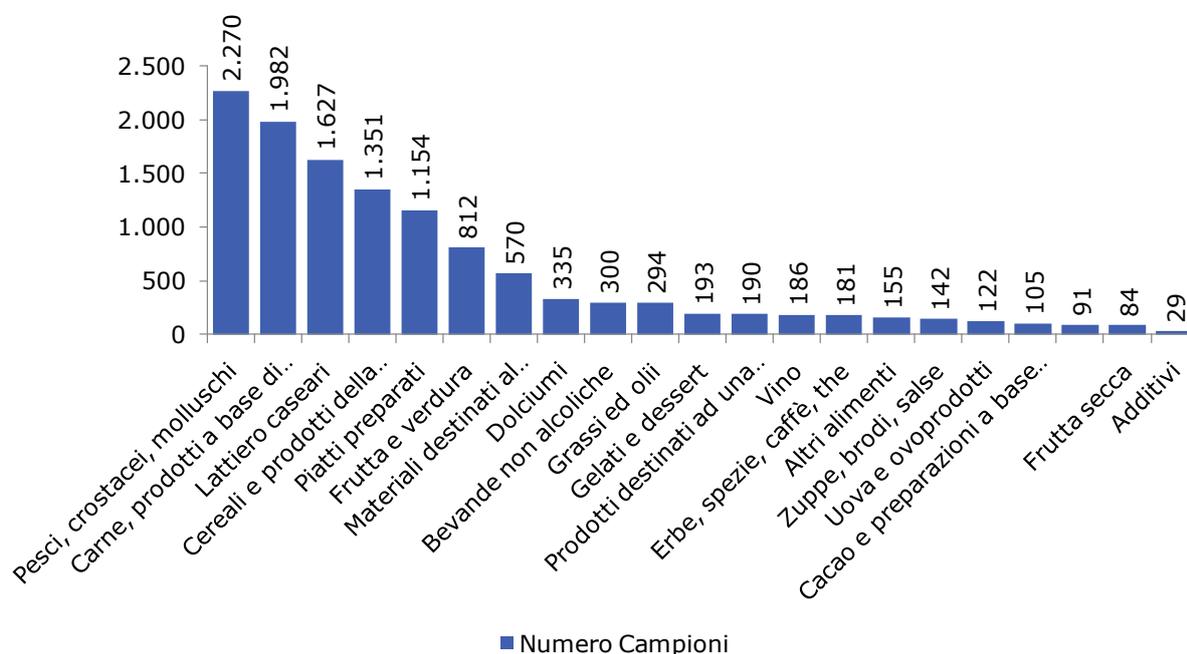
## 2.7 Sicurezza alimentare e sanità animale

### Sicurezza alimentare

La gestione delle problematiche sanitarie riguardanti la materia di Igiene degli Alimenti, in linea con quanto previsto dalle strategie nazionali e comunitarie, è uno dei compiti assolti dalla Regione del Veneto. In particolare la verifica dell'applicazione dei Regolamenti Comunitari che costituiscono il cosiddetto "Pacchetto Igiene" e l'esecuzione di quanto previsto in applicazione delle procedure del sistema di allerta comunitario in materia di alimenti destinati al consumo umano sono attività di rilievo nel biennio 2008-2009. Nello specifico, gli Uffici preposti della Regione del Veneto hanno indirizzato e coordinato l'azione dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), dei Servizi Veterinari delle Aziende ULSS del Veneto, dei 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 loro specifiche funzioni istituzionali di controllo.

Controllo ufficiale prodotti alimentari: analisi dei campioni di alimenti.  
Veneto anno 2008

(Fonte: Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare della Regione del Veneto)

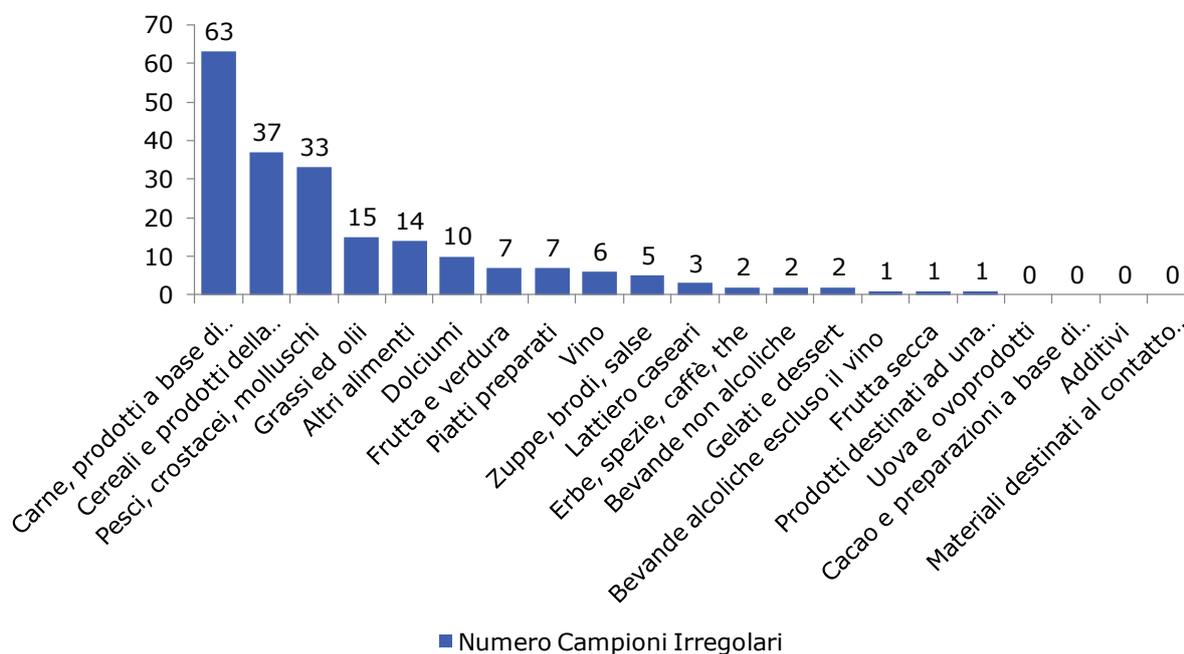


In tal senso, l'attività di controllo ufficiale degli alimenti ha avuto modo di svolgersi in maniera più efficace e coordinata anche grazie all'emanazione da parte del Regione del Veneto del Piano Regionale Integrato dei Controlli (PIRC) 2007-2010. Tale piano è

costituito 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.

Controllo ufficiale prodotti alimentari: Numero Campioni Irregolari Veneto anno 2008

(Fonte: Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare della Regione del Veneto)



L'attività di controllo ufficiale è finalizzata prevalentemente a verificare il soddisfacimento dei criteri di sicurezza alimentare stabiliti dalla normativa nazionale ed europea in materia. Il fine è quello di garantire che l'alimento posto in commercio sia conforme ai parametri prefissati, ma è comunque possibile effettuare anche dei campioni mirati alla verifica dei criteri di igiene e di processo.

**Terminologia relativa al campionamento:**

**Lotto:** quantità di alimento prodotta e confezionata in condizioni tecnologiche simili (ad esempio: materie prime utilizzate, unità di tempo impiegata per la produzione, ora, turno di lavoro e giornata di produzione);

**Unità Campionaria:** singola confezione o quota di prodotto facente parte di un lotto, sulla quale viene eseguita l'analisi;

*Aliquota*: quantità omogenea e definita di alimento prelevata e ritenuta rappresentativa del lotto o della derrata stessa. Un'aliquota può essere costituita da una o più unità campionarie. Nel primo caso aliquota e unità campionaria coincidono. Il numero di aliquote prelevate varia in ragione dei regolamenti vigenti;

*Campione per il laboratorio*: può essere costituito da una o più aliquote in relazione alle leggi vigenti (aliquota per l'esame di prima istanza, per l'esame di seconda istanza, per la magistratura e così via).

Controllo ufficiale prodotti alimentari: analisi dei campioni di alimenti. Veneto anno 2009 (Fonte: Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare della Regione del Veneto)		
Prodotti	Numero campioni	Numero campioni irregolari
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione, pollame	1.416	30
Cereali e prodotti della panetteria	1.343	17
Lattiero caseari	1.150	13
Piatti preparati	954	10
Frutta e verdura	665	8
Pesci, crostacei, molluschi	639	24
Materiali destinati al contatto con gli alimenti	331	0
Bevande non alcoliche	252	1
Zuppe, brodi, salse	232	6
Uova e ovoprodotti	217	0
Gelati e dessert	205	1
Erbe, spezie, caffè, the	183	1
Altri alimenti	178	1
Prodotti destinati ad una alimentazione particolare	177	1
Vino	175	2
Grassi ed olii	122	2
Frutta secca	93	1
Cacao e preparazioni a base di cacao	84	0
Bevande alcoliche escluso il vino	78	2
Dolciumi	19	0
Additivi	10	0

*Modalità dei campionamenti ufficiali*: Il campione viene prelevato in: a) quattro aliquote per quanto concerne la produzione; b) cinque aliquote per quanto attiene la vendita. Le norme vigenti stabiliscono il numero di unità campionarie che devono essere contenute in ciascuna aliquota, a seconda degli prodotti alimentari analizzati.

Controllo ufficiale prodotti alimentari – Attività ispettiva Anno 2008 (Fonte: Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare della Regione del Veneto)		
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
<b>Numero di infrazioni</b>		
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
<b>Provvedimenti</b>		
a) Amministrativi	356	3.734
b) Notizie di Reato	59	49

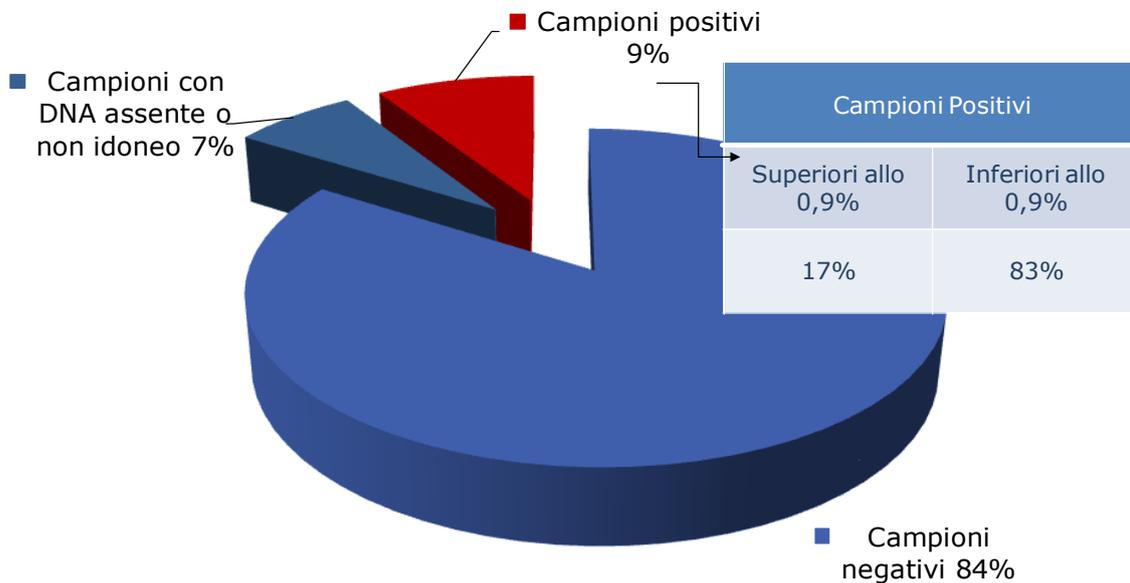
198

Controllo ufficiale prodotti alimentari – Attività ispettiva Anno 2008 (Fonte: Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare della Regione del Veneto)		
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
<b>Numero di infrazioni</b>		
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
<b>Provvedimenti</b>		
a) Amministrativi	891	3.373
b) Notizie di Reato	65	76

*Controllo ufficiale per la ricerca delle eventuale presenza di Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.)*

Nel corso dell'anno 2008 sono stati effettuati, dai SIAN Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione 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.

Risultati della ricerca di OGM nei campioni analizzati in tutti gli anni  
Fonte: ARPAV Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto



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 – Unità Operativa 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.

*Piano regionale di monitoraggio conoscitivo per la verifica dell'eventuale trattamento di spezie con radiazioni ionizzanti*

Tecnica analitica utilizzata: si è applicato metodo microbiologico di screening UNI EN 13783:2002 proposto dall'Istituto Superiore di Sanità (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 Technique, 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.

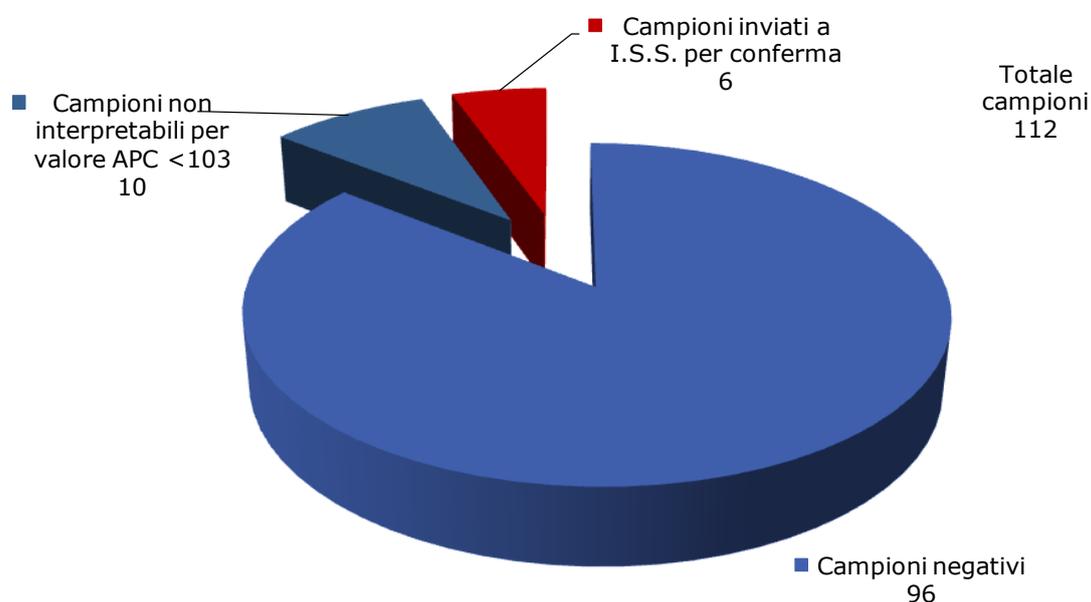
Risultati nell'anno 2008

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 miscela 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'Istituto Superiore di Sanità per la conferma e nessuno di essi ha dato esito positivo.

