

Servizio Sanitario Regionale

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 "Triestina"

**IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DELL'AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N°1 -
TRIESTINA**

LIBRO DI STRUTTURA

CONTESTO IN CUI OPERA
L'AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N°1 "TRIESTINA"

Territorio e popolazione

La provincia di Trieste si estende su di un territorio di 211,8 Km² connotato da un'importante variabilità orogeografica. Su tale territorio insistono 6 Comuni, per un totale di 236.186 abitanti al 31.12.2014.

Figura 1: Comuni e frazioni della provincia

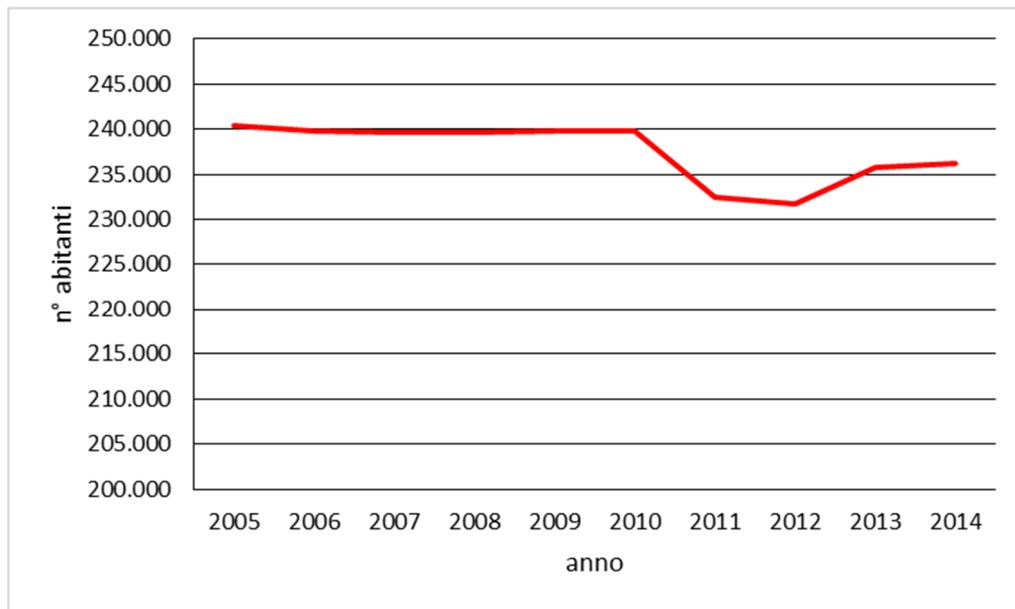
Comune	abitanti
Trieste	205.526
Muggia	13.277
Duino-Aurisina	8.610
S. Dorligo d. V.- Dolina	5.815
Sgonico	2.090
Monrupino	868



(http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAVFG/GEN/tavolare/FOGLIA12/allegati/SLFUC-Trieste_mappa.pdf)

Negli ultimi dieci anni la popolazione risulta essere progressivamente calata, passando dai 242.620 abitanti del 2003 ai 236.186 del 2014, con un'importante accelerazione a partire dal 2011, probabile conseguenza della crisi economica.

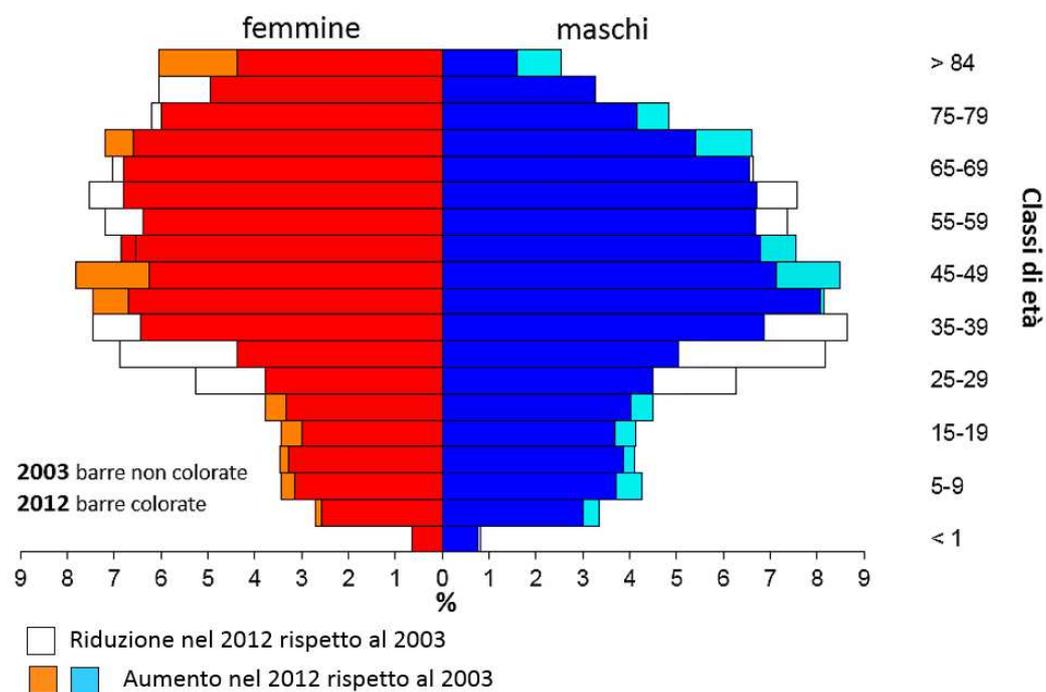
Fig. 2 – Andamento della popolazione della provincia di Trieste dal 2005 al 2014



Fonte dati: SISSR

Con riferimento alla composizione per età in un solo decennio si è verificata un'importantissima riduzione di quella parte della popolazione che rappresenta la base essenziale del ricambio generazionale nel mondo del lavoro. Si osserva infatti una riduzione nella fascia di età dai 25 ai 39 anni di ben il 6,48 % tra i maschi e del 4,75 % nelle donne (Fig. 3).

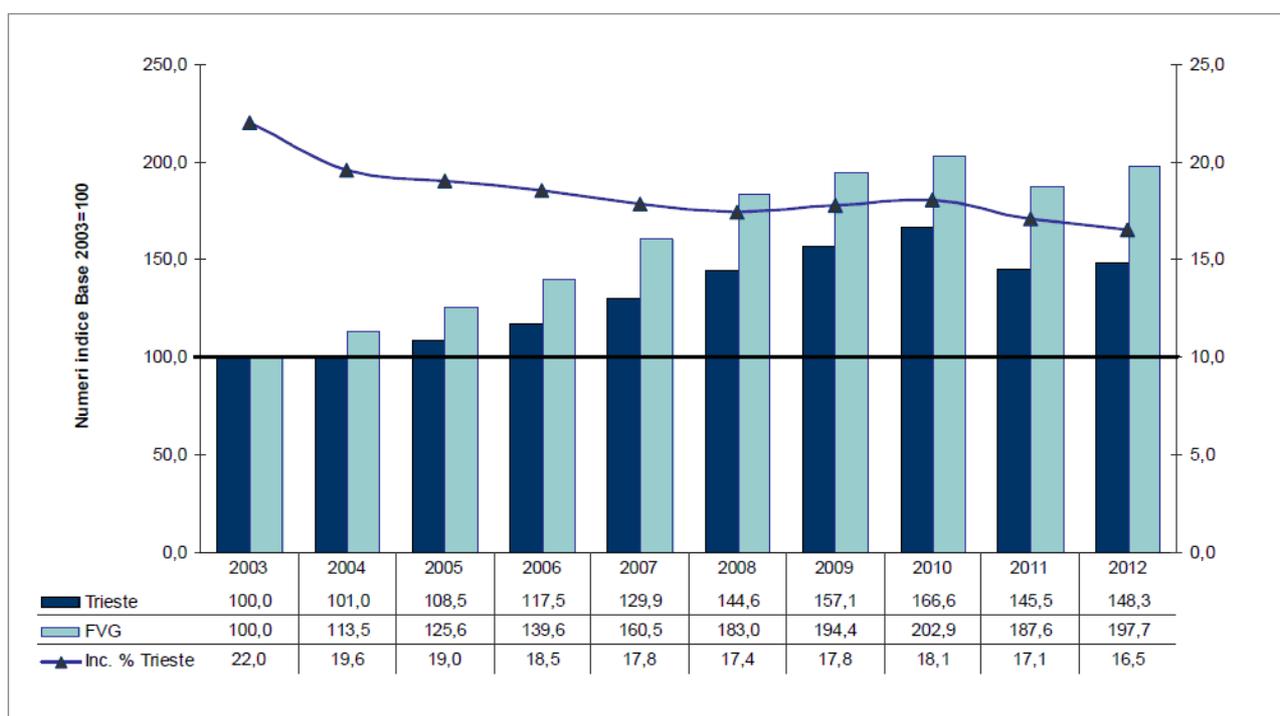
Fig. 3 – Confronto delle piramidi per fascia di età nella provincia di Trieste, anni 2003-2012



Fonte dati: SISSR

Il trend sopra osservato non è stato sostanzialmente modificato dall'immigrazione, che negli ultimi anni, stante anche il perdurare della crisi economica, ha visto uno stabilizzarsi, se non una lieve riduzione nella provincia di Trieste della componente della popolazione straniera residente, dopo un periodo di costante crescita, in numero assoluto, sino al 2010.