Piano regionale di monitoraggio conoscitivo per la verifica dell'eventuale trattamento di spezie con radiazioni ionizzanti - Anno 2008							
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

Piano regionale di monitoraggio conoscitivo per la verifica dell'eventuale trattamento di spezie con radiazioni ionizzanti Veneto Anno 2009

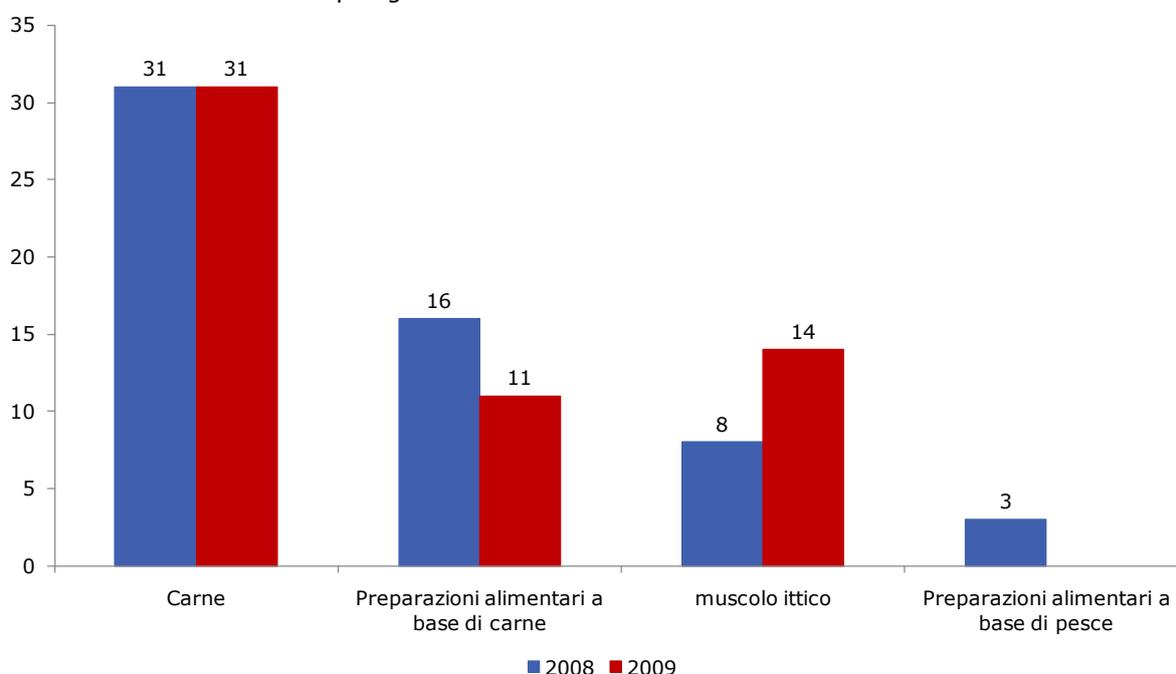


#### Risultati nell'anno 2009

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 SIAN delle Aziende ULSS 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'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata ed in caso di positività saranno inviati all'Istituto Superiore di Sanità per la conferma finale.

Piano regionale di monitoraggio conoscitivo per la verifica dell'eventuale trattamento di alimenti di origine animale con radiazioni ionizzanti  
Tipologia alimenti analizzati - Veneto 2008-2009

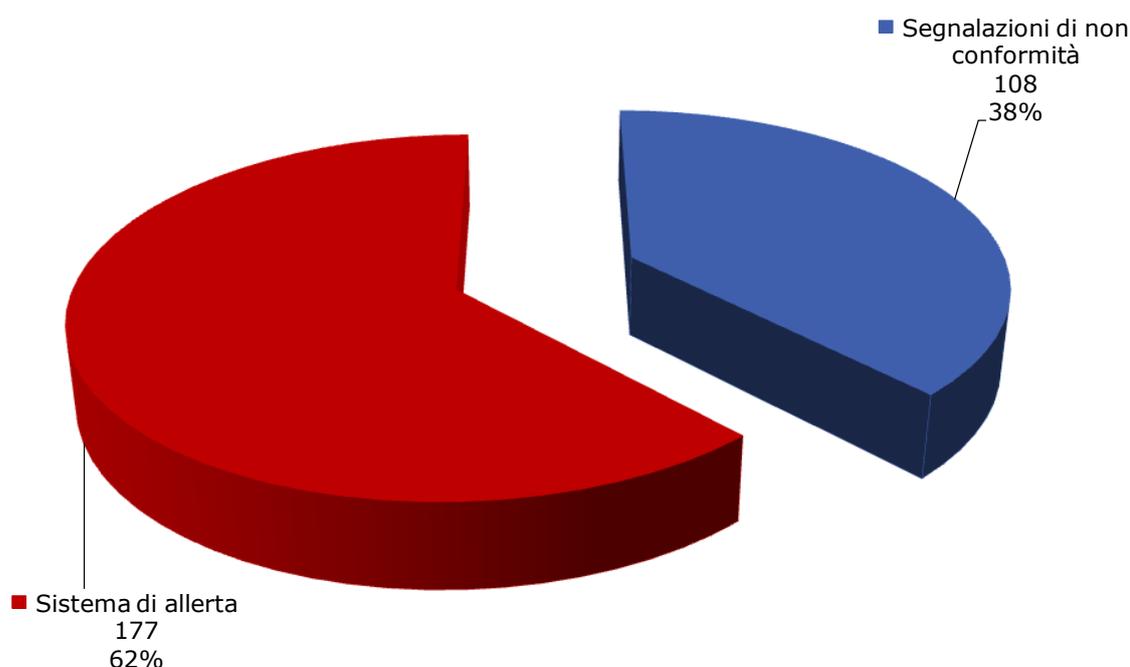


### *Sistema di allerta*

Nell'ambito della sicurezza alimentare le comunicazioni rapide sono fondamentali per la valutazione di eventuali rischi e per la tutela del consumatore. Il sistema rapido di allerta comunitario (RASFF) 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 la deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1041 del 11 aprile 2006. Alla rete partecipano la Commissione Europea, l'EFSA (Autorità per la sicurezza

alimentare) e gli Stati membri dell'Unione. In ambito nazionale gli attori istituzionali sono il Ministero della Salute (Direzione Generale Sicurezza Alimentare e Nutrizione), le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali.

#### Notifiche RASFF 2008 - Nodo Regione del Veneto



203

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

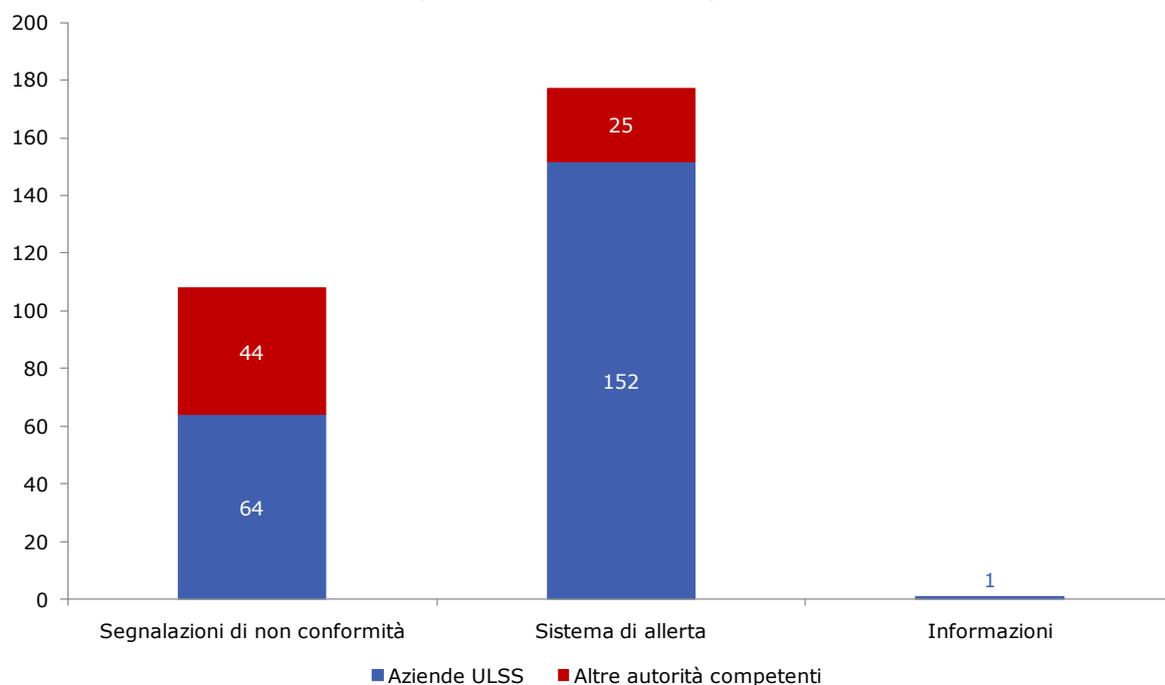
- Sistema di allerta (o sistema di allarme rapido): notifica relativa a situazioni di grave rischio per il consumatore;
- Segnalazione di non conformità (o segnalazione per informazione): notifica relativa a prodotti non presenti sul mercato, o non di grave rischio per il consumatore e/o per gli animali;

Vi sono inoltre informazioni di carattere generale, ovvero 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

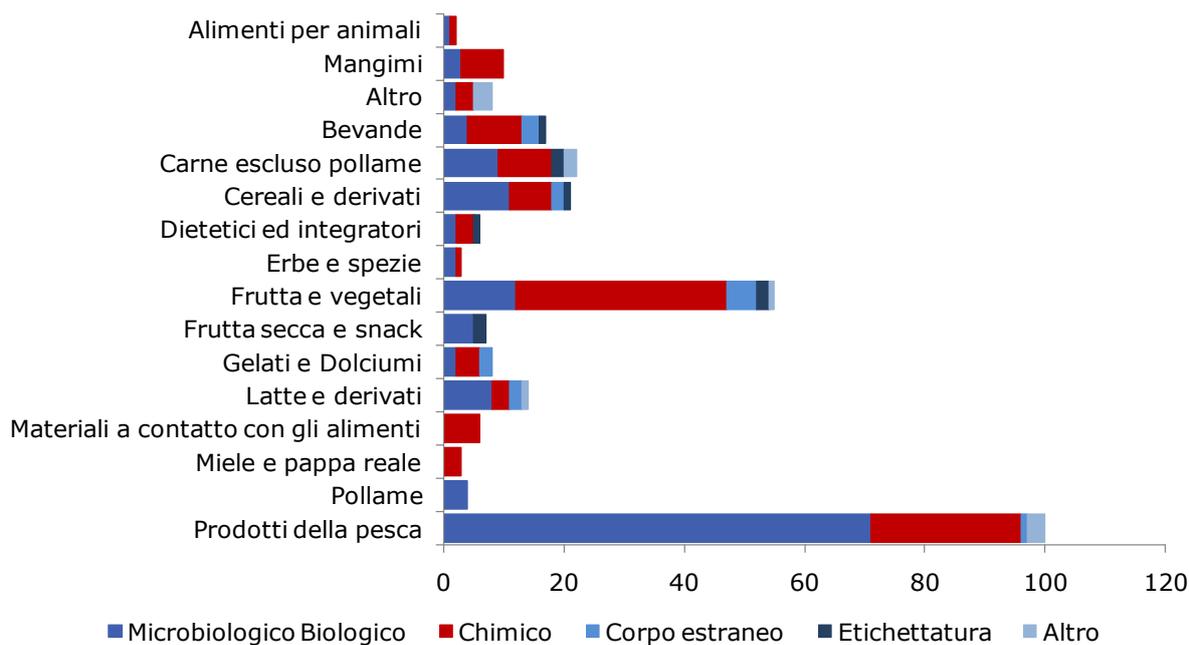
alimento a cui è ascrivibile la non conformità, o liste di distribuzione di prodotto oggetto di allerta da parte di ditte di altre Regioni o Paesi.

Notifiche RASFF 2008  
Nodo Regione del Veneto - Origine notifiche



204

Notifiche RASFF 2008 gestite da nodo Regione del Veneto  
classificazione per categoria di prodotto e pericolo



Notifiche RASFF 2008 gestite da nodo Regione del Veneto classificazione per categoria di prodotto e pericolo					
Prodotti	Microbiologico Biologico	Chimico	Corpo estraneo	Etichettatura	Altro
Prodotti della pesca	71	25	1		3
Pollame	4				
Miele e pappa reale		3			
Materiali a contatto con gli alimenti		6			
Latte e derivati	8	3	2		1
Gelati e Dolciumi	2	4	2		
Frutta secca e snack	5			2	
Frutta e vegetali	12	35	5	2	1
Erbe e spezie	2	1			
Dietetici ed integratori	2	3		1	
Cereali e derivati	11	7	2	1	
Carne escluso pollame	9	9		2	2
Bevande	4	9	3	1	
Altro	2	3			3
Mangimi	3	7			
Alimenti per animali	1	1			
	136	116	15	9	10

### *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 (The European Commission's Directorate General for Health and Consumer Policy - Direzione generale della salute e della tutela del consumatore) 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.

### *Il flusso informativo*

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

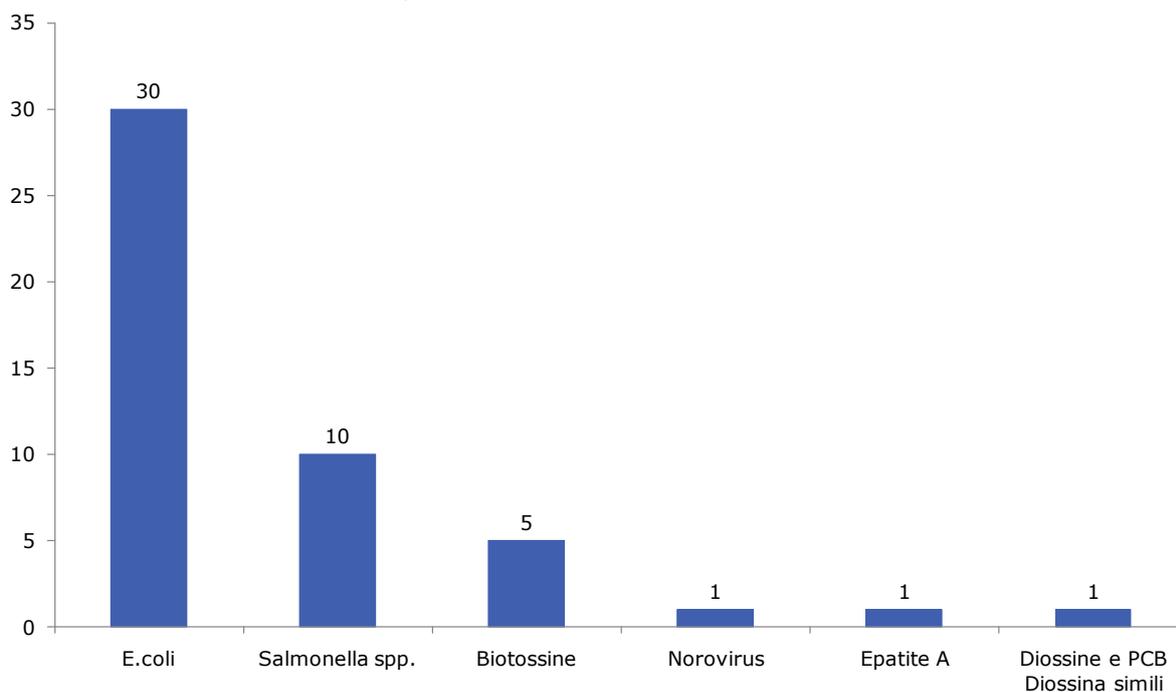
- 67 notificate dalle Aziende ULSS;
- 24 sistemi di allerta;
- 43 segnalazioni di non conformità;

- 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.

Notifiche RASFF 2008 gestite da nodo Regione del Veneto  
prodotto molluschi bivalvi vivi



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. I molluschi bivalvi vivi nella classificazione proposta precedentemente rientrano all'interno della categoria di "prodotti della pesca". Per garantire la sicurezza alimentare del prodotto, a fronte delle frequenti irregolarità riscontrate nella commercializzazione dei

molluschi bivalvi vivi, sono state adottate, sin dal 2006, delle Linee guida regionali di riordino del sistema di sorveglianza igienico sanitaria e avvio del *sistema informativo territoriale geomolluschi*. Secondo quanto previsto dalla normativa europea, 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.

Ambiti di monitoraggio che risultavano classificati alla fine dell'anno 2008		
Numero ambiti	Classificazione sanitaria dell'Ambito di Monitoraggio	Localizzazione dell'Ambito di Monitoraggio
23	A	Mare oltre 3 mt. batimetria
	(prodotto da destinarsi al consumo umano diretto)	
7	B	Mare entro i 3 mt. batimetria
	(prodotto da destinarsi al consumo umano previa depurazione o stabulazione)	
65	B	Laguna
	(prodotto da destinarsi al consumo umano previa depurazione o stabulazione)	

207

Anno 2008	Servizio Veterinario AULSS 10 San Donà	Servizio Veterinario A ULSS 12 Veneziana	Servizio Veterinario AULSS 13 Mirano Dolo	Servizio Veterinario AULSS 14 Chioggia	Servizio Veterinario AULSS 19 Adria	Totale Veneto
Numero uscite prelievi	10	55	3	280	250	598
Numero ore attività	225	548	10	2.200	850	3.833
Numero addetti	2	4	1	2	2	11
Numero ordinanze sindacali*	2	13	0	2	15	32

\* Numero ordinanze sindacali = Provvedimenti sanitari di chiusura temporanea

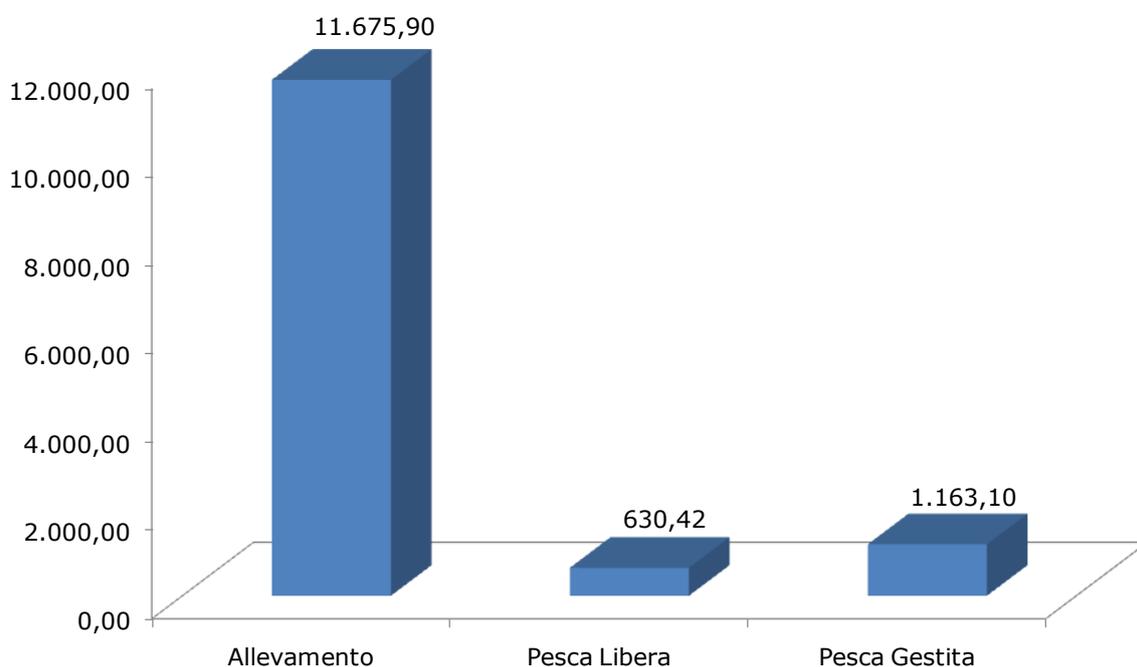
Nel corso dell'anno 2010 saranno rivisti gli ambiti di monitoraggio sulla base dei dati di attività di controllo svolti sugli stessi. Infatti, le Aziende ULSS del Veneto sono

impegnate, con l'autorità regionale, nella predisposizione e nell'effettuazione dell'attività di controllo ufficiale presso le zone di produzione di molluschi bivalvi vivi. Nel corso dell'attività di sorveglianza sulle zone di produzione sono stati emanati diversi provvedimenti sanitari di chiusura temporanea.

Vongole Veraci - Dati produttivi Veneto 2008			
Azienda ULSS	Allevamento	Pesca Libera	Pesca Gestita
12 Veneziana	682,30	169,10	1.072,11
14 Chioggia	1.778,10	454,72	91,00
19 Adria	9.215,50		
<b>Totale</b>	<b>11.675,90</b>	<b>630,42</b>	<b>1.163,10</b>

Produzione totale vongole veraci - Regione del Veneto 2008  
(tonellate di prodotto)

208



Rispetto al biennio precedente non si riscontrano trend positivi di crescita della produzione di vongole veraci in allevamento. Non si rilevano parimenti trend di decrescita della produzione di vongole veraci da pesca libera e da pesca gestita. Nell'elaborazione i dati incompleti sono stati omessi.

Mitili - Dati produttivi Veneto 2008			Ostriche
Azienda ULSS	Allevamento a mare	Allevamento in laguna	Allevamento a mare
12 Veneziana	877,70	5.575,33	
14 Chioggia	141,50		
19 Adria	3.491,40	5.447,80	1,30
<b>Totale</b>	<b>4.510,60</b>	<b>11.023,13</b>	<b>1,30</b>

Altri prodotti - Dati produttivi Veneto 2008				
Prodotti	Azienda ULSS 10	Azienda ULSS 12	Azienda ULSS 14	Azienda ULSS 19
Ostriche Piatte	1,01			
Ostriche Concave				
Mitili				
Cannolicchi	0,92	18,66	1,09	
Chamalea gallina	187,74	1.108,84	295,37	624,40
Fasolari	202,51	138,60	34,20	
Canestrelli	36,08		140,36	
Capesante	7,27		39,70	
Tartufi	1,69			
Scafarche				
Mactre				
Cuori	4,87			
Mussoli	0,51			
Ricci di Mare	4,92	31,04		
Lumache di Mare	14,08	35,40		37,90
Murici	20,55	12,86	82,48	8,50
Telline				1,60
<b>Totale</b>	<b>482,16</b>	<b>1.345,40</b>	<b>593,20</b>	<b>672,40</b>

### *Attività 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 tradizionali di destinazione, promuovendone la conoscenza ed il consumo, in nuovi ambiti. Ciò implica un'ulteriore impegno da parte del controllo ufficiale (S.I.A.N. e Servizi Veterinari delle Aziende ULSS 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 all'esportazione. In generale, per quanto riguarda i prodotti di origine animale, i requisiti oggetto di accordo possono riguardare:

- la situazione zoonosaria 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.

210

Stabilimenti di trasformazione di prodotti di origine animale veneti attualmente autorizzati ad esportare	
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

Stabilimenti di trasformazione di prodotti di origine animale veneti attualmente autorizzati ad esportare	
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 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 di sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano, sono proseguite anche nel biennio 2008-2009, 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 hanno avuto un ulteriore impulso con l'emanazione nel 2009 delle nuove *Linee Guida Regionali per la sorveglianza e il controllo delle acque destinate al consumo umano nella Regione 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 Triennali 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 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. A tale progetto hanno partecipato tutte le Aziende ULSS attraverso i Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN).

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%. È stata inoltre acquisita una serie di informazioni sugli stili alimentari e di vita dei soggetti che hanno partecipato all'indagine citata. La comunicazione dei risultati alla popolazione in generale ed a scuole, insegnanti e genitori 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 SIAN delle Aziende ULSS 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 alla "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 sovrappeso e di obesità, in modo da poter dare, agli operatori sanitari che operano in tale contesto, degli strumenti più efficaci per contribuire al cambiamento verso stili alimentari e di vita corretti.

### *Sanità animale*

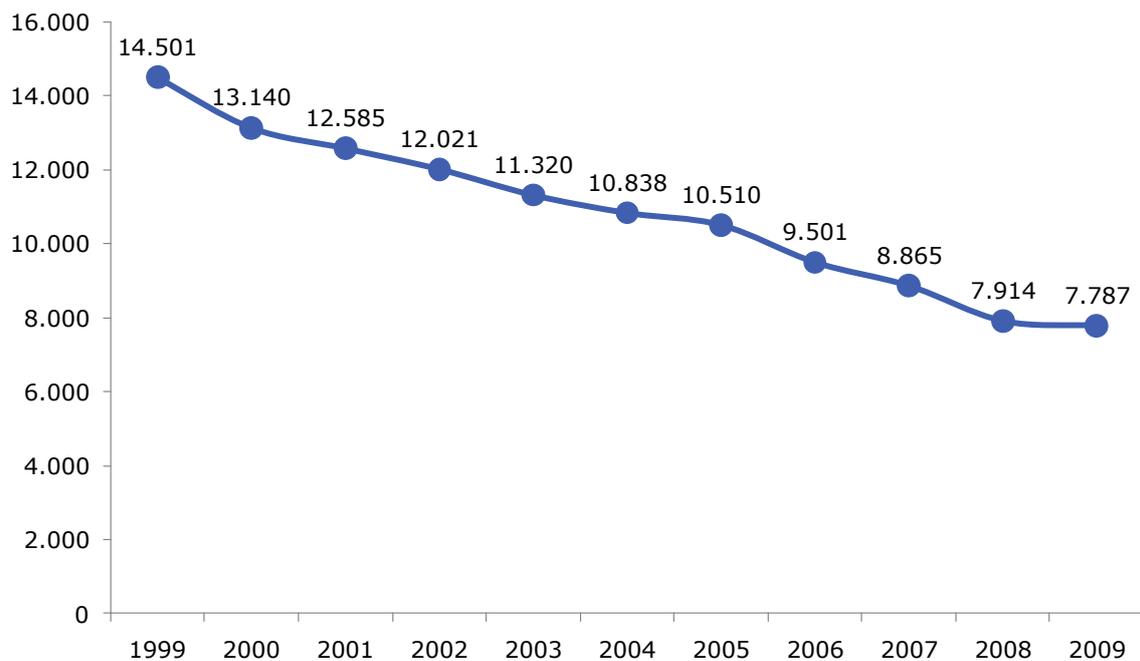
Nel biennio 2008-2009 la Sanità Pubblica Veterinaria ha visto riconfermato il suo ruolo di primo piano nella gestione delle emergenze sanitarie che interessano gli animali e spesso (come nel caso delle cosiddette "zoonosi") anche l'uomo. In materia di sanità animale la politica sanitaria veterinaria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

#### *Piani di risanamento (TBC, BRC e LBE)*

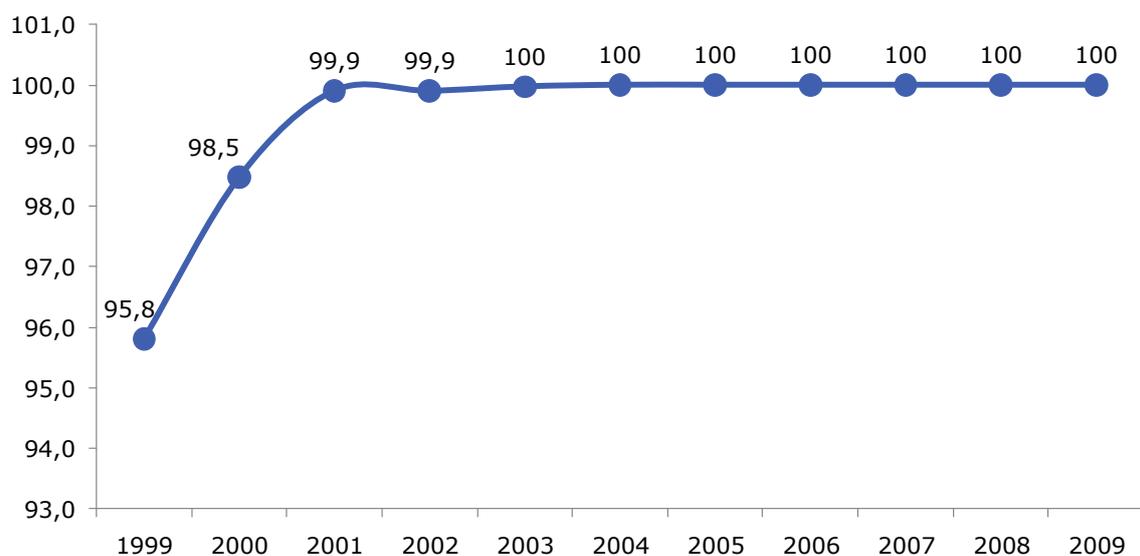
L'applicazione dei controlli e degli interventi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale nei confronti della Tuberculosis bovina (TBC), Brucellosi (BRC) bovina, Leucosi bovina enzootica (LBE) e Brucellosi ovi-caprina ha portato negli ultimi anni ad un progressivo miglioramento della situazione 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).