Fig. 4 – Andamento della componente immigratoria nella provincia di Trieste e nel FVG



Fonte dati: Elaborazione Provincia di Trieste su dati ISTAT

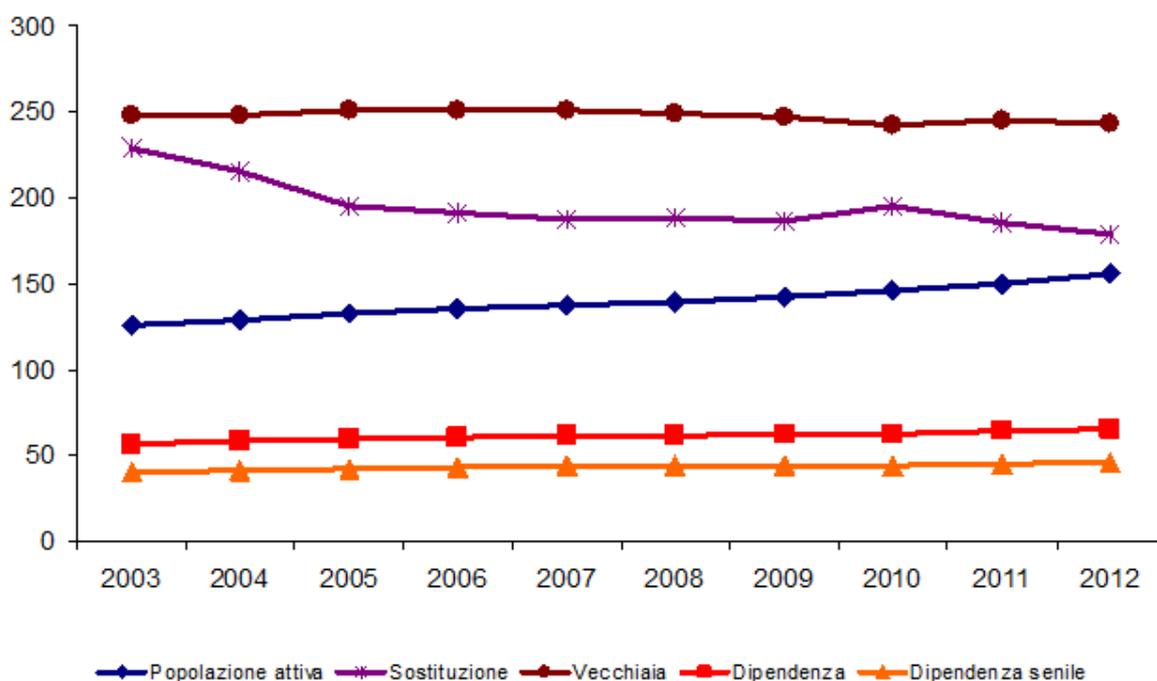
Al fine di comprendere le dinamiche in essere, nella successiva figura viene riportato l'andamento di alcuni indicatori demografici (Fonte dati: SISSR):

1. **popolazione attiva**, intesa come rapporto tra la popolazione tra i 40 e i 65 anni e quella tra i 15 e 40 anni. Si osserva come tale indice, crescendo, a fronte di una diminuzione della popolazione generale, connota una perdita relativa alla popolazione che deve rappresentare il corretto ricambio generazionale;
2. **indice di sostituzione**, inteso come rapporto tra la popolazione tra i 60 e i 65 anni e la popolazione tra i 15 ed i 20 anni. Tale indice, in calo, va tenuto distinto dal precedente, in quanto rileva esclusivamente due ristrette fasce di popolazione, da

una parte quella prossima al pensionamento, dall'altra quella che si approssima ad entrare nel mondo del lavoro. Tale indice tuttavia, con il prolungarsi del percorso scolastico indica esclusivamente l'invecchiamento della popolazione, con perdita della componente della popolazione inserita nel mondo del lavoro.

3. **indice di vecchiaia**, inteso come il rapporto tra la popolazione maggiore di 65 anni e quella inferiore ai 15 anni. Tale rapporto, in aumento nel tempo, risulta essere superiore nella provincia di Trieste rispetto sia a quello regionale che nazionale (244,9% nella provincia di Trieste vs 189,6% del FVG e 148,6% nazionale per l'anno 2012) (anno 2013: 243,3% vs 191,8% del FVG e 151,4 del Paese) .
4. **indice di dipendenza**, dato dalla somma dei minori di 15 anni e dei maggiori di 65 anni rapportata alla popolazione tra 15 e 65 anni. Si può osservare un costante incremento di tale indice attribuibile, nel nostro caso, quasi esclusivamente all'aumento della popolazione anziana.
5. **indice di dipendenza senile**, rapporto tra gli ultrasessantacinquenni e la popolazione tra 15 e 65 anni, il suo aumento connota un aumento del carico assistenziale e la necessità di impostare politiche di prevenzione ed assistenza mirate a tale cambiamento sociale.

Fig. 4 – Indicatori di composizione della popolazione nella provincia di Trieste



(Fonte dati: SISSR):

Per avere un quadro più preciso di come stia cambiando la popolazione e di quali possano essere i futuri bisogni, ricordiamo ancora due aspetti, da una parte lo stato civile, con attenzione al fatto di “vivere soli”, dall’altra la scolarità.

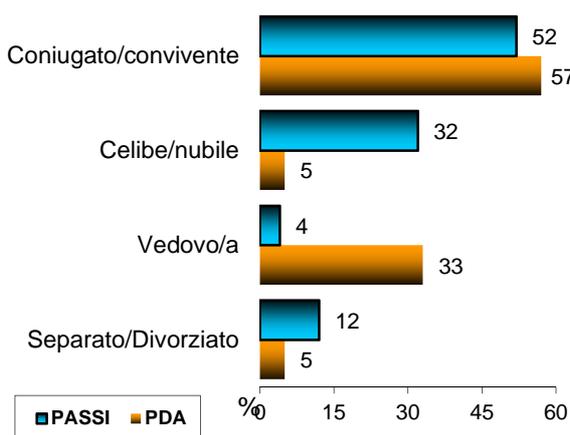
Nella figura sottostante si osserva come la popolazione triestina abbia una componente elevata di persone che vivono da sole, celibi/nubili o vedove/i, soprattutto nella popolazione anziana (1/3). La vedovanza riguarda quasi metà delle donne ultra 64enni e aumenta al crescere dell’età: dopo i 74 anni, infatti, fra le donne la percentuale di vedove raggiunge il 65%, mentre fra gli uomini è del 22%.

Dopo i 64 anni una persona su 3 (32%) vive da sola. Nella maggior parte dei casi si tratta di donne. Tale composizione demografica comporta bisogni assistenziali particolari e la necessità di pianificare una prevenzione diversa, mirata a questa che definiremmo come una vera e propria “fragilità sociale” (Fonte: PASSI A.S.S. 12009-2012; PDA A.S.S. 1 2012; PDA microaree 2013).

Allo stesso tempo la scolarità è molto elevata, soprattutto nella popolazione anziana, mentre tra i giovani la scolarità è assimilabile a quella regionale-nazionale.

Stato civile della popolazione adulta (18-69 anni) e anziana (65 anni e più) della provincia di Trieste

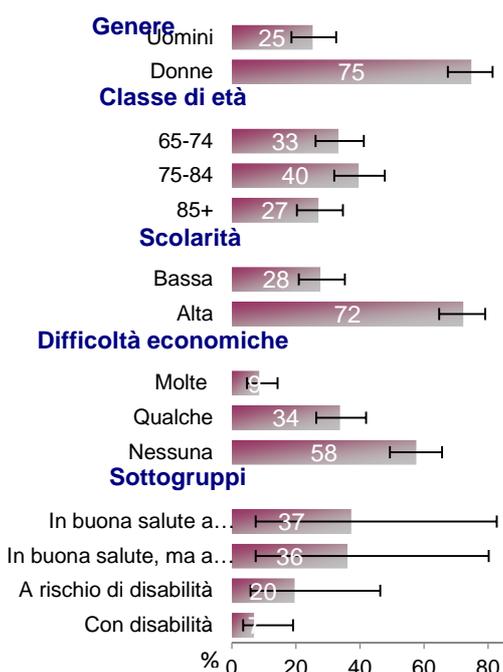
ASS 1 “Triestina” - PASSI 2009-12 (n=1.126) PDA 2012 (n=502)



Caratteristiche socio demografiche degli ultra 64enni che vivono da soli (%)

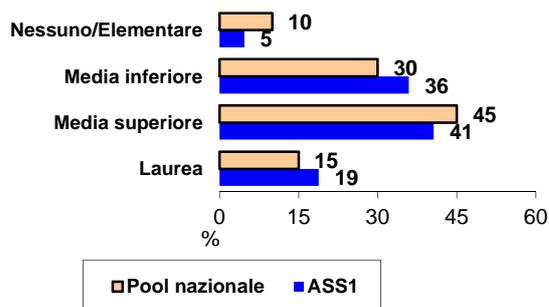
ASS 1 – PDA 2012 (n=502)

Totale 31,7% (IC 95% 27,7-36)



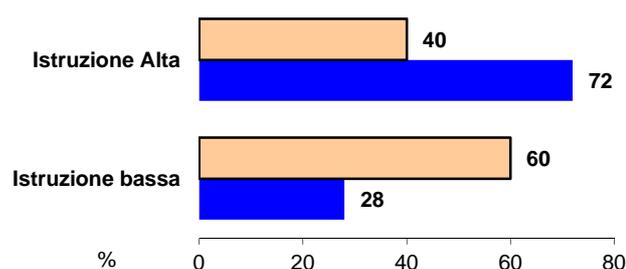
Titolo di studio del campione PASSI

PASSI 2009-12 Confronto ASS 1 – Pool nazionale



Livello di istruzione del campione PASSI D'Argento(%)

PDA 2012 Confronto ASS 1 – Pool nazionale



Parallelamente all'evidenza di una popolazione anziana e colta si osserva un relativo benessere economico, pur se diversamente distribuito per area: nella fascia d'età 18-65 anni il 9% degli intervistati dichiara di avere molte difficoltà economiche, il 35% qualcuna, e il 56% nessuna. Il quadro rilevato mostra una situazione migliore rispetto alla media nazionale (che rileva rispettivamente il 14, 41 e 45%). In questa stessa fascia di età il 71% lavora regolarmente (rispetto al 69% in FVG e 59% a livello nazionale). Il lavoro regolare è più frequente nella fascia tra 35 e 49 anni (88%) rispetto a quella 18-34 (73%) e 50-65 anni (51%). In tutte le fasce di età, la frequenza di donne con un'occupazione regolare è minore rispetto a quella degli uomini (complessivamente il 67% contro il 75%; a livello nazionale lo scarto per genere è tuttavia maggiore: 49% vs 70%). La situazione economica migliore rispetto alla media nazionale si conferma nella popolazione con più di 64 anni, con differenze significative dal punto di vista statistico, solo il 9% ha molte difficoltà economiche, il 31% qualcuna, e il 61% nessuna, contro, rispettivamente, il 16%, il 42% e il 42% della media nazionale. All'interno delle Microaree, la percentuale di persone che non dichiara difficoltà economiche si riduce (45%), e aumenta quella che dichiara qualche difficoltà (47%), anche se rimane comunque più bassa rispetto al dato nazionale la quota che dichiara molte difficoltà (8%). In tutti i casi, comunque, molte difficoltà economiche vengono riferite soprattutto dalle persone con scolarità bassa. All'interno delle stesse microaree, solo il 43% degli intervistati vive in un'abitazione di proprietà, rispetto al 79% dell'intera provincia e al

78% della media nazionale (rif. Salute e invecchiamento attivo nelle microaree della provincia di Trieste).