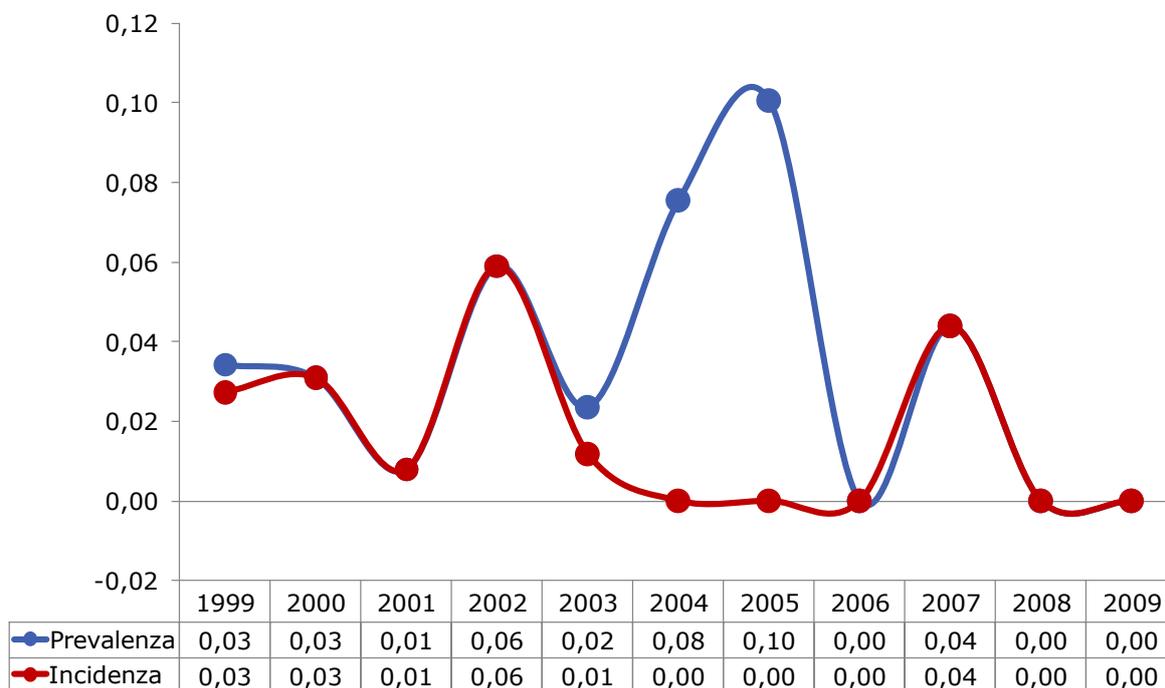
Tubercolosi bovina (TBC) 1999-2009:  
Allevamenti Ufficialmente Indenni nel Veneto



Tubercolosi bovina (TBC) 1999-2009:  
Percentuale Allevamenti Ufficialmente Indenni sul totale degli allevamenti nel Veneto

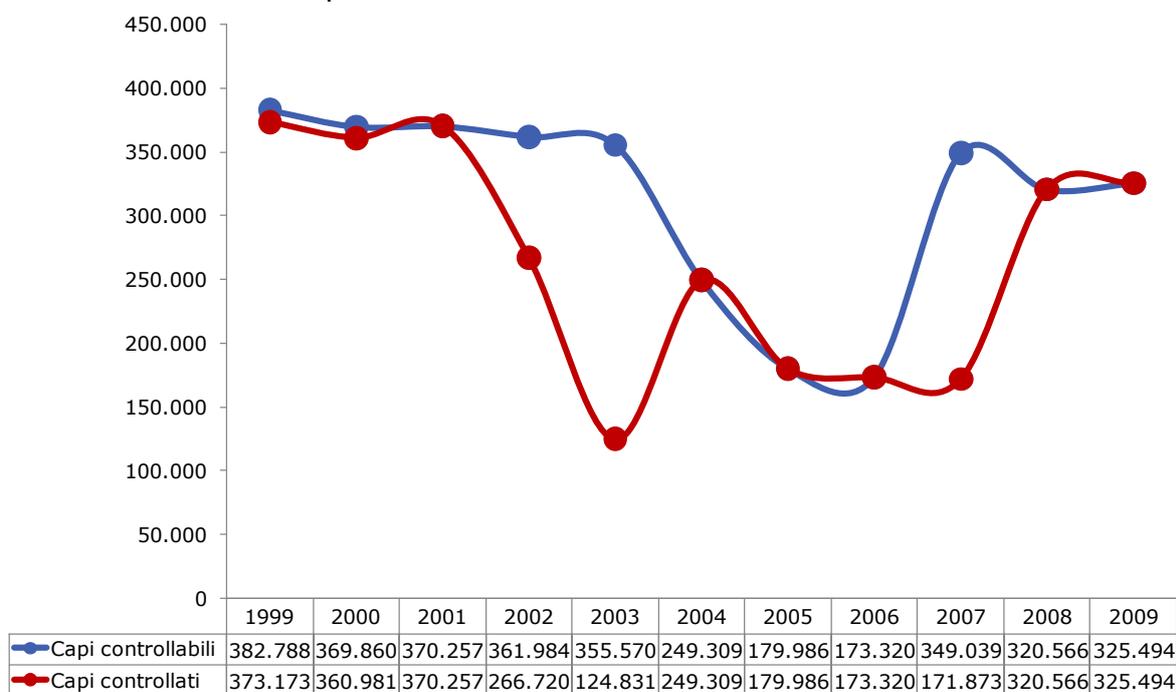


Tubercolosi bovina (TBC) 1999-2009:  
Prevalenza e incidenza



215

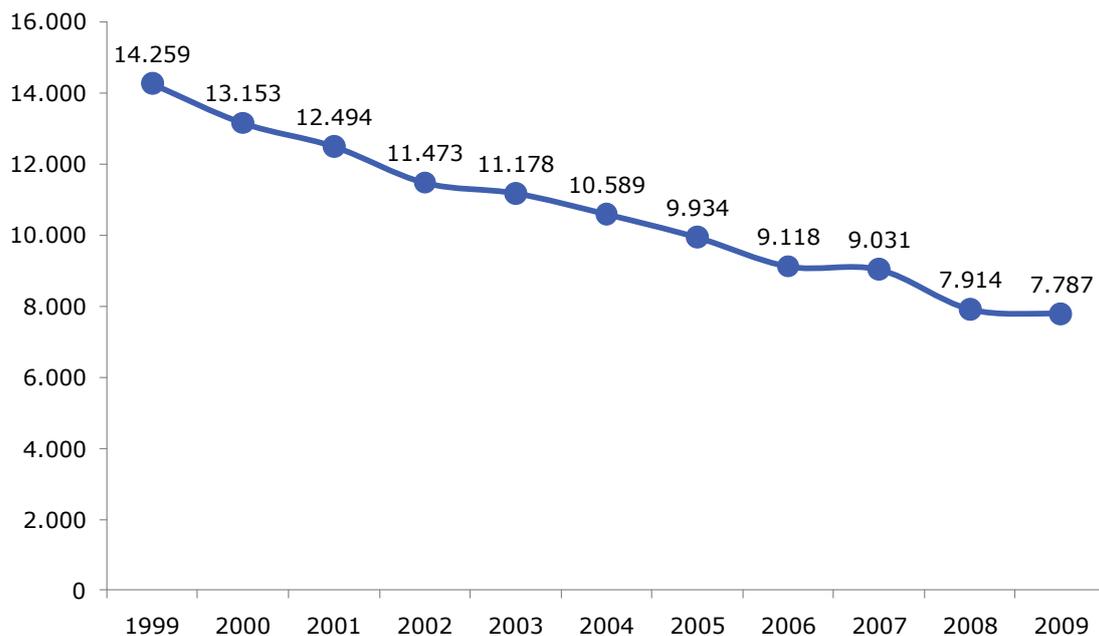
Tubercolosi bovina (TBC) 1999-2009:  
Capi controllabili e controllati nel Veneto



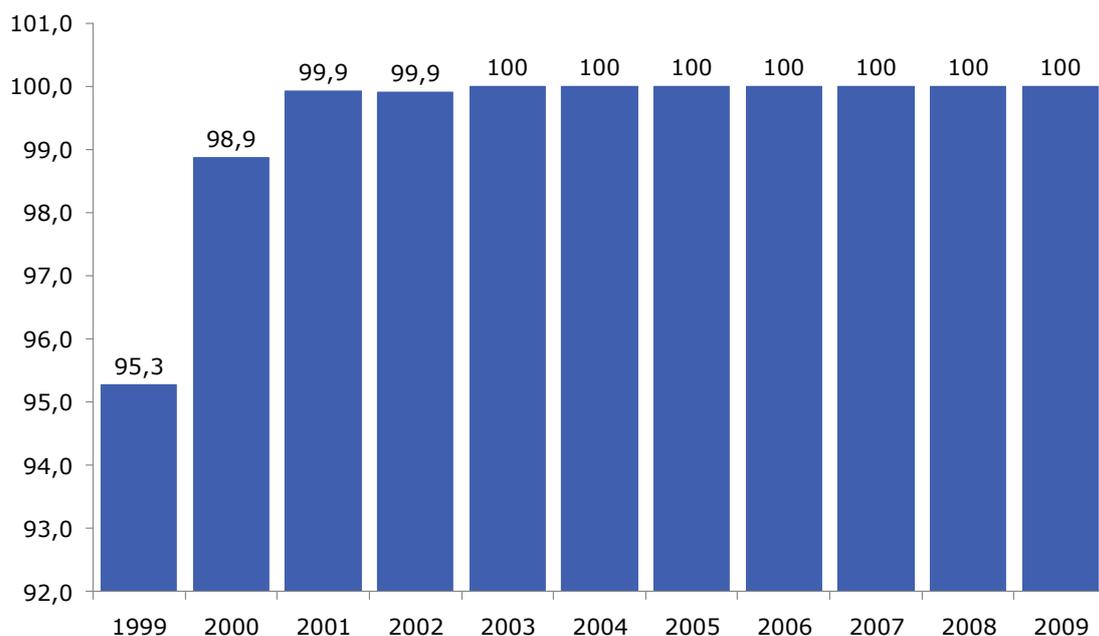
**Brucellosi bovina (BRC):**

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.

**Brucellosi bovina (BRC) 1999-2009:  
Allevamenti Ufficialmente Indenni nel Veneto**

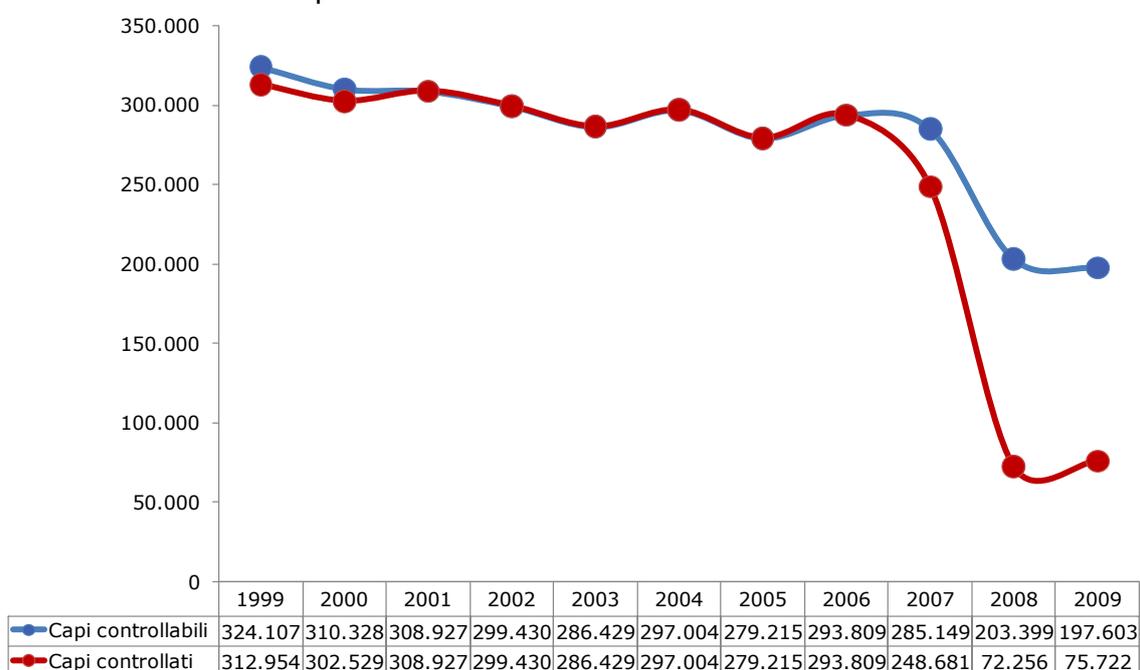


**Brucellosi bovina (BRC) 1999-2009:  
Percentuale allevamenti Ufficialmente Indenni nel Veneto**



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. 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.

Brucellosi bovina (BRC) 1999-2009:  
Capi controllabili e controllati nel Veneto



217

#### *Leucosi bovina enzootica (LBE)*

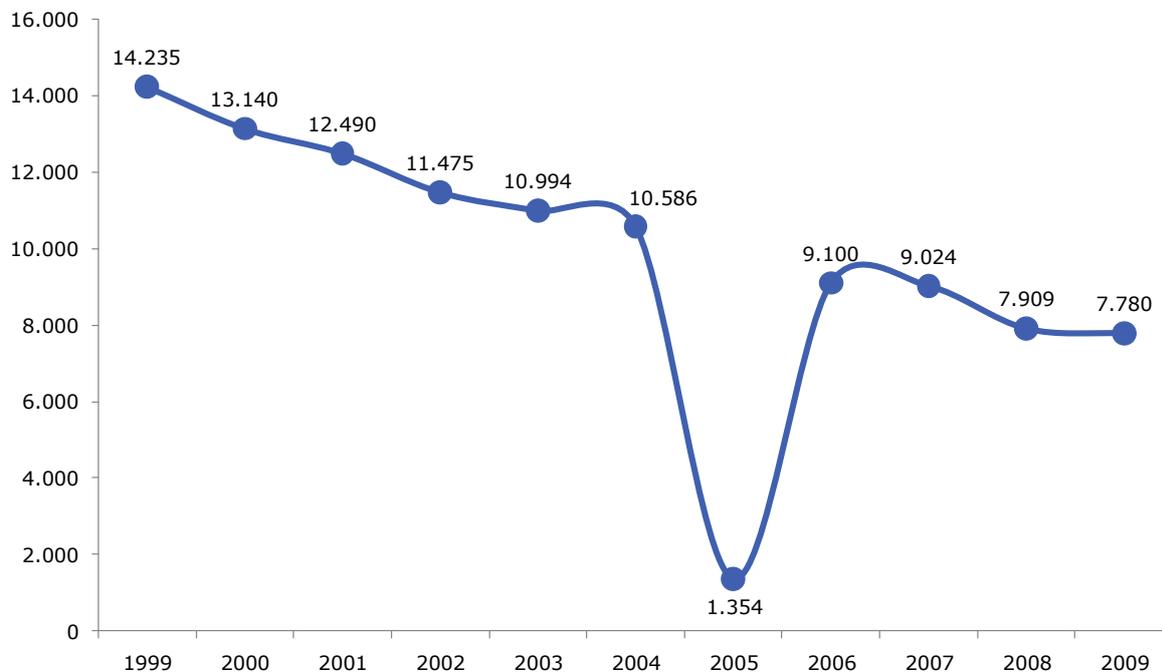
A seguito dell'acquisizione della qualifica di Regione ufficialmente indenne per tale malattia, è stata riprogrammata la pianificazione regionale dei controlli, che hanno assunto la frequenza e la modalità già descritta per la BRC bovina. Nel 2008 e nel 2009 la percentuale di allevamenti ufficialmente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

#### *Brucellosi ovi-caprina*

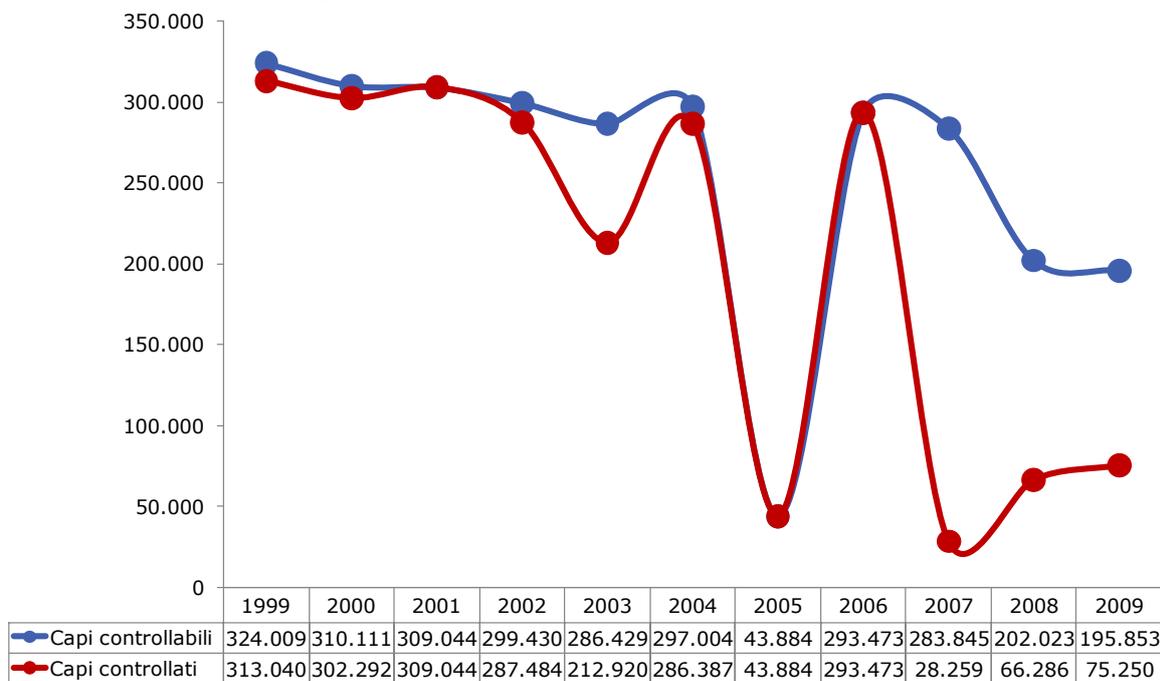
Nel 2008 la Regione del Veneto è stata dichiarata ufficialmente indenne per Brucellosi ovi-caprina: i controlli sugli allevamenti hanno pertanto assunto cadenza biennale. Nel

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.

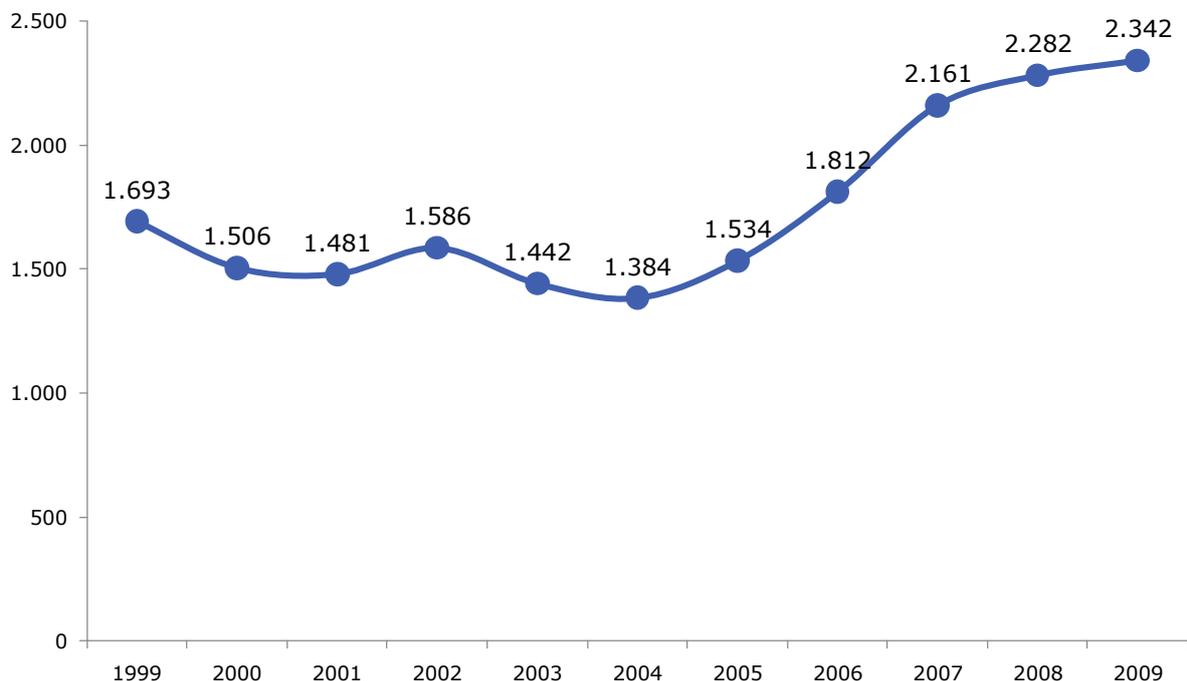
Leucosi bovina enzootica 1999-2009:  
Allevamenti Ufficialmente Indenni nel Veneto



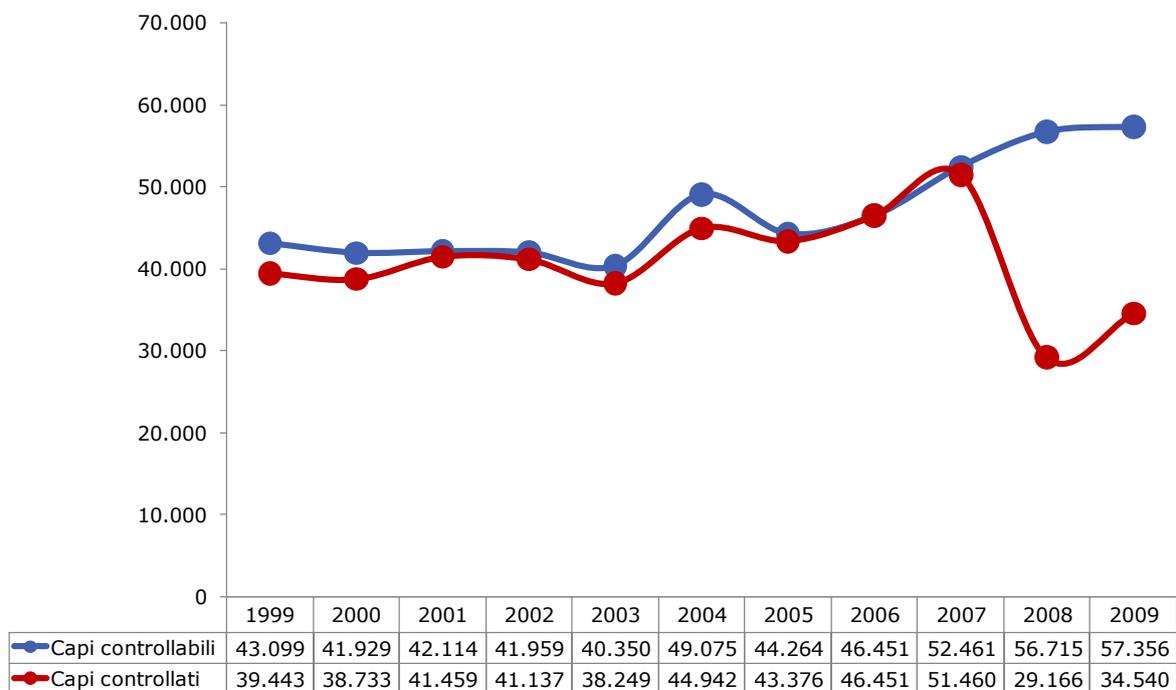
Leucosi bovina enzootica 1999-2009:  
Capi controllabili e controllati nel Veneto



Brucellosi Ovi-Caprina 1999-2009:  
Allevamenti Ufficialmente Indenni nel Veneto



Brucellosi Ovi-Caprina 1999-2009:  
Capi controllabili e controllati nel Veneto



*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 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 *Salmonella* Enteritidis (SE) e *Salmonella* 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 Aziende 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. Tali gruppi sono corrispondenti a 14 allevamenti: 6 localizzati nella Provincia di Verona, 4 a Treviso e 2 rispettivamente a Venezia e Rovigo.

220

Distribuzione dei sierotipi di Salmonella (SE, ST) isolati nel corso dei prelievi ufficiali – Veneto 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
<b>Totale</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

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. Sono state inoltre rilevati 27 gruppi di ovaiole positivi per "Salmonelle minori".

Positività per salmonelle incluse nel Piano nazionale di controllo (SE, ST) in galline ovaiole– Veneto anno 2009		
Azienda ULSS	Numero di aziende infette	Numero di animali infetti
Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa	1	19.500
Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo	3	149.000
Azienda ULSS 17 Este	2	98.800
Azienda ULSS 18 Rovigo	1	180.000
Azienda ULSS 19 Adria	1	7.000
Azienda ULSS 21 Legnago	1	8.500
Azienda ULSS 22 Bussolengo	1	36.500
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>499.300</b>

Sierotipi salmonellari isolati da allevamenti di ovaiole – Veneto 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, Virchow 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 Aziende 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; 12 gruppi invece sono risultati positivi ad altri sierotipi "minori" di salmonella, non inclusi nel Piano.