Servizi e Infrastrutture

Servizi per la prima infanzia, Scuole e Ricreatori

Nella Provincia di Trieste sono presenti scuole di ogni ordine e grado. L'offerta scolastica è quasi totalmente di tipo pubblico, istituti privati parificati sono presenti principalmente nella scuola dell'infanzia e primaria.

Per ogni grado d'istruzione esistono scuole con lingua d'insegnamento slovena. Nel comune di Duino-Aurisina opera peraltro un importante punto di riferimento culturale Europeo, quale il Collegio del Mondo Unito dell'Adriatico (<http://www.uwcad.it/home>).

Oltre all'Università degli studi di Trieste (<http://www.units.it>), sono presenti importanti istituti di specializzazione/ricerca a carattere internazionale come la SISSA (Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati - <http://www.sissa.it/>) e l'ICTP (The Abdus Salam International Centre for Theoretical Physics - <http://www.ictp.it>).

Grado	Tipo scuola	N.
Infanzia	Statale	45
	Comunale	29
	Privata	11
	Totale	85
Primaria	Statale	61
	Privata	8
	Totale	69
Secondaria I°	Statale	27
	Privata	2
	Totale	29
Secondaria II°	Statale	15
	Privata	1
	Totale	16

Offerta sanitaria

L'offerta pubblica di servizi sanitari della provincia di Trieste è garantita dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria (A.A.S.1 Triestina), con competenza territoriale, dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria, dall'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Burlo Garofolo, dedicato all'Area Materno – Infantile, tre strutture sanitarie convenzionate, che offrono sia degenza che servizi ambulatoriali e quattro Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n°1 Triestina si compone delle seguenti Strutture Operative Sanitarie: 4 Distretti Sanitari, 1 Dipartimento di Salute Mentale, 1 Dipartimento di Prevenzione, 1 Dipartimento delle dipendenze, 1 Centro Cardiovascolare, 1 Centro Sociale Oncologico, 1 Sistema per le Emergenze (118), 1 Struttura delle convenzioni di medicina generale e specialistica, 1 struttura per l'assistenza farmaceutica, come si può vedere nello schema sottoriportato.

OFFERTA SANITARIA IN PROVINCIA DI TRIESTE

AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA n° 1 "Triestina"
deputata all'assistenza sanitaria di circa 236.000 cittadini della provincia di Trieste

DISTRETTI SANITARI (n=4) bacino utenza: 60.000 persone	D1	Strutture per la tutela della salute adulti e anziani (anziani e residenze, cure ambulatoriali e domiciliari, continuità terapeutica, centro diabetologico distrettuale), servizio infermieristico distrettuale, Riabilitazione, Struttura per la tutela della salute bambini, adolescenti, donne e famiglia, consultori familiari	
	D2		
	D3		
	D4		
	Medici di Medicina Generale	193	operano singolarmente od in associazione con altri medici; al bisogno si può accedere allo studio di qualsiasi medico facente parte dell'associazione
	Pediatri di Libera Scelta	22	operano singolarmente od in associazione con altri medici; al bisogno si può accedere allo studio di qualsiasi medico facente parte dell'associazione.
	Presidio di medicina generale	via Farneto	
	CENTRO CARDIOVASCOLARE		svolge la propria attività programmata sia presso la propria sede centrale sia presso 4 sedi distrettuali. Consulenze cardiologiche per i Medici di Medicina Generale. Gestione ed interpretazione delle indagini diagnostiche cardiologiche non invasive. Follow-up di patologie croniche in accordo con il programma di gestione diagnostico/terapeutico individuato per la singola patologia nel paziente. Monitoraggio clinico e terapia educativa infermieristica in pazienti ad alta complessità clinica e/o con problematiche di aderenza al percorso diagnostico terapeutico. Continuità assistenziale dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere. Gestione della terapia con anticoagulanti orali per pazienti selezionati. Telerefertazione ECG dei tracciati provenienti dalle sedi periferiche. Esecuzione di ECG per urgenze, con refertazione immediata su prescrizione di centri di riferimento provinciali e MMG.
CENTRO SOCIALE ONCOLOGICO	c/o Ospedale Maggiore	screening oncologici chemioterapia cure palliative	
118		emergenze/urgenze h 24 sul territorio; servizio di continuità assistenziale; attività di filtro ai ricoveri; coordinamento dei trasporti non urgenti	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		Tutti gli aspetti legati alla prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro: Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro Igiene, Sanità Pubblica, Prevenzione Ambientale Igiene degli Alimenti e nutrizione Medicina legale Tossicologia Epidemiologia Sicurezza impiantistica Sanità Pubblica Veterinaria Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche Igiene degli Alimenti di Origine Animale	
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	Dipendenza da sostanze Legali (alcol, tabacco) e da gioco d'azzardo	ALCOL: trattamenti residenziali, day-hospital totale o parziale e trattamenti bisettimanali serali fumo: trattamenti ambulatoriali FUMO : trattamenti individualizzati e di gruppo; GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: trattamenti individuali e di gruppo	
	Dipendenza da sostanze illegali	prevenzione, promozione della salute, cura, riabilitazione, riduzione del danno e ricerca.si articola in strutture semplici distrettuali e centri semiresidenziali e residenziali (androne degli orti) centro diurno, unità di strada, attività in carcere	
	Centro Malattie Sessualmente Trasmissibili	visita medica ed esecuzione degli esami (test per sifilide, test per epatite e test HIV) gratuiti e counselling sanitario	

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	ubicato c/o Ospedale Maggiore; attivo h 24; risponde all'urgenza e all'emergenza psichiatrica; 6 p.l.
	4 CSM	attivi h 24; 26 p.l. (6-8 per singolo centro)
	Clinica Psichiatrica Universitaria	compiti didattici, di ricerca e assistenziali rivolti a tutte le forme di patologia psichiatrica. ha a disposizione gli 8 posti letto del CSM di San Giovanni - via Gambini.
	Residenze Sanitarie Assistenziali (n=4)	IGEA MADEMAR SAN GIUSTO CASA VERDE Assistenza a persone anziane, che hanno bisogno di riabilitazione, di recupero psicofisico in seguito a malattia o per problemi di salute anche acuti, che non possono essere trattate a domicilio e per le quali non si ritiene necessario il ricovero ospedaliero
Hospice per malati terminali	c/o Pineta del Carso	Assistenza a pazienti oncologici che hanno terminato i protocolli terapeutici specifici e necessitano di brevi periodi di supporto in ambiente ospedaliero

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA ad elevata specializzazione deputata all'assistenza ospedaliera e specialistica		
Ospedale di Cattinara Ospedale Maggiore		Area medica area chirurgica specialistica ambulatoriale

IRCCS Materno-infantile		ostetricia ginecologia neonatologia pediatria neuropsichiatria infantile oncologica pediatrica
-------------------------	--	---

Strutture Sanitarie Private Accreditate Convenzionate (n=3)	Pineta del Carso Salus Sanatorio Triestino	area medica area chirurgica assistenza specialistica ambulatoriale
---	--	--

FARMACIE	60 FARMACIE URBANE, di cui 47 con servizio CUP e Cassa 7 Farmacie RURALI, tutte con servizio di prenotazione CUP e cassa	
----------	---	--

MAL AB	gruppo specialistico inter enti finalizzato alla prevenzione, al riconoscimento e alla presa in carico precoce del maltrattamento e della violenza sui minori	
GOAP	Gruppo Operatrici Antiviolenza	case rifugio per donne e bambini, assistenza legale,

Stili di vita e fattori di rischio intermedi

Le principali malattie croniche, quali le cardiopatie, i danni cerebrovascolari, il diabete, le malattie respiratorie croniche e, pur se in un'accezione di partenza diversa, molti tumori, rappresentano la principale causa di morte e di disabilità in quasi tutti i paesi, si sviluppano in tempi lunghi prima di giungere all'evidenza clinica e comportano un carico assistenziale per tempi molto lunghi. Quasi tutte queste patologie possono tuttavia essere prevenute.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare, come l'età o la predisposizione genetica.

Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo ed in entrambi i sessi.

Le malattie croniche, però, sono legate anche a determinanti sociali, economici e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Cause delle malattie croniche



Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale.
Rapporto globale dell'OMS 2005

Le abitudini e gli stili di vita, a tutte le età, sono fattori importanti nel determinare lo stato di salute. Per contrastare l'insorgenza e rallentare l'evoluzione delle patologie croniche degenerative è fondamentale promuovere stili di vita salutari in tutte le età.