222

Positività per salmonelle incluse nel Piano nazionale di controllo (SE, ST) in riproduttori – anno 2009		
Azienda ULSS	Numero di aziende infette	Numero di animali infetti
Azienda ULSS 6 Vicenza	1	3.000
Azienda ULSS 17 Este	1	23.015
Azienda ULSS 22 Bussolengo	1	24.428
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>50.443</b>

Sierotipi salmonellari isolati da allevamenti di riproduttori – Veneto 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 Azienda 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 Province di Vicenza, Venezia, Treviso e Verona. Altri sierotipi di salmonella, non inclusi nel Piano di controllo, sono stati rilevati in 201 gruppi di boiler.

Positività per salmonelle incluse nel Piano nazionale di controllo in broiler– Veneto anno 2009		
Azienda ULSS	Numero di aziende infette	Numero di animali infetti
Azienda ULSS 6 Vicenza	1	69.000
Azienda ULSS 9 Treviso	1	114.000
Azienda ULSS 10 Veneto Orientale	1	105.000
Azienda ULSS 20 Verona	1	21.000
Azienda ULSS 22 Bussolengo	1	58.700
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>367.700</b>

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

### 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,

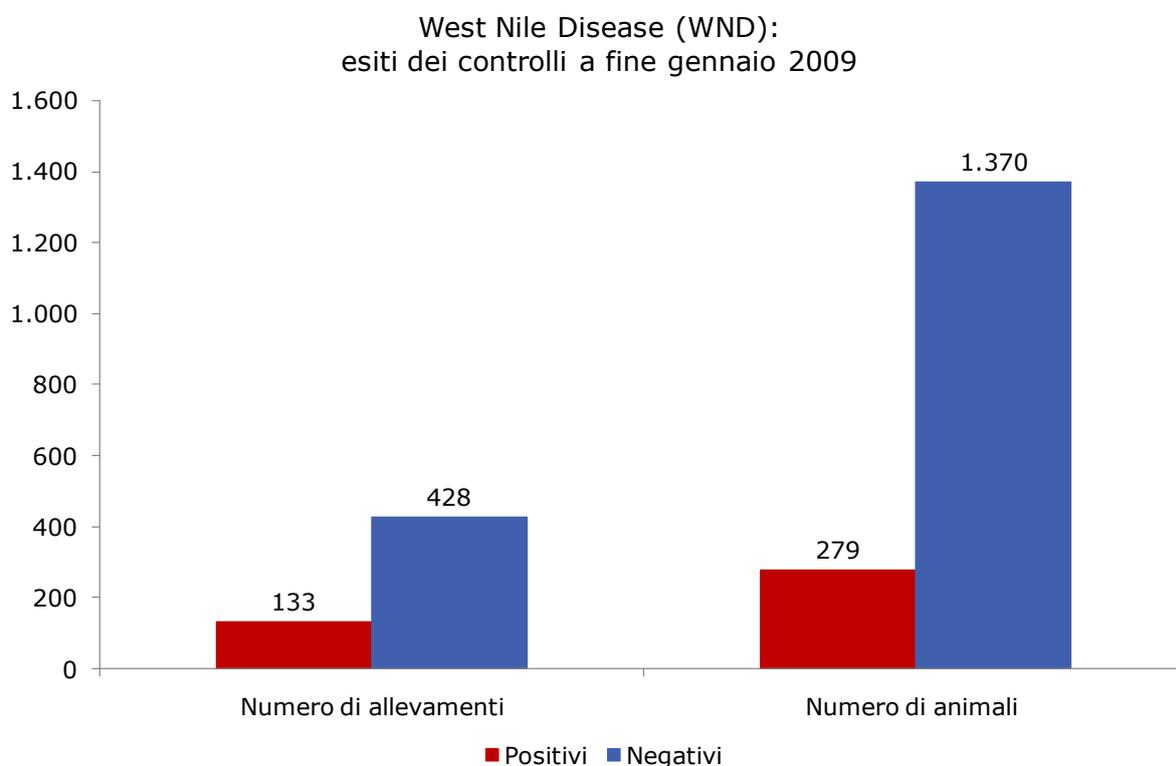
risulta essere una delle principali destinatarie, a livello nazionale, di bovini provenienti da tali Zone di Restrizione (ZR) per Blue Tongue (BT), in particolare dalla Francia: per tale motivo, a partire da luglio 2007, a causa della situazione epidemiologica del nord Europa, sono stati attuati i rintracci 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.

#### *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. 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, 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: i soggetti da campionare dovevano essere stanziali (animali che negli ultimi tre 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. 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. 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, comprendente controlli in un campione di equidi per Azienda 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.



### *Rabbia*

La rabbia è una malattia infettiva e contagiosa, a esito mortale, sostenuta da un Lyssavirus (famiglia di virus 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. È 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 1995. 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.

Casi di rabbia identificati negli animali nel 2009						
Regione	Specie					
	Asino	Cane	Capriolo	Tasso	Volpe	Totale
Friuli Venezia Giulia	0	1	1	1	32	35
Veneto	1	2	0	1	29	33
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>61</b>	<b>68</b>

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 Belluno, Treviso e alcuni comuni della Provincia di Vicenza) e la vaccinazione obbligatoria pre-contagio dei cani di proprietà delle Province di Belluno, Treviso e alcuni comuni della Provincia di Vicenza e di Venezia. 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, 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. 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.

### *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 Comunità Europea, 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, sino all'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 (Organismi Geneticamente Modificati).

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 1.435 campioni lungo tutta la filiera dell'alimentazione animale, che rappresentano il 16,5% di tutta l'attività svolta a livello nazionale.

Veneto 2008: campioni programmati (P) ed effettuati (E) lungo tutta la filiera dell'alimentazione animale													
Tipo di attività	impianto		allevamento		distribuzione		trasportatore		altre sedi		Totale		%
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	
Vigilanza Principi Attivi e Additivi	171	147	347	325	27	33	0	0	3	7	548	512	93,4
Vigilanza Contaminanti	60	53	51	51	4	4	0	0	0	0	115	108	93,9
Vigilanza Diossine	21	17	23	24	0	0	0	0	0	0	44	41	93,2
Sorveglianza Diossine	9	8	7	7	0	0	0	0	0	0	16	15	93,8
Sorveglianza OGM	15	13	15	15	0	0	0	0	0	0	30	28	93,3
Vigilanza OGM	6	6	5	5	0	0	0	0	0	0	11	11	100
Controllo Salmonella in Pet Food	11	10	0	0	4	4	0	0	0	0	15	14	93,3
Vigilanza BSE	74	49	153	82	18	18	0	0	2	2	247	151	61,1
Sorveglianza Salmonelle	41	40	17	18	2	2	0	0	0	0	60	60	100
Vigilanza Salmonelle in Impianti di Produzione	105	99	0	0	0	0	0	0	0	0	105	99	94,3
Vigilanza Micotossine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	117	146,3
Sorveglianza Micotossine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	147	152	103,4
Sorveglianza BSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66	127	192,4
<b>Totale</b>	<b>513</b>	<b>442</b>	<b>618</b>	<b>527</b>	<b>55</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1.484</b>	<b>1.435</b>	<b>96,7</b>
<b>Percentuale</b>	<b>100</b>	<b>86,2</b>	<b>100</b>	<b>85,3</b>	<b>100</b>	<b>110,9</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>180</b>	<b>100</b>	<b>96,7</b>	

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 state adottate integrazioni regionali. Generalmente, in tutti i settori i controlli eseguiti superano il 90% (obiettivo minimo) rispetto ai programmati in ambito nazionale. Nel caso della vigilanza OGM sono stati eseguiti 4 controlli in meno. Per quanto concerne la BSE Bovine Spongiform Encephalopathy ("morbo della mucca pazza") è in corso di attuazione un miglioramento nella redazione dei verbali di prelievo da parte dei Servizi Veterinari, che consenta di evitare errori di registrazione nel sistema informatico dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie. In tal senso, nel corso delle riunioni di presentazione del piano regionale per l'anno 2009, è stata prevista una maggiore accuratezza nella raccolta dei dati. Da osservare che il Piano Nazionale di sorveglianza e vigilanza sanitaria sull'Alimentazione Animale 2008 indica le 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.

#### *Piano Nazionale Residui*

Il Ministero della Salute predispone annualmente il Piano Nazionale Residui in linea con le indicazioni della Commissione Europea e con il dettato della normativa vigente. 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, eventuali azioni di miglioramento rispetto ai 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 sui 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 4.686 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. Nell'anno 2008, sono stati effettuati 4.996 campioni (106,6% del programmato), di cui 1.702 in allevamento, 3.270 al macello e 24 presso altre tipologie di impianti. 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 ulteriori 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. Le sostanze oggetto di ricerca nei campionamenti sono le seguenti:

*Categoria A - Sostanze ad effetto anabolizzante e sostanze non autorizzate*

- 1) Stilbeni, loro derivati e loro sali ed esteri;
- 2) Agenti antitiroidei;
- 3) Steroidi;
- 4) Lattoni dell'acido resorcilico (compreso lo zeranolo);
- 5)  $\beta$ -agonisti;
- 6) Sostanze incluse nell'All. IV del regolamento (CEE) n. 2377/90 del Consiglio, del 26 giugno 1990 (ora abrogato dai regolamenti (CE) nn. 470/2009 e 37/2010);

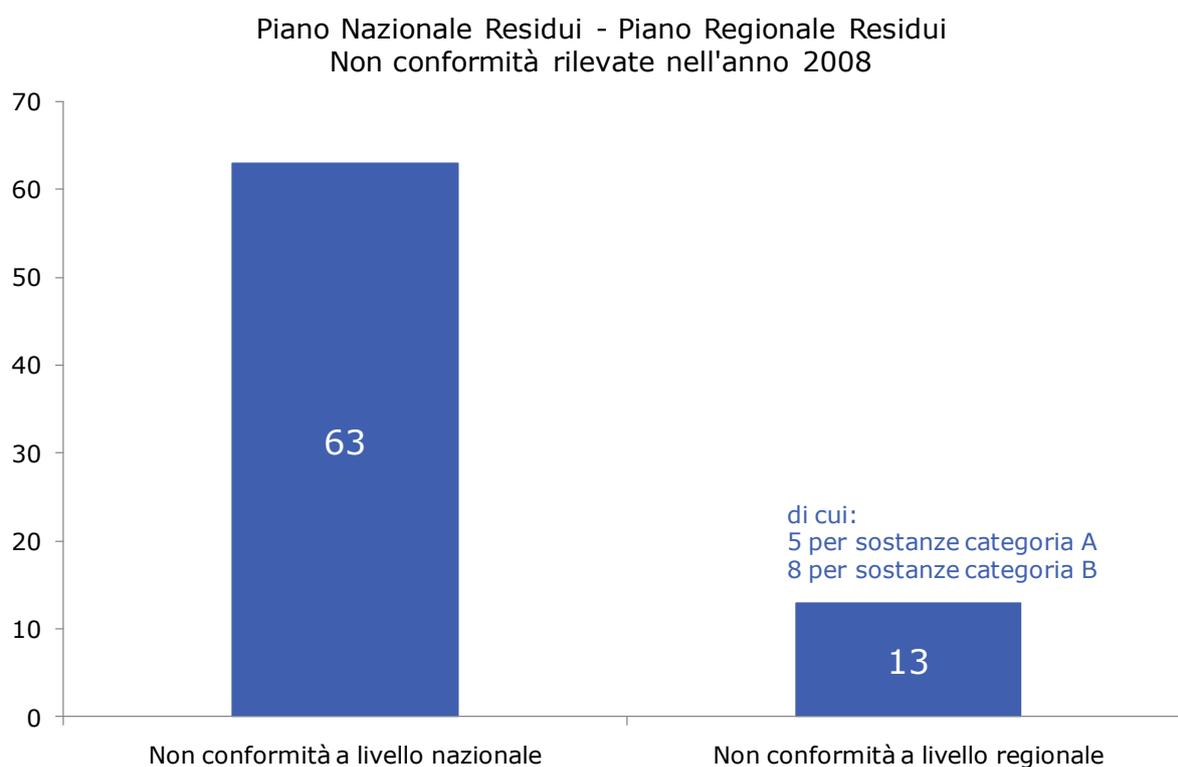
*Categoria B - Medicinali veterinari e agenti contaminanti*

- 1) Sostanze antibatteriche, compresi sulfamidici e chinolonici;
  
- 2) Altri prodotti medicinali veterinari;
  - a) antielmintici;
  - b) coccidiostatici, compresi i nitroimidazoli;
  - c) carbammati e piretroidi;
  - d) tranquillanti;
  - e) antinfiammatori non steroidei (AINS);
  - f) altre sostanze esercitanti un'attività farmacologica.
  
- 3) Altre sostanze e agenti contaminanti per l'ambiente
  - a) composti organoclorurati, compresi i PCB;
  - b) composti organo fosforati;
  - c) elementi chimici;
  - d) micotossine;

e) coloranti;

f) altri.

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 ed 8 per sostanze di categoria B.



233

La distribuzione regionale dei campioni programmati ed analizzati nel corso dell'anno 2008 è la seguente:

Distribuzione dei campioni programmati e analizzati per luogo di prelievo		
Regione del Veneto 2008	Campioni programmati	Campioni analizzati
Allevamento	1.206	1.702
Macello	3.480	3.270
Stabilimento	0	24
<b>Totale</b>	<b>4.686</b>	<b>4.996</b>

## Distribuzione dei campioni per materiale (Veneto 2008):

Materiale	Allevamento		Macello	
	Programmati	Analizzati	Programmati	Analizzati
Acqua d'abbeverata	47	37	/	/
Bulbi oculari	/	/	17	15
Carni	/	/	/	6
Fegato	5	6	977	1.049
Latte vaccino	51	67	/	/
Mangimi	50	51	/	/
Miele	5	3	/	/
Muscolo	182	187	1.893	1.604
Pelo	7	7	/	/
Plasma	1	15	15	42
Rene	/	/	2	1
Siero	15	124	/	17
Tessuto adiposo	/	2	139	122
Tiroide	/	/	58	59
Uova	139	103	/	/
Urine	666	961	313	297
Latte bufalino	1	/	/	/
Latte ovicaprino	/	0	/	/
Plasma/Siero	37	139	66	58
<b>Totale</b>	<b>1.206</b>	<b>1.702</b>	<b>3.480</b>	<b>3.270</b>

234

## Distribuzione delle analisi programmate in allevamento e macello (Veneto 2008):

Analisi Programmate	Allevamento	Macello
Aflatossine	37	/
Agenti Antitiroidei	46	86
Aminoglicosidi	1	/
Androgeni	5	/
Antimicrobici	13	235
Antinfiammatori non steroidei	2	15
Avermectine	4	111
Benzimidazolici	3	108
Beta-Agonisti	/	/
Beta-Bloccanti	/	1
Boldenone	12	47
Butirrofenoli	/	1
Carbammati e piretroidi	/	91
Chinolonici	17	112
Chinossaline	5	/
Clenbuterolo-Simili	172	426
Coccidiostatici	40	162
Coccidiostatici ionofori	6	/
Coloranti	30	/

Analisi Programmate	Allevamento	Macello
Composti organofosforati	/	13
Cortisonici	209	267
Diossine	12	17
Elementi Chimici	4	117
Estrogeni	5	/
Estrogeni Di Sintesi	6	37
Gestageni	/	7
Macrolidi	7	6
Metaboliti dei nitrofurani	41	128
Nitrofurani	21	/
Nitroimidazoli	37	66
Nortestosterone	25	23
PCB (Policlorobifenili)	42	27
PCB (Diossinasimili)	12	17
Penicilline	/	/
Pesticidi Organoclorurati	19	17
Pesticidi Organofosforati	1	11
Progestinici	5	/
Promazine	/	108
Salbutamolo-simili	102	56
Sostanze Allegato IV Reg 2377/90/CE	96	249
Sostanze vietate	/	/
Stanozololo e metaboliti	11	1
Stilbeni	47	87
Sulfamidici	32	556
Tetracicline	11	146
Tiomidazolici	/	27
Trenbolone e metaboliti	15	1
Verde malachite	/	/
Zeranolo e metaboliti	53	101
<b>Totale</b>	<b>1.206</b>	<b>3.480</b>

Distribuzione delle analisi effettuate in allevamento, macello e stabilimento (Veneto 2008):

Analisi Effettuate	Allevamento	Macello	Stabilimento
Aflatossine	44	/	/
Agenti Antitiroidei	49	85	/
Aminoglicosidi	/	/	1
Androgeni	72	/	/
Antimicrobici	/	/	/
Antinfiammatori non steroidei	/	/	/
Avermectine	6	108	/
Benzimidazolici	9	97	/
Beta-Agonisti	243	201	/

Analisi Effettuate	Allevamento	Macello	Stabilimento
Beta-Bloccanti	/	/	/
Boldenone	10	45	/
Butirrofenoli	/	/	/
Carbammati e piretroidi	2	81	/
Chinolonici	17	107	/
Chinossaline	2	/	/
Clenbuterolo-Simili	34	256	/
Coccidiostatici	31	106	/
Coccidiostatici ionofori	2	/	/
Coloranti	/	/	/
Composti organofosforati	/	/	/
Cortisonici	379	382	/
Diossine	10	10	/
Elementi Chimici	7	120	/
Estrogeni	72	/	/
Estrogeni Di Sintesi	6	36	/
Gestageni	/	7	/
Macrolidi	7	5	3
Metaboliti dei nitrofurani	/	/	/
Nitrofurani	55	121	/
Nitroimidazoli	63	117	/
Nortestosterone	28	22	/
PCB (Policlorobifenili)	48	48	1
PCB (Diossinasimili)	/	/	/
Penicilline	3	/	/
Pesticidi Organoclorurati	14	31	3
Pesticidi Organofosforati	1	21	1
Progestinici	72	/	/
Promazine	2	94	/
Salbutamolo-simili	122	4	/
Sostanze Allegato IV Reg 2377/90/CE	/	/	/
Sostanze vietate	99	239	3
Stanozololo e metaboliti	13	1	/
Stilbeni	37	79	/
Sulfamidici	36	583	7
Tetracicline	12	143	5
Tiomidazolici	/	22	/
Trenbolone e metaboliti	16	1	/
Verde malachite	31	/	/
Zeranolo e metaboliti	48	98	/
<b>Totale</b>	<b>1.702</b>	<b>3.270</b>	<b>24</b>

Per quanto attiene alla programmazione del Piano Nazionale Residui 2009 i dati sono attualmente in corso di elaborazione. Si ritiene di interesse fornire una elaborazione

preliminare degli stessi nei termini di campioni previsti ed effettuati in allevamento e al macello e per specie animale:

Piano Nazionale Residui 2009	Previsto per il Veneto	Effettuato	
		Esami	Campioni
Allevamento	1.124	1.729	1.362
Macello	3.480	3.453	3.146
Stabilimento		45	38
<b>Totale</b>	<b>4.604</b>	<b>5.227</b>	<b>4.546</b>

Piano Nazionale Residui 2009	Previsto per il Veneto	Effettuato	
		Esami	Campioni
Acquacoltura	79	63	59
Avicoli	1.159	1.107	1.054
Selvaggina Allevata	35		
Bovini	2.979	3.752	3.156
Conigli	78	36	32
Equini	54	36	33
Suini	81	82	72
Uova	139	120	117
Miele		31	23
<b>Totale</b>	<b>4.604</b>	<b>5.227</b>	<b>4.546</b>

#### *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. 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 (condizioni agronomiche e ambientali soddisfacenti e criteri di gestione obbligatori) 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.

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*
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	2.488**

\* 16.9% dei controlli nazionali

\*\* 10.3% delle Aziende venete controllate, contro il 7.88% a livello nazionale

Controlli per l'anagrafe in allevamento (anno 2008)						
Azienda ULSS	Numero controlli Bovini	Allevamenti Bovini controllati	Numero controlli Ovicapri	Allevamenti Ovicapri controllati	Numero controlli allevamenti suini	Allevamenti altre specie controllati
101	32	32	22	22	2	2
102	57	56	26	26	1	1
103	71	71	11	11	8	8
104	33	33	4	4	33	33
105	84	81	5	5	11	11
106	159	151	11	11	9	9
107	168	156	3	3	2	2
108	307	299	7	7	25	25
109	578	570	58	54	4	4
110	78	76	2	2	1	1
112	19	19	3	3	1	1
113	201	193	9	9	7	7
114	61	61	2	2	1	1
115	70	67	3	3	6	6
116	102	101	27	27	3	3
117	88	87	5	5	15	15
118	152	122	2	2	7	6
119	63	62	4	4	3	3
120	124	123	12	12	7	7
121	55	52	2	2	54	52
122	76	76	13	13	7	7
<b>Totale</b>	<b>2.578</b>	<b>2.488</b>	<b>231</b>	<b>227</b>	<b>207</b>	<b>204</b>

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

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 per la condizionalità.

Controlli in allevamento nel 2008 con irregolarità riscontrate						
Azienda ULSS	Numero controlli Bovini	Allevamenti Bovini controllati	Numero controlli Ovicapri	Allevamenti Ovicapri controllati	Numero controlli altre specie	Allevamenti altre specie controllati
103	17	17	0	0	0	0
104	18	18	0	0	1	1
105	4	4	0	0	0	0
106	5	5	0	0	0	0
107	5	5	0	0	0	0
108	2	2	2	2	0	0
109	2	2	0	0	0	0
116	5	5	0	0	0	0
117	2	2	0	0	0	0
118	3	3	0	0	0	0
119	2	2	1	1	0	0
120	3	3	0	0	0	0
121	4	4	0	0	0	0
122	16	16	1	1	0	0
<b>Totale</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Delle irregolarità sopra riportate, una è stata rilevata dai NAS in un allevamento bovino e 22 (sempre in allevamenti bovini) dal Corpo Forestale dello Stato. Nel 2009 (dati sotto riportati), un allevamento bovino è stato controllato dai NAS, mentre altri 15 sono stati controllati dal Corpo Forestale dello Stato.

Controlli per l'anagrafe in allevamento (anno 2009)						
Azienda ULSS	Numero controlli Bovini	Allevamenti Bovini controllati	Numero controlli Ovicapri	Allevamenti Ovicapri controllati	Numero controlli altre specie	Allevamenti altre specie controllati
101	11	11	1	1	0	0
102	56	56	28	21	1	1
103	43	43	0	0	1	1
104	8	8	1	1	4	4
105	38	37	3	3	34	33
106	133	127	5	5	3	3
107	174	173	11	10	5	5
108	164	161	0	0	0	0
109	106	106	2	2	16	16
110	51	45	2	2	1	1
112	7	7	0	0	0	0
113	45	43	0	0	0	0
114	31	31	0	0	0	0
115	166	166	0	0	1	1
116	75	73	2	2	43	40
117	45	45	4	4	7	7
118	35	34	0	0	0	0
119	43	40	0	0	1	1
120	144	143	18	18	20	20
121	28	28	1	1	5	5
122	80	79	9	9	17	17
<b>Totale</b>	<b>1.483</b>	<b>1.456</b>	<b>87</b>	<b>79</b>	<b>159</b>	<b>155</b>

Controlli in allevamento nel 2009 con irregolarità riscontrate						
Azienda ULSS	Numero controlli Bovini	Allevamenti Bovini controllati	Numero controlli Ovicapri	Allevamenti Ovicapri controllati	Numero controlli altre specie	Allevamenti altre specie controllati
102	4	4	0	0	0	0
103	14	14	0	0	0	0
105	1	1	0	0	20	20
106	7	6	0	0	0	0
108	1	1	0	0	0	0
109	1	1	0	0	0	0
110	1	1	0	0	0	0
116	18	17	0	0	0	0
117	10	10	0	0	0	0
119	3	3	0	0	0	0
120	6	6	0	0	0	0
122	15	15	3	3	2	2
<b>Totale</b>	<b>81</b>	<b>79</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>22</b>

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

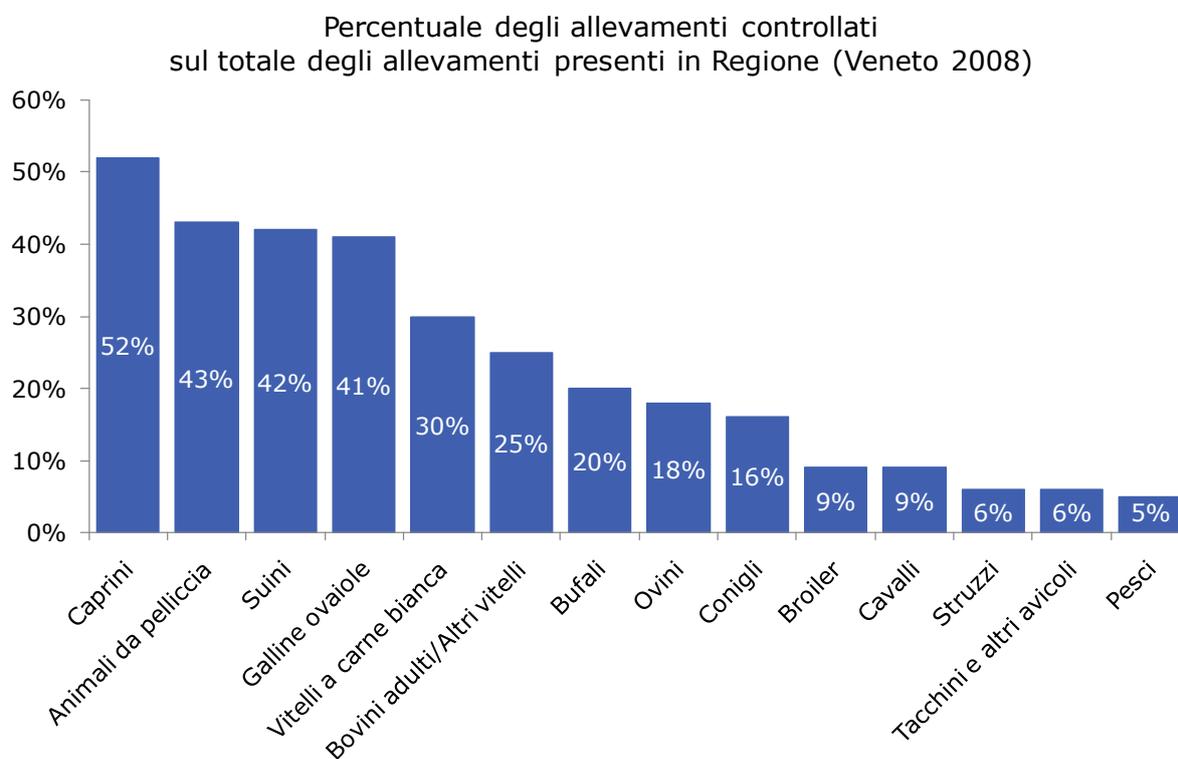
### *Benessere Animale*

Nel 2008 il Ministero della Salute 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, ecc.). 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 Piano 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, nella Regione del Veneto si sarebbero dovuti eseguire da agosto a dicembre 2008, complessivamente 743 controlli, ripartiti a seconda delle specie allevate, come segue:

Specie	N. allevamenti controllabili secondo il 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 *	5.769	1.442	601
<b>Totale</b>			<b>743</b>

\* bovini, ovini, caprini, bufali, cavalli, conigli, tacchini ed altri avicoli, struzzi, animali da pelliccia, pesci.

Prima della formalizzazione del Piano Nazionale Benessere Animale da parte del Ministero, la Regione del Veneto, aveva già provveduto a fornire ai Servizi Veterinari delle Azienda ULSS (nel 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 un numero di 1.756 allevamenti controllabili. 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.