Attività fisica

(Fonti: Sistemi di sorveglianza PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO alla salute)

Una regolare attività fisica contribuisce a prevenire malattie cardiovascolari, sindromi metaboliche, diabete, ipertensione, obesità, cancro del colon e della mammella, previene le cadute, ed aumenta il benessere psicologico.

Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno un'ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane. Nella rilevazione OKKIO alla salute, effettuata da quest'azienda, l'inattività fisica è stata studiata non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale, riferita al giorno precedente all'indagine (tabella sotto riportata).

Per ottenere benefici di salute si raccomandano alla popolazione adulta almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età. In PASSI d'Argento (tabella sotto riportata) l'attività fisica viene valutata con un sistema (Physical Activity Score in Elderly: PASE) che considera sia le attività sportive e ricreative (ginnastica e ballo), sia i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato un punteggio che tiene conto del tempo e del tipo di attività. Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

Nell'A.A.S. 1 il 19% dei bambini (dati OKKIO alla Salute) svolge attività fisica almeno un'ora al giorno per 5/7 giorni alla settimana e il 14% trascorre più di due ore al giorno davanti al televisore o ai videogiochi. Il 16% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine. Il pomeriggio antecedente all'indagine, il 64% dei bambini ha giocato all'aperto e il 51% ha fatto attività sportiva strutturata; i maschi giocano all'aperto e fanno sport più delle femmine. I bambini impegnati in queste attività tendono a trascorrere meno tempo in attività sedentarie (televisione e videogiochi) e quindi a essere meno esposti al sovrappeso/obesità.

Nella popolazione adulta (18-69 anni, dati PASSI 2011-2014) il 24% rappresenta soggetti completamente sedentari, mentre il 44% è parzialmente attivo, praticando attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato. La sedentarietà è più frequente nelle donne (26% vs 21%), nelle persone con minor grado di istruzione e con molte difficoltà economiche e cresce all'aumentare dell'età.

Non esistono standard universalmente accettati per l'attività fisica delle persone con 65 anni e più misurabili con il punteggio PASE (dati PASSI D'Argento), vista anche la grande variabilità delle loro condizioni di salute. Su tutta la base di dati del pool nazionale, si sono costruite 6 curve percentili, per genere e gruppi di età. Le persone con un punteggio PASE al di sotto del 10° percentile hanno una situazione di sedentarietà.

Nell'A.A.S. 1 Triestina il punteggio PASE medio standardizzato per genere ed età è più alto rispetto alla media del pool nazionale (112,1 vs 93,7), indicando un livello di attività fisica migliore rispetto alla media nazionale.

Tuttavia, circa il 3% degli intervistati risulta sedentario, in particolare nella classe di età 65-74 anni, più facilmente suscettibile di interventi finalizzati a stimolare l'attività, un livello insufficiente di attività fisica è stato rilevato in circa il 7% dei maschi e poco più del 2% delle femmine.

Attività fisica (OKKIO ALLA SALUTE popolazione 8-9 anni)

OKKIO 2009-2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Bambini definiti fisicamente non attivi	16%	17,4%	12%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	64%	67,2%	79%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	51%	46,2%	49%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	19%	16,1%	21%
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	14%	35,6%	22%

Attività fisica (PASSI popolazione 18-69 anni)

PASSI 2011-2014	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Livello di attività fisica			
attivo*	32,2 (29,6-34,9)	33,2 (32,8-33,5)	36,1 34,8-37,3
parzialmente attivo	44,3 (41,5-47,2)	35,8 (35,4-36,2)	43,3 42,0-44,5
sedentario	23,5 (21,1-26,0)	31,0 (30,7-31,3)	20,7 (19,7-21,7)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	16,2 (12,2-21,2)	19,3 (18,7-19,8)	nd

n.d.: non disponibile al momento della stesura del rapporto

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

⁴ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

Attività fisica (PASSI D'Argento popolazione con più di 64 anni)

PDA 2012	ASS 1	Pool Nazionale
Punteggio PASE standardizzato	112,1	93,7
% di uomini 65-74 al di sotto del 10° percentile del pool**	6,7%	
% di donne 65-74 al di sotto del 10° percentile del pool**	2,4%	
% di uomini 75-84 al di sotto del 10° percentile del pool**	1,7%	
% di donne 75-84 al di sotto del 10° percentile del pool**	1,1%	
% di uomini 85 e più al di sotto del 10° percentile del pool**	0%	
% di donne 85 e più al di sotto del 10° percentile del pool**	0%	
% di persone con 65 e più anni al di sotto del 10° percentile del pool**	2,7%	
** totale dati raccolti nell'indagine PDA 2012/2013		

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Fonti: Sistemi di sorveglianza PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO alla salute

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione in ogni fase della vita; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiovascolari, dismetaboliche, osteo-articolari, alcuni tipi di neoplasia) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

In base al valore dell'Indice di Massa Corporea [IMC= peso (kg)/statura (m)²], le persone vengono classificate in 4 categorie: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC: 18,5-24,9), sovrappeso (IMC: 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

Okkio alla salute utilizza dati di peso e statura misurati dalle assistenti sanitarie, mentre PASSI e PASSI D'Argento utilizzano i dati di peso e statura riferiti dalle persone intervistate. Adeguate quantità di frutta e verdura assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, vitamine, minerali, acidi organici, sostanze antiossidanti e di fibre che, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari e neoplastiche, migliorano la funzionalità intestinale e contribuiscono a prevenire o migliorare la gestione del diabete mellito non insulino-dipendente. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle

raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five-a-day).

- Nell'A.A.S. 1, il 23% dei bambini presenta un eccesso ponderale: in particolare il 5% risulta obeso, mentre il 17% è in sovrappeso.

Solo il 64% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata (che, secondo le indicazioni dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, fornisce un apporto sia di carboidrati che di proteine), solo il 30% assume una merenda adeguata, solo il 10% assume almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, mentre il 41% assume bibite gassate e/o zuccherate almeno una volta al giorno.

Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso, e in misura sensibilmente maggiore l'obesità, già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta. E' dimostrata inoltre l'associazione tra stili alimentari errati e sovrappeso ed obesità.

- Si stima che il 40% della popolazione adulta presenti un eccesso ponderale (31% sovrappeso e il 9% obeso). Tale condizione è più frequente al crescere dell'età (51% nella classe 50-69 anni), negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche. Nella AAS 1 "Triestina" il 28% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (26% dei sovrappeso e 32% degli obesi). Nella popolazione anziana (ultra 64enne, dati PASSI D'Argento), si stima che il 55% della popolazione ultra 64enne presenti un eccesso ponderale (40% sovrappeso e il 15% obeso); tale condizione è più frequente nella classe di età 65-74 anni (58% vs 52% nella classe con 75 e più anni) e fra gli uomini (68% vs 46% nelle donne).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (OKKIO ALLA SALUTE popolazione 8-9 anni*)

OKKIO 2009-2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Popolazione con eccesso ponderale			
sovrapeso/obeso	23	33	27
sovrapeso	17	22	20
obesi	5	11	7
Abitudini alimentari			
hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	64%	60,4%	68%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	14%	30,5%	45%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	10%	7,4%	11%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	41%	44,2%	39%

* peso e altezza rilevati da un assistente sanitario

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (PASSI popolazione 18-69 anni)

PASSI 20011-2014	AAS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Popolazione con eccesso ponderale			
sovrapeso/obeso	30,6 (28,0-33,2)	31,8 (31,5-32,1)	30,4 (29,2-31,6)
sovrapeso	8,8 (7,3-10,6)	10,3 (10,1-10,5)	10,3 (9,6-11,1)
obesi	39,4 (36,7-42,1)	42,1 (41,8-42,4)	40,7 (39,5-41,9)

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (PDA popolazione con più di 64 anni)

PDA 2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)
Popolazione con eccesso ponderale		
sovrappeso/obeso	55	
sovrappeso	40 (35,6-44,6)	42,1 (41,2-43)
obesi	15 (12,1-18,8)	14,8 (14,1-15,4)
Consumo di frutta e verdura al giorno (Five a Day)		
0 porzioni	2 (0,7-3,2)	1,2 (1,0-1,4)
1 o 2 porzioni	41 (37,0-45,8)	45 (44,1-45,9)
3 o 4 porzioni	46 (42,3-51,2)	42,3 (41,5-43,2)
almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	10 (7,9-13,9)	11,4 (10,7-12,1)

Alcol

Fonti: Sistemi di sorveglianza PASSI, PASSI D'Argento

Il consumo di alcol può avere conseguenze sfavorevoli per la salute a tutte le età.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti. L'Unità Alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Nella sorveglianza PASSI, si definisce "a maggior rischio" il consumo abituale elevato (più di 2 UA per gli uomini e più di 1 UA per le donne in media al giorno), il consumo binge (uomini: 5 o più UA e donne: 4 o più UA in una singola occasione negli ultimi 30 giorni), il consumo esclusivo o prevalente fuori pasto.

Nel 2010 PASSI ha adottato una nuova definizione del consumo binge, per cui vengono presentati i dati del periodo 2010-2012.

La fascia di popolazione con 65 anni e più è ad elevata vulnerabilità rispetto all'alcol, in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. Le Linee Guida dell'INRAN (Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione), in accordo con le indicazioni dell'OMS, consigliano agli anziani di non superare il limite di 1 UA, senza

distinzioni tra uomini e donne. Al di sopra di questo limite il consumo di alcol viene considerato a rischio (PASSI D'Argento).

Si stima che il 74% della popolazione adulta (dati PASSI) dell'A.A.S. 1 "Triestina" consumi alcol (85% degli uomini e 65% delle donne).

Il 28% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol "a maggior rischio", perché ha un consumo abituale elevato o binge o beve esclusivamente o prevalentemente fuori pasto. Tale prevalenza non si discosta significativamente dalla media della regione FVG (29%), ma risulta significativamente più elevata rispetto alla media del Pool nazionale PASSI (17%).

Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani, in modo particolare tra i 18-24enni, e nel genere maschile (differenze significative dal punto di vista statistico).

Nella popolazione con 65 e più anni (PASSI D'Argento), consuma alcol il 72% dei maschi e il 48% delle femmine.

Ha un consumo "a rischio" il 43% dei maschi ed il 20% delle femmine (più elevate della media nazionale).

Fra le persone che bevono alcol, l'89% assume farmaci.

Alcol (PASSI popolazione 18-69 anni)

PASSI 2011-2014	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	73,8 (71,3-76,3)	55,1	69,2
Consumo a maggior rischio	27,8 (25,4-30,4)	16,7 (16,5-16,9)	29,1 (28,0-30,2)
Consumo binge (2010-2012) ²	16,5 (14,5-18,7)	8,7 (8,6-8,9)	15,6 (14,7-16,5)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	13,2 (11,5-15,2)	8,0	15,2
Consumo abituale elevato ³	3,9 (2,9-5,2)	3,7	5,8

n.d.: non disponibile al momento della stesura del rapporto

¹ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

³ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

Alcol (PASSI D'Argento popolazione con più di 64 anni)

PDA 2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	57,7 (53,3-62,1)	
Consumo di alcol - UOMINI (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	72 (65,4-78,1)	58 (57,1-59,8)
Consumo di alcol - DONNE (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	48 (42,2-53,8)	28 (26,8-28,9)
Consumo di alcol a rischio - UOMINI (più di una unità di bevanda alcolica al giorno)	43 (35,8-49,7)	32 (31,2-33,7)
Consumo di alcol a rischio - DONNE (più una unità di bevanda al giorno)	20 (15,4-24,8)	9 (8,0-9,2)

Fumo

Fonti: Sistemi di sorveglianza PASSI, PASSI D'Argento

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, (in particolare cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche). Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly).

Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

- Nell'A.A.S. 1 si stima che poco meno di 1/3 (30%) **della popolazione adulta (18-69 anni, dati PASSI)** sia rappresentata da fumatori e 1/4 (25%) da ex fumatori. Tali valori risultano più elevati (differenze significative statisticamente) rispetto alla media nazionale (rispettivamente 27% e 18%).

L'abitudine è più elevata fra i tra i giovani (quasi uno su due), nel genere maschile, fra le persone con maggiori difficoltà economiche e fra gli stranieri.

Il numero medio di sigarette fumate al giorno è 14.

Fra i fumatori abituali, il 7% ne fuma più di 20 (forti fumatori) (PASSI 2009-2012).

- Nell'A.A.S. 1 si stima che 1/7 (14%) **della popolazione anziana (65 e più anni, dati PDA)** sia costituito da fumatori ed 1/3 (33%) da ex fumatori. Tali percentuali si discostano significativamente dalla media nazionale per gli ex fumatori (26%) mentre sono al limite della significatività statistica per i fumatori (10%).

L'abitudine è più elevata nella classe 65-74 anni (18%), nel genere maschile, fra le persone con livello di istruzione più alto e fra chi dichiara maggiori difficoltà economiche.

Fra gli ultra 64enni, il numero medio di sigarette fumate al giorno è 12,25.

Fra i fumatori abituali, il 67% fuma più di 10 sigarette al giorno, mentre il 25% ne fuma più di 20 (forti fumatori).

Abitudine al fumo (PASSI popolazione 18-69 anni)

PASSI 2011-2014	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Abitudine al fumo			
Fumatori ¹	29,6 (27,0-32,2)	27,4 (27,1-27,7)	26,7 (25,6-27,8)
ex fumatori ²	25,1 (22,7-27,7)	18,1 (17,9-18,4)	23,7 (22,6-24,8).
non fumatori ³	44,1 (41,2-46,9)	54,5 (54,1-54,8)	49,6 (48,4-50,9)
Numero medio di sigarette fumate (PASSI 2009-2012)	14	13	nd
% di intervistati a cui il medico /operatore sanitario ha chiesto se fuma*	44,0 (40,8-46,9)	39,9 (39,6-40,3)	46,6 (45,2-47,9)
% attuali fumatori a cui il medico /operatore sanitario ha consigliato di smettere di fumare ¹	42,8 (37,4-48,3)	52,1 (51,4-52,8)	45,7 (43,1-48,4)

n.d.: non disponibile al momento della stesura del rapporto

* Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi.

¹ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

² più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

³ meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

nd: non disponibile

Abitudine al fumo (PASSI D'Argento popolazione con più di 64 anni)

PDA 2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)
Abitudine al fumo		
Fumatori ¹	13,6 (10,8-17)	9,6 (9,1-64,8)
ex fumatori ²	32,9 (28,8-37,2)	26,4 (25,6-27,1)
non fumatori ³	53,5 (49-58)	63,9 (63,1-64,8)
Numero medio di sigarette fumate	12,2	11,9
% attuali fumatori a cui il medico /operatore sanitario ha consigliato di smettere di fumare ¹	72	71

Fumo passivo (PASSI popolazione 18-69 anni)

PASSI 2011-2014	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre			
<i>nei locali pubblici</i>	95,9 (94,6-96,9)	89,7 (89,5-90,0)	96,4 (95,9-96,9)
<i>sul luogo di lavoro</i>	93,0 (90,9-94,7)	91,4 (91,1-91,6)	94,2 (93,3-94,9)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	76,3 (73,7-78,7)	78,7 (78,4-79,0)	85,8 (84,9-86,6)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	86,8 (81,9-90,5)	85,8 (85,3-86,3)	92,5 (91,1-93,8)

n.d.: non disponibile al momento della stesura del rapporto

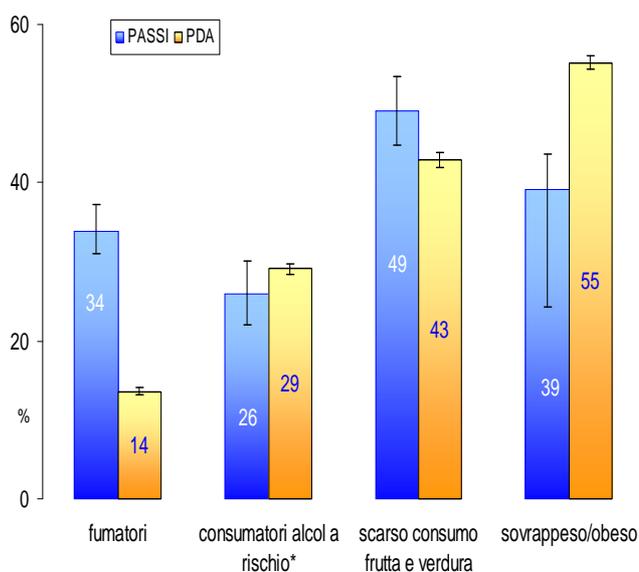
Il grafico a fianco riassume le percentuali di persone con stili di vita non salutari rilevati dalle indagini PASSI 2009-2012 (18-69 anni) e PASSI D'Argento 2012 (65 e più anni) nell'A.A.S. 1.

Complessivamente, fuma 1 persona adulta su 3 e 1 anziana su 7; ha un consumo di alcol "a rischio" 1 adulto su 4 e più di un anziano su 4; ha un consumo di frutta e verdura scarso 1 adulto su due e due anziani su tre metà; 2 adulti su 3 e più di un anziano su 2 ha un eccesso ponderale.

Per quanto riguarda l'attività fisica, secondo le definizioni adottate da PASSI, risulta sedentario il 25% della popolazione adulta;

in quella anziana, in base ai criteri utilizzati nella sorveglianza PDA (PASE score nella fascia di età 65-74 anni), risulta sedentario (al di sotto del 10° percentile del PASE score), il 2,4% delle donne e il 6,7% degli uomini.

Persone con stili di vita non salutari (%)



***Consumo a rischio**

PASSI: consumo fuori pasto e/o consumo binge (definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato

PDA: consumo di più di 1 unità alcolica al giorno, sia per i maschi che per le femmine

Fattori di rischio intermedi per le malattie cronic-degenerative (Ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito)

Ipertensione arteriosa

Fonti: Sistemi di sorveglianza PASSI, PASSI D'Argento

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

- Nella AAS 1 "Triestina" si stima che il 17% della **popolazione adulta (18-69 anni, dati PASSI)** a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (20% nel pool nazionale). In particolare, l'ipertensione risulta più diffusa al crescere dell'età (33% nella

fascia 50-69 anni), nelle persone con livello istruzione basso (31% vs 12%) e nelle persone con eccesso ponderale (30% vs 9% di quelle senza eccesso ponderale).

- Fra le persone con **più di 64 anni** la prevalenza di ipertensione è del 54% (58% dopo i 74 anni).

Ipertensione arteriosa – PASSI 2010-12

Confronto A.A.S. 1 “Triestina” (n=1.126)- Pool Nazionale – Regione FVG

Ipertensione arteriosa PASSI 2009-2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese (fra coloro che hanno misurato la pressione)	17,3 (15,1-19,7)	20,3 (20,0-20,6)	n.d

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Ipertensione arteriosa (PASSI D’Argento - popolazione con più di 64 anni)

PDA 2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese (fra coloro che hanno misurato la pressione)	54,4 (49,9-58,8)	60,0 (59,1-60,9)

Ipercolesterolemia

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI A.S.S. 1 2009-2012

L’ipercolesterolemia, come l’ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia.

L’eccesso di rischio dovuto all’ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

- Nella ASS 1 “Triestina”, si stima che fra gli **adulti (18-69 anni, dati PASSI)** ai quali è stato misurato il colesterolo, il 28% abbia un’ipercolesterolemia. In particolare, l’ipercolesterolemia risulta più diffusa nelle classi d’età più avanzate, nel genere femminile, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con difficoltà economiche, fra le persone con eccesso ponderale.

**Ipercolesterolemia– PASSI 2010-12 –
Confronto A.S.S. 1 “Triestina” (n=1.126)- Pool Nazionale – Regione FVG**

Ipercolesterolemia PASSI 2009-2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche (fra coloro che hanno misurato il colesterolo nel sangue)	27,6 (24,8-30,6)	24,1 (23,8-24,4)	n.d

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Diabete

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI A.S.S. 1 2009-2012

Il diabete è una importante malattia in aumento in tutto il mondo. È una condizione associata allo stile di vita e a diseguaglianze sociali, per cui è indispensabile disporre di strumenti di sorveglianza della diffusione del diabete e dei fattori associati nella popolazione. La compresenza di ulteriori condizioni di rischio cardiovascolare quali l'ipertensione, ipercolesterolemia, l'obesità, la sedentarietà e l'abitudine al fumo di sigaretta, contribuisce ad aumentare il rischio di complicanze micro e macrovascolari.

Azioni efficaci di contrasto al diabete sono rappresentate dall'adesione a un regime alimentare controllato e dallo svolgimento regolare di attività fisica.

- Nell' ASS 1 “Triestina”, secondo i dati del sistema di sorveglianza Passi il 4% degli **adulti 18-69enni** intervistati nel periodo 2009-2012 nella ASS 1 “Triestina” ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete. La prevalenza cresce con l'età: nella fascia 50-69 anni dichiara di essere affetto da questa patologia il 9% degli intervistati. Il diabete, inoltre, risulta più diffuso negli uomini (5% vs 2%), nelle persone con nessun titolo di studio o sola licenza elementare (11%), con molte difficoltà economiche (11%) e nelle persone in eccesso ponderale (7%), in particolare negli obesi (14%).

Il 55% dei diabetici ha dichiarato di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione e il 51% di ipercolesterolemia, il 75% è in eccesso ponderale ($Imc \geq 25$), il 28% è sedentario e il 12% fumatore.

Nei 12 mesi precedenti l'intervista, la pressione arteriosa è stata misurata al 91% dei diabetici e il colesterolo all'88%.

Tra la popolazione diabetica in eccesso ponderale dell'ASS 1 “Triestina”, al momento dell'intervista il 31% seguiva una dieta e il 19% ha perso almeno 2 kg nell'ultimo anno. Il 22% delle persone con diabete svolge un'attività fisica moderata o intensa.

Diabete - PASSI 2010-12**Confronto A.S.S. 1 "Triestina" (n=1.126)- Pool Nazionale – Regione FVG**

Diabete PASSI 2009-2012	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Persone che riferiscono di essere diabetiche	3,7 (2,7-5,1)	4,5 (4,3-4,6)	n.d

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Malattie cronico degenerative

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI D'Argento A.S.S. 1 2012

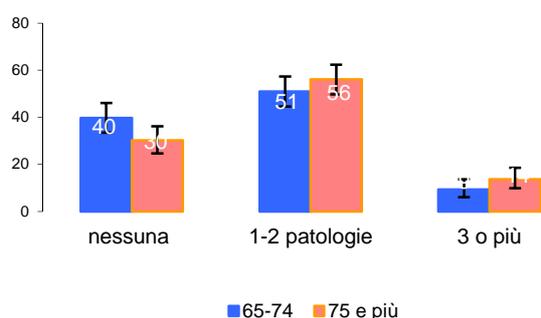
L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un aumento del carico delle malattie cronico degenerative, come quelle cardio-cerebrovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. Con l'avanzare dell'età è sempre più frequente la presenza di comorbidità, ovvero la coesistenza nello stesso individuo di 2 o più patologie croniche. Nella maggior parte dei casi si tratta di malattie croniche, per le quali, tuttavia, esistono misure di prevenzione efficaci, in grado di prevenire o ridurre la disabilità ad esse associata. La sostenibilità del sistema assistenziale socio-sanitario richiede, pertanto, che vengano implementate misure di prevenzione e promozione della salute volte a contenere, per quanto possibile, l'insorgenza delle patologie croniche legate all'invecchiamento o, quantomeno, gli esiti disabilitanti.

Nell'A.S.S. 1, complessivamente, il 65% degli **anziani (Dati PDA 2012)** intervistati ha dichiarato almeno 1 patologia, senza differenze significative per genere; circa metà ne ha 1-2.

La percentuale di anziani con almeno 3 malattie è più elevata negli ultra74enni (14% nella classe con più di 74 anni vs 9% fra i 65 ed i 74 anni); non si rilevano importanti differenze per genere.

Numero di patologie croniche dichiarate per classi di età (%)

ASS 1 PDA 2012 (n=502)



Nel Pool nazionale, il 64% degli intervistati ha dichiarato almeno 1 patologia.

Nell'A.S.S. 1 "Triestina" si stima che nella popolazione ultra 64enne:

- 1/5 abbia malattia respiratoria;
- 1/5 abbia diabete;
- quasi 1 su 5 abbia una malattia cardiaca non ischemica;
- un anziano su 5 presenti un tumore e
- uno su 8 un pregresso infarto del miocardio;
- il 9% soffra di insufficienza renale e
- il 7% presenti esiti di un ictus;
- il 6% abbia una malattia di fegato.

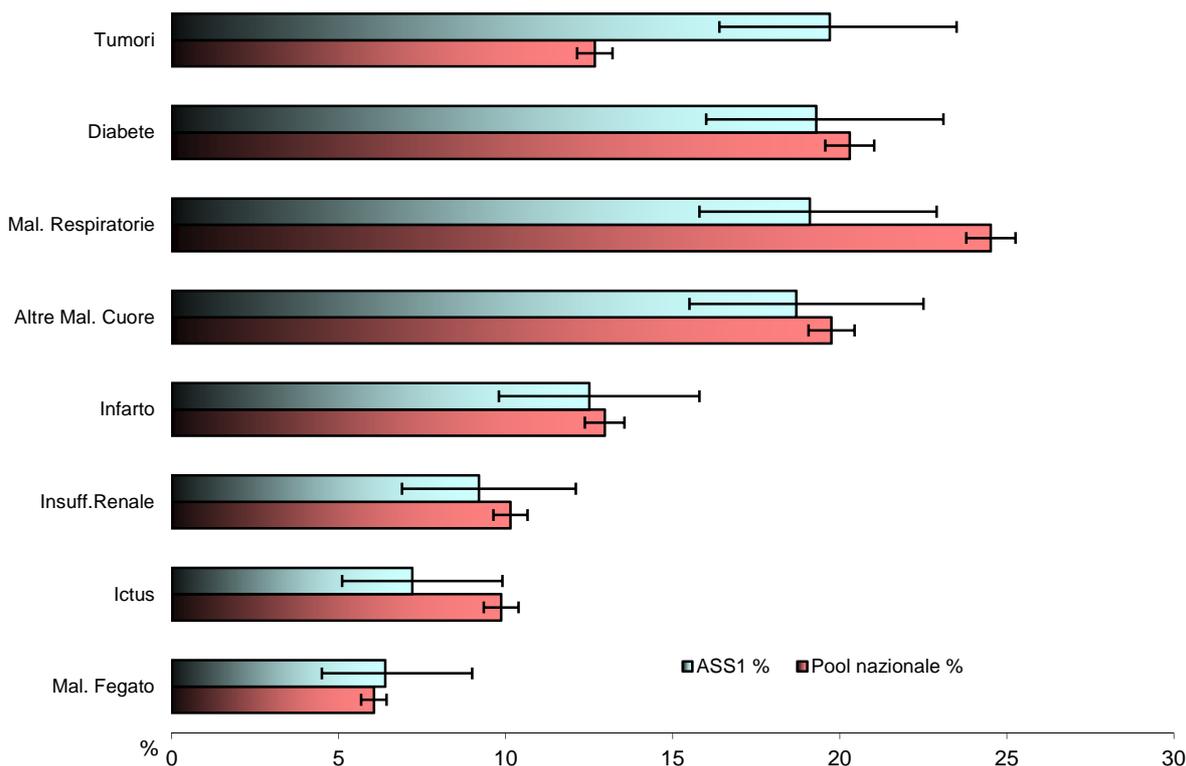
Rispetto al Pool nazionale, nell'A.S.S. 1 si rileva una prevalenza più bassa di malattie respiratorie, diabete, malattie cardiache non ischemiche, insufficienza renale ed ictus, anche se le differenze risultano significative solo per le malattie respiratorie.

Prevalenze più elevate, si rilevano per i tumori.

La prevalenza di patologia tumorale riferita dalla popolazione anziana dell'A.S.S. 1, significativamente più elevata rispetto a quella della media nazionale (Pool PDA 2012), trova riscontro da quanto è emerso in indagini realizzate utilizzando i dati dei registri tumori e che evidenziano una prevalenza di patologia tumorale più elevata nell'intera popolazione della provincia di Trieste rispetto al Pool del Nord Est.

Distribuzione delle patologie croniche dichiarate (considerate indipendentemente)

PDA 2012 Confronto A.S.S. 1 (n=502) Pool Nazionale (n=23.976)



Fonte dei dati

Rapporto PASSI 2009-2012 A.S.S. 1 "Triestina" disponibile all'indirizzo
<http://www.A.S.S.1.sanita.fvg.it/servizi/2014/passi2009-2012.pdf> (ultima consultazione 30/06/2014)

Rapporto PASSI D'Argento A.S.S. 1 2012 : Salute e invecchiamento attivo nell'A.S.S. 1 Triestina (indagine 2012-2013) disponibile all'indirizzo
<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/regioni/Friuli.asp>

Rapporto PASSI D'Argento nelle microaree dell'A.S.S. 1 2013 Salute e invecchiamento attivo nelle microaree dell'Azienda per i servizi sanitari 1Triestina (indagine 2013) disponibile all'indirizzo
<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/Report%20PDA%20Microaree%202013%20dettagliato.pdf>

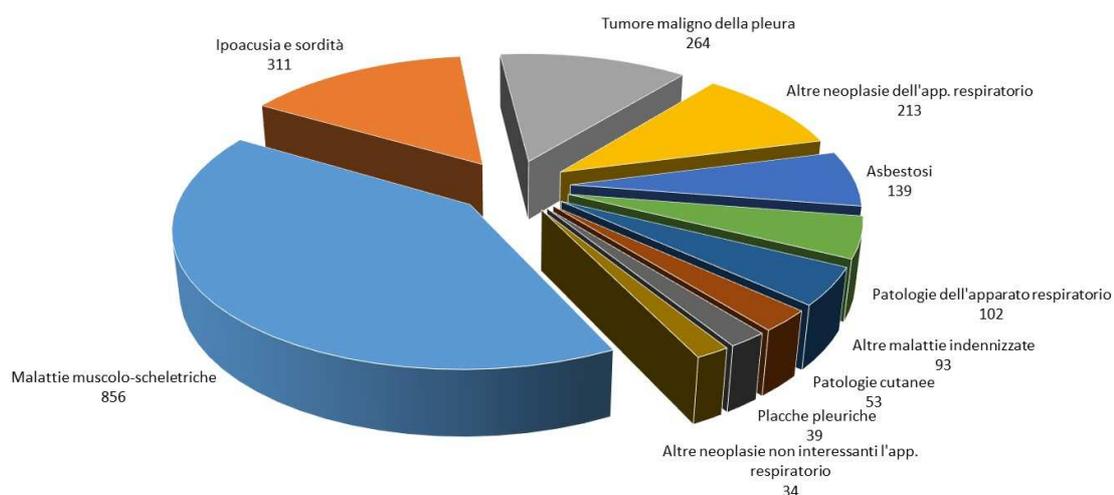
Malattie professionali e da lavoro

Fonte: Flussi Informativi per la Prevenzione INAIL-Regione-Province autonome. Elaborazione al 19.12.2014.
Valentino Patussi, Barbara Alessandrini, Mauro Morganti.

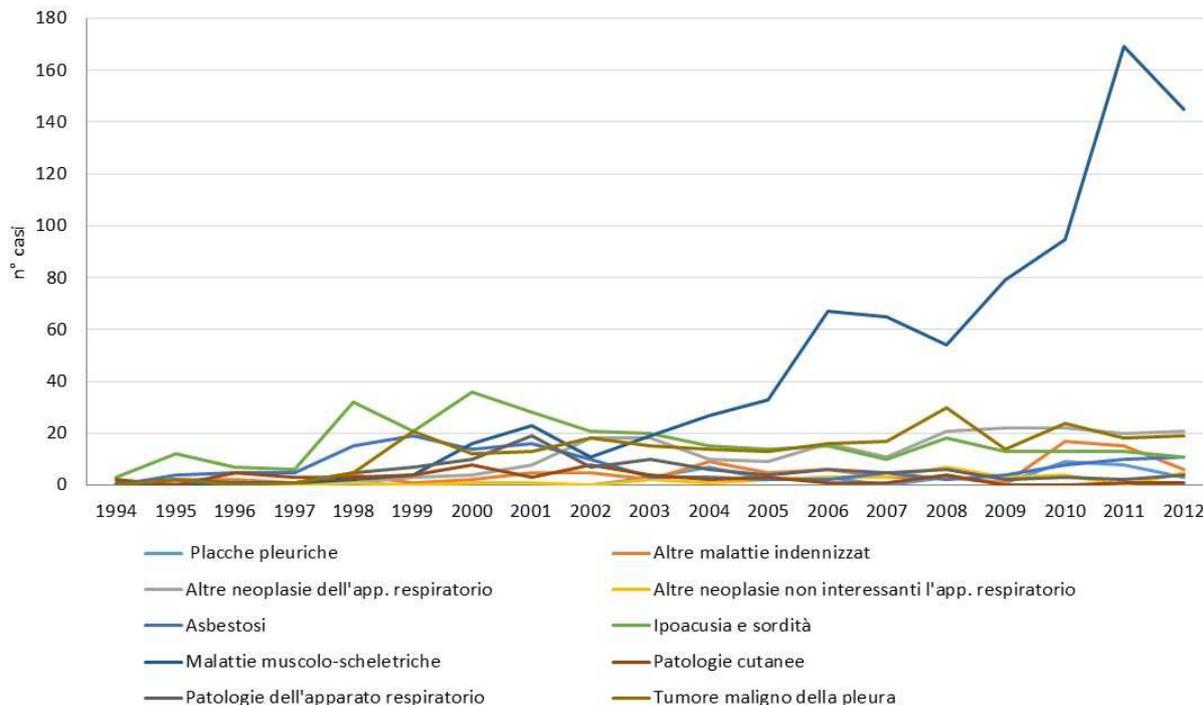
Nel periodo che va dal 1994 al 2012 l'INAIL ha indennizzato nell'area di riferimento dell'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina" 2.106 malattie professionali/da lavoro, e si è passati dalle 45 malattie indennizzate nel 1994 alle 191 del 2012.

Non diversamente dal contesto nazionale e generale della regione, negli ultimi dieci anni la frequenza relativa delle patologie è notevolmente cambiata, con un marcato incremento delle patologie muscolo-scheletriche e tendinee rispetto alle patologie professionali classiche come l'ipoacusia e le affezioni bronco polmonari. Come conseguenza dell'importantissima esposizione a amianto nel settore cantieristico, portuale e della motoristica negli anni 60-80 si osserva inoltre un importante incremento delle patologie legate all'esposizione ad amianto, in particolare mesoteliomi della pleura e carcinomi polmonari.

Malattie professionali nel territorio di competenza dell'A.A.S.1 nel periodo 1994-2012



Andamento delle malattie professionali nel territorio di competenza dell'A.A.S.1



Per meglio evidenziare la componente dovuta alle conseguenze dell'esposizione ad amianto rispetto alle patologie più frequenti, nella seguente tabella si riporta di seguito le segnalazioni delle patologie da amianto pervenute a tutto il 2014 alla S.C.S.P.S.A.L.:

Segnalazioni di malattie amianto correlate pervenute alla SCPSAL dell'A.A.S. n° 1

Anno segnalazione	mesoteliomi	tumori polmonari	placche/ ispessimenti pleurici/fibrosi polmonare	totale
2000	26	/	53	79
2001	23	/	69	92
2002	28	/	46	74
2003	20	4	26	50
2004	23	8	50	81
2005	25	14	45	84
2006	24	6	56	86
2007	30	8	60	98
2008	21	20	70	111
2009	20	19	94	133
2010	27	15	85	127
2011	24	17	41	82
2012	23	11	23	57
2013	28	11	30	69
2014	23	38	46	107
totale	365	171	794	1.330

MALATTIE INDENNIZZATE PER NAZIONE DI NASCITA

Differentemente dalle altre aree regionali, in quanto area di confine, nel territorio in esame nel periodo considerato vi è sempre stata una forte componente di lavoratori andati incontro a malattia non nati in Italia, anche se tale fatto in parte è legato alla diversa definizione dei confini al termine del secondo conflitto mondiale, con conseguente parziale errore di attribuzione per soggetti di fatto nati in territorio in precedenza italiano. Effetto che ovviamente è più rilevante nelle fasi iniziali del periodo studiato. Questo si riflette sull'incidenza delle malattie professionali occorse a lavoratori non nati in Italia sul complessivo per anno, che nel 1994 era del 14% e nel 2012 del 18,8%, prevalenze superiori rispetto al dato medio regionale.

MALATTIE INDENNIZZATE PER TIPOLOGIA DI AZIENDA

L'analisi della ripartizione tra dipendenti di aziende industriali e artigiani, titolari o familiari, di piccole aziende, non si differenzia sostanzialmente dal dato medio regionale, evidenziando come quasi l'86% delle malattie indennizzate riguardi dipendenti dell'industria e la restante parte i titolari di imprese artigiane e/o familiari, e minimale sia la quota legata ai dipendenti pubblici.

MALATTIE INDENNIZZATE PER GENERE

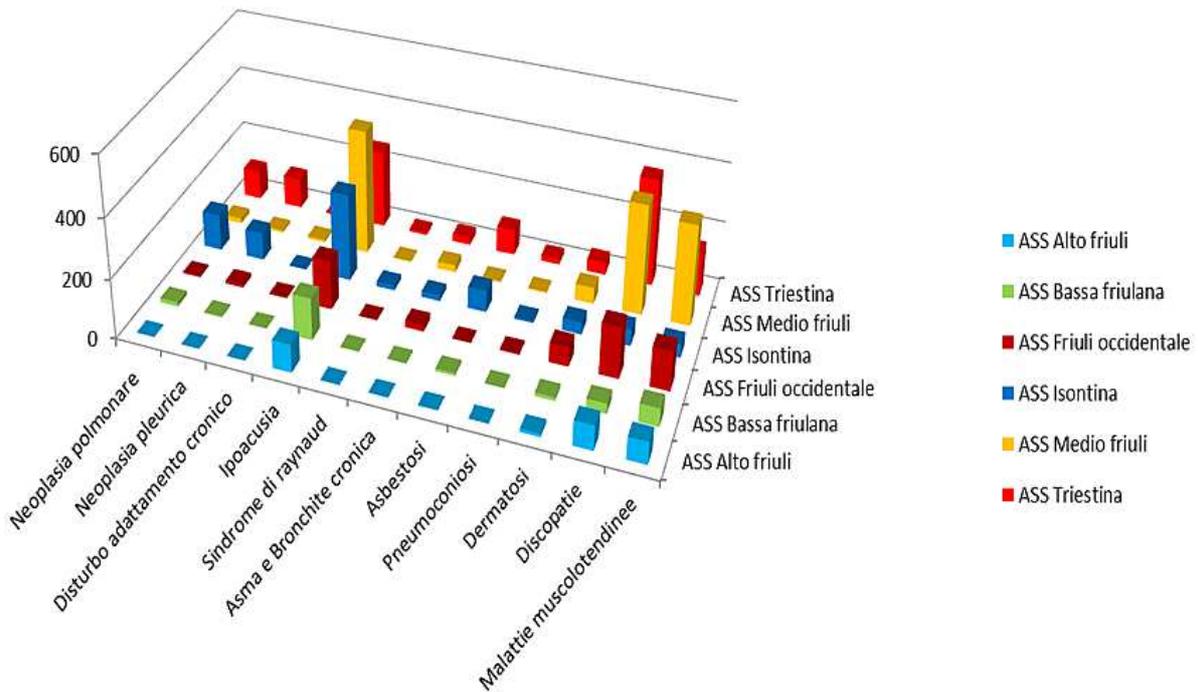
In numero assoluto il fenomeno tecnopatico prevale nel sesso maschile, che conta l'88% dei casi indennizzati nel periodo. Le patologie neoplastiche polmonari e pleuriche e l'ipoacusia prevalgono nettamente nel sesso maschile, mentre nel sesso femminile prevalgono le patologie cutanee e assumono rilevanza le patologie muscolo scheletriche, sebbene in misura proporzionalmente minore rispetto al dato complessivo regionale.

Malattie indennizzate 1994 - 2012	Femmine	Maschi
Malattie muscolo-scheletriche	202	654
Ipoacusia e sordità	2	309
Tumore maligno della pleura	6	258
Altre neoplasie dell'apparato respiratorio	0	213
Asbestosi	0	139
Patologie dell'apparato respiratorio	3	99
Altre malattie indennizzate	6	87
Patologie cutanee	33	20
Placche pleuriche	0	39
Altre neoplasie non interessanti l'apparato respiratorio	0	34

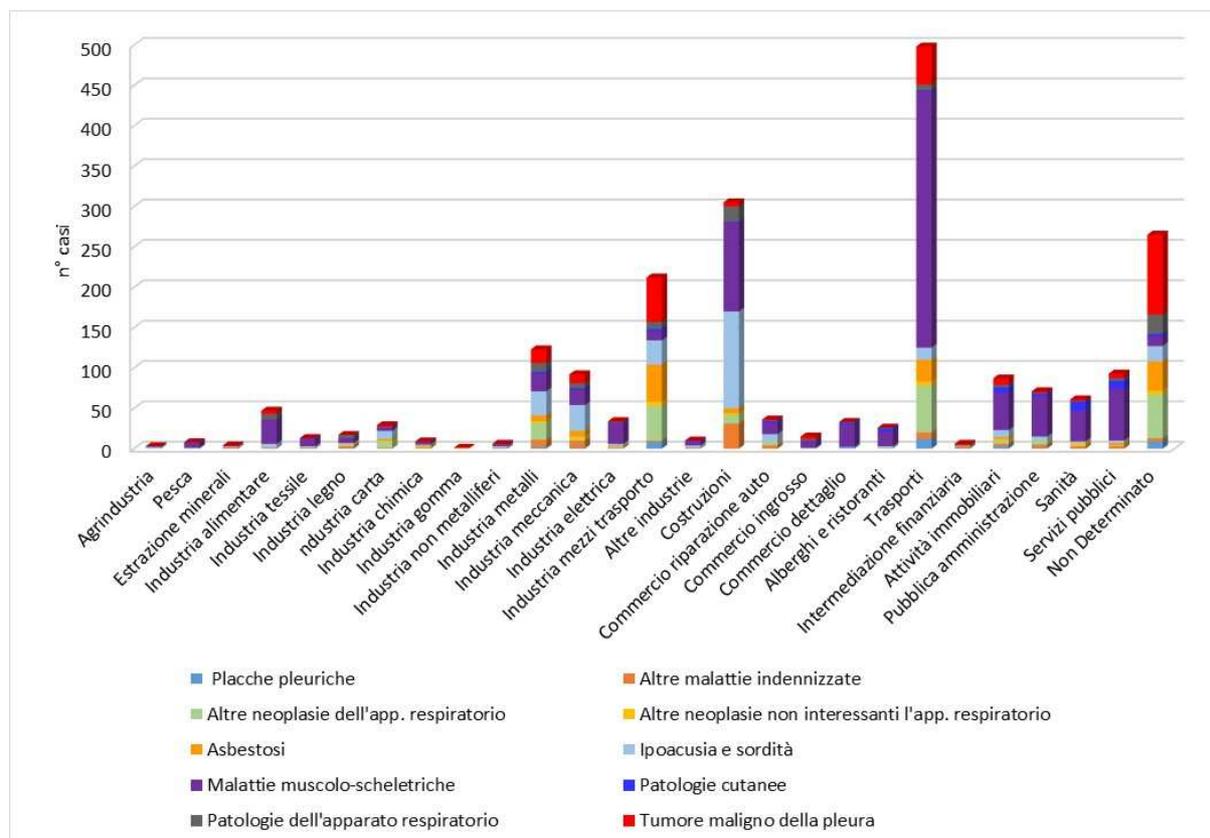
MALATTIE INDENNIZZATE IN FUNZIONE DEL SETTORE/COMPARTO PRODUTTIVO

In funzione del massiccio utilizzo di amianto nella cantieristico, nel settore portuale, nella metallurgia, nella motoristica e in edilizia, nel territorio della provincia di Trieste risulta rilevante l'incidenza delle patologie pleuropolmonari, in particolare mesoteliomi, neoplasie polmonari, asbestosi e placche pleuriche. Ferma restando, ovviamente, l'elevata incidenza delle malattie muscoloscheletriche, in particolare nei trasporti e nel terziario.

Distribuzione delle diverse malattie professionali in funzione del territorio delle A.S.S. di competenza



Distribuzione delle diverse malattie professionali in funzione del comparto/settore produttivo in provincia di Trieste



Sulla base di quanto riportato, oltre all'evidenza del costante aumento delle malattie professionali denunciate ed indennizzate nel periodo considerato, omogeneo a quanto accade su tutto il territorio regionale e per il quale si rimanda alle considerazioni fatte nella parte generale, emerge come il territorio dell'A.S.S. n° 1, parimenti a quello dell'A.S.S. n° 2 rappresenti una delle aree nazionali a maggior incidenza di neoplasie professionali. Tale situazione è correlata prevalentemente alla pregressa esposizione ad amianto, che comporta circa 40 nuovi casi di malattia all'anno (mesoteliomi della pleura nella maggior parte), anche se stanno emergendo evidenze di altre cause determinanti neoplasie. Questa situazione comporta un enorme dispendio di risorse di personale (soprattutto medici e assistenti sanitari) nello svolgimento di indagini estremamente complesse, riferibili a situazioni lavorative risalenti a più di due decenni fa, e ad aziende in buona parte dismesse, attività che tuttavia non ha alcuna ricaduta in termini di prevenzione. In tal modo, a fronte di questa attività, dovuta ed importantissima, nella situazione attuale appare estremamente difficile affrontare le situazioni di rischio in essere, legate a patologie emergenti quali in particolare quelle da sovraccarico biomeccanico, la cui complessità richiede un impegno notevole di risorse per l'analisi e la corretta impostazione delle azioni preventive.

Attività amministrativa della direzione del Dipartimento di prevenzione

Introduzione

Il D.lgs. 502/92 - "Riordino della Disciplina in materia sanitaria"; modificato ed integrato, in particolare dal D.lgs. 229/99, identifica il Dipartimento di Prevenzione come la struttura di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale che: "garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità.

Il Dipartimento di Prevenzione costituisce il nodo strategico di una rete di collaborazione tra le molteplici strutture dell'Azienda Sanitaria n. 1 Triestina, e le istituzioni impegnate nella prevenzione, promozione e nella tutela della salute dei cittadini presenti nel territorio.

Le funzioni del dipartimento di prevenzione rientrano in una delle principali attività previste dai L.E.A (Livelli Essenziali Assistenza) ovvero l'Assistenza Sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, rivolta ai singoli ed alla collettività, tali funzioni rispondono alle caratteristiche ed alle esigenze del territorio e, per tale motivo, esse sono molteplici e multidisciplinari e riguardano principalmente le seguenti tematiche:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza;
- veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- medicina legale.

Tali attività nel corso degli ultimi anni hanno subito profonde modificazioni e trasformazioni, conseguenti al cambiamento di fattori sociali ed economici, si pensi ad esempio alla perdurante crisi economica o alle ondate migratorie, oltre che al costante invecchiamento della popolazione, ed è inoltre mutato il quadro normativo nazionale ed europeo. In questo contesto si è tuttavia sviluppata una maggior consapevolezza e responsabilizzazione dei consumatori/cittadini e delle imprese.

Tutto ciò condiziona in maniera evidente il ruolo che attualmente viene richiesto al Dipartimento di Prevenzione, anche dal punto di vista assistenziale e del welfare, che di fatto si è tradotto in un diverso modo di affrontare i problemi, cercando di evitare prassi obsolete, semplificare le prestazioni, realizzare collaborazioni e sinergie con Enti ed Istituzioni che operano sul territorio, oltre che con i portatori di interessi.

L'atto aziendale adottato dalla Direzione Generale con provv. N. 391 dd. 22.11.2012 riprende gli elementi alla base del mandato del Dipartimento di Prevenzione, (dei quali si estrae di seguito gli elementi essenziali) e più precisamente:

“Mandato:

Tutela la salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, applicando strategie di prevenzione delle malattie:

- funzioni assegnate di governo e tecnico – professionali e connesse competenze:
Svolge un ruolo specifico nello scenario del guadagno di salute, mediante la prevenzione primaria, della diagnosi precoce, dell'igiene e assistenza sanitaria. Monitora gli indicatori di salute, individuati nell'ambito territoriale aziendale, confrontandoli tra diverse situazioni demografiche, geografiche, territoriali, ecc.;
- Nell'ampio contesto di indicatori di salute, contribuisce così alla