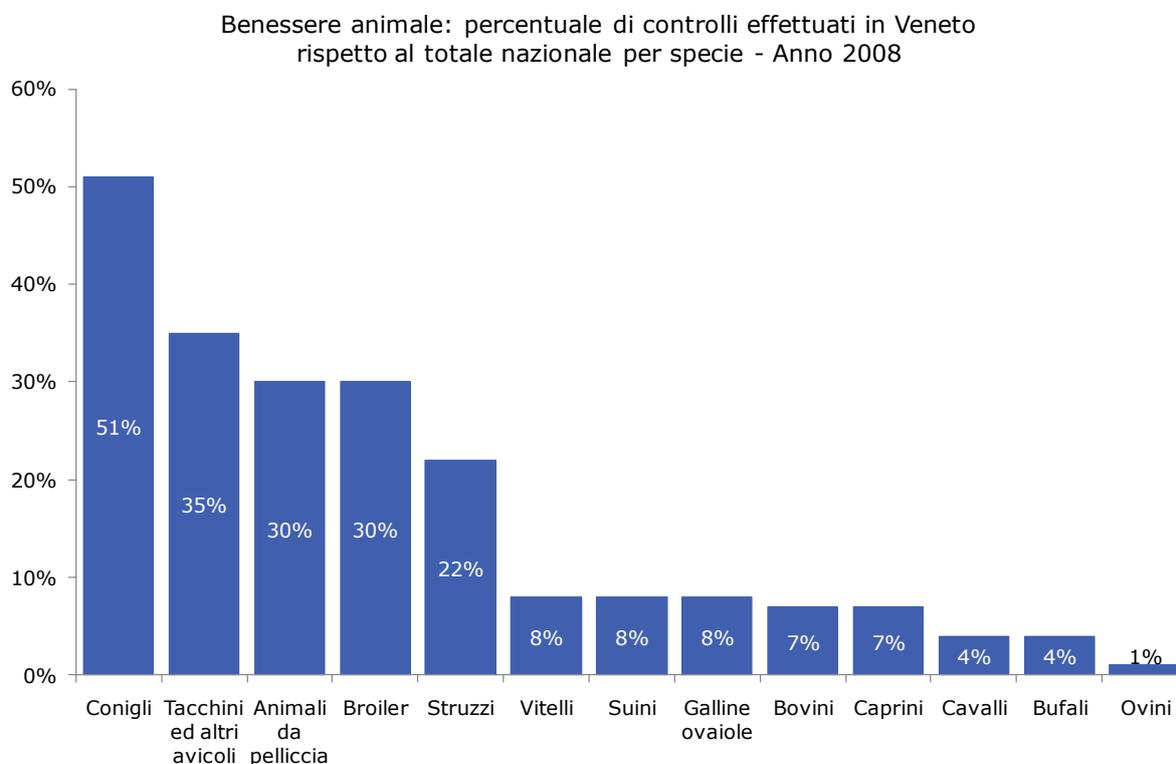
Il numero di allevamenti controllati nel territorio della Regione del Veneto durante l'anno 2008, copre ampiamente il numero minimo di controlli individuato dal PNBA per il periodo di applicazione in via sperimentale dello stesso (da agosto a dicembre), e corrisponde altresì al 94,53 % del programmato regionale per quello stesso anno. Dai dati rilevati 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. Il Piano Nazionale Benessere Animale sconta alcune difficoltà iniziali, dovute ad una elaborazione non sovrapponibile alla distribuzione effettiva degli allevamenti presenti nel territorio nazionale. Ad esempio 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 sulle singole realtà produttive, ovvero, nell'ottica di mantenere una percentuale dei controlli minimi da effettuare di abbassarla di almeno cinque unità.

242

Benessere animale nella Regione del Veneto: allevamenti controllabili e controllati nel 2008			
Specie/Categoria animale	allevamenti controllabili secondo il PNBA	allevamenti controllati	Percentuale controllati/controlabili
Vitelli a carne bianca	536	159	30
Altri vitelli		313	
Bovini adulti	3.436	548	16
Suini	624	263	42
Ovini	117	21	18
Galline ovaiole	143	59	41
Caprini	46	24	52
Broiler	962	85	9
Bufali	10	2	20
Cavalli	443	39	9
Conigli/Lepri	490	78	16
Tacchini ed altri avicoli	898	50	6
Struzzi	34	2	6
Animali da pelliccia	7	3	43
Pesci	288	14	5
<b>Totale</b>	<b>8.034</b>	<b>1.660</b>	<b>21</b>

I controlli effettuati in Veneto corrispondono al 7,12 % del totale dei controlli effettuati sul territorio nazionale per la verifica del benessere animale durante il 2008. Naturalmente le singole percentuali per specie sono molto più elevate.



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. 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. 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 suscettibile 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 Aziende ULSS del Veneto. Infatti, 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. È auspicabile una revisione dei criteri di programmazione dell'attività di controllo che tenga conto delle non conformità rilevate negli anni precedenti, in modo da calibrare la percentuale minima di controlli da effettuare annualmente a seconda:

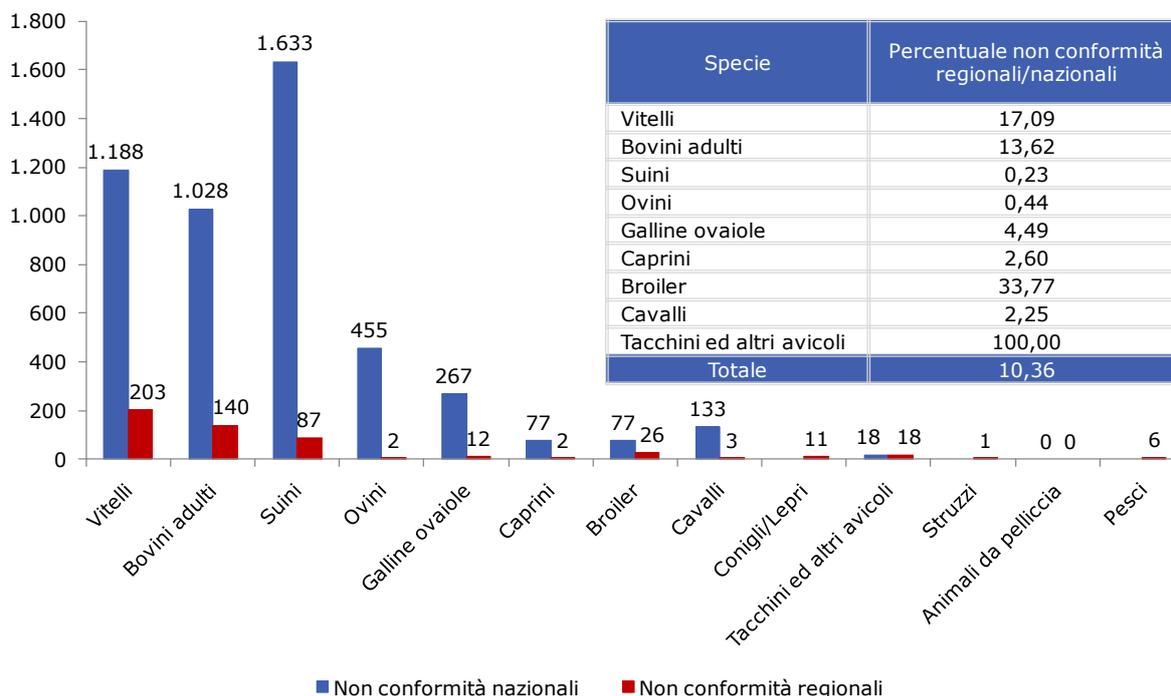
- del numero di allevamenti presenti;
- del numero di animali allevati;
- del numero di risorse disponibili, propri di ciascuna Regione;

ovvero sulla base di criteri di rischio codificati che permettano di stimare gli allevamenti che possano rappresentare un potenziale problema.

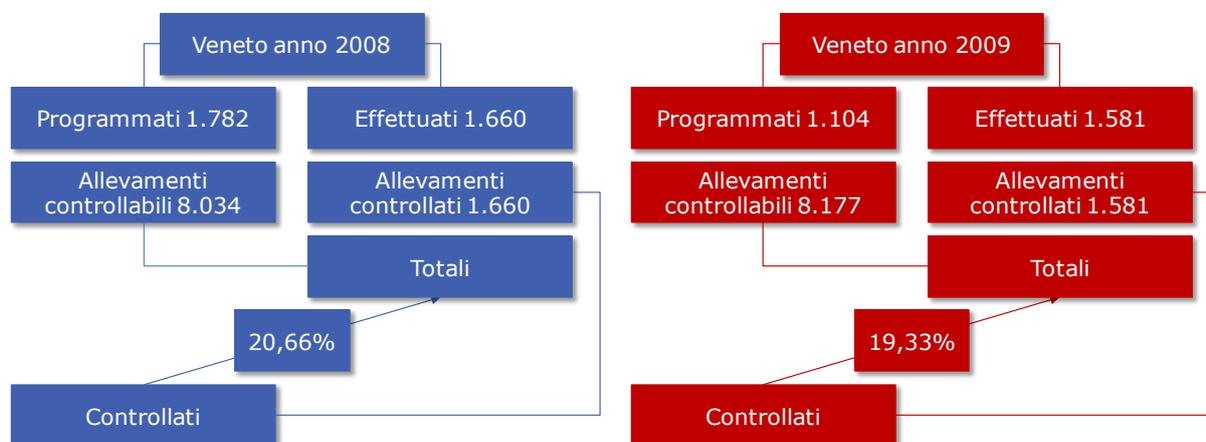
Vi è da dire infine che nel 2008 la programmazione regionale è stata effettuata in più fasi ed in diversi momenti dell'anno, nel tentativo di integrare ed armonizzare le disposizioni intervenute successivamente a livello nazionale.

Regione del Veneto: irregolarità, prescrizioni e sanzioni negli allevamenti controllati nel 2008				
Specie/Categoria animale	Numero irregolarità	Numero prescrizioni A	Numero prescrizioni B	Numero sanzioni
Vitelli a carne bianca e altri vitelli	203	131	59	1
Bovini adulti	140	123	17	
Suini	87	64	23	
Broiler	26	24	2	
Tacchini ed altri avicoli	18	12	6	
Galline ovaiole	12	4	4	4
Conigli	11	8	3	
Pesci	6	6	0	
Cavalli	3	3	0	
Ovini	2	2	0	
Caprini	2	2	2	
Struzzi	1	1	1	
Bufali	0	0	0	
Animali da pelliccia	0	0	0	
<b>Totale</b>	<b>511</b>	<b>380</b>	<b>117</b>	<b>5</b>

Benessere animale: non conformità a livello nazionale e regionale - Anno 2008



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 le seguenti: a) Percentuale attesa del 10% sul totale di allevamenti presenti per singola specie: Vitelli carne bianca, Suini, Ovaiole, Broiler; b) 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, Animali 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.



Il numero dei controlli, pur restando vicino a quello dell'anno 2008 risulta ampiamente superiore a quello richiesto 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.

Regione del Veneto: allevamenti controllabili e controllati, irregolarità, prescrizioni e sanzioni nel 2009						
Specie/Categoria animale	Allevamenti controllabili	Allevamenti controllati	Numero irregolarità	Numero prescrizioni A	Numero prescrizioni B	Numero sanzioni
Vitelli a carne bianca	525	75	176	146	28	2
Altri vitelli		282				
Bovini adulti	3.479	598	217	123	93	1
Suini	803	140	23	7	16	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
<b>Totale</b>	<b>8.177</b>	<b>1.581</b>	<b>570</b>	<b>368</b>	<b>194</b>	<b>8</b>

Veneto anno 2009: percentuale degli allevamenti controllati sul totale degli allevamenti presenti in Regione.						
Cavalli	Galline ovaiole	Bufali	Oche	Animali da Pelliccia	Altri avicoli	Anatre
34%	34%	22%	20%	20%	18%	18%
Suini	Bovini adulti	Caprini	Vitella carne bianca	Tacchini	Broiler	Conigli
17%	17%	15%	14%	14%	13%	12%
Pesci	Ovini	Altri vitelli	Struzzi			
10%	9%	8%	3			

Veneto anno 2009: percentuale degli allevamenti controllati sul totale degli allevamenti presenti in Regione.			
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	Numero allevamenti	Controlli	Percentuale
Vitelli carne bianca	525	75	14,29%
Suini	803	140	17,43%
Ovaiole	152	51	33,55%
Broiler	969	128	13,21%
<b>Totale</b>	<b>2.449</b>	<b>394</b>	<b>16,09%</b>

Percentuale attesa del 15% sulla somma totale di allevamenti presenti per le seguenti specie			
Specie	Numero allevamenti	Controlli	Percentuale
Altri Bovini	3.479	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%
Animali da pelliccia	5	1	20,00%
Altri vitelli		282	8,11%
<b>Totale</b>	<b>5.728</b>	<b>1.187</b>	<b>20,72%</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>8.177</b>	<b>1.581</b>	<b>19,33%</b>

## Fonti

---

INAIL Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Sede per la Regione del Veneto: S. Croce 712 - 30135 Venezia

Telefono 041 2729111 - Fax 041 2729293

E-mail: [veneto@inail.it](mailto:veneto@inail.it)

Sito Internet: <http://siti.inail.it/veneto/>

Direzione Prevenzione della Regione del Veneto

afferre alla Segreteria Regionale per la Sanità

Rio Novo, 3493 Dorsoduro - 30123 VENEZIA

Telefono: 041 2791313 - Fax: 041 2791331

e-mail: [prevenzione@regione.veneto.it](mailto:prevenzione@regione.veneto.it)

Sito Internet: <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/>

Unità di Progetto Veterinaria

Rio Novo, 3493 Dorsoduro - 30123 VENEZIA

Telefono 041 2791304 - Fax 041 2791330

e-mail: [saia@regione.veneto.it](mailto:saia@regione.veneto.it)

Sito Internet:

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

Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSve)

Viale dell'Università, 10 - 35020 Legnaro (Pd)

Telefono: 049 8084211 - 049 8030380 - Fax: +39 049 8830046

e-mail: [comunicazione@izsvenezie.it](mailto:comunicazione@izsvenezie.it)

Sito Internet: <http://www.izsvenezie.it/>

Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale

Passaggio Gaudenzio, 1

35131 Padova (PD)

Telefono: 049 8778252

e-mail: [ser@ulssasolo.ven.it](mailto:ser@ulssasolo.ven.it)

Sito Internet: <http://www.ser-veneto.it/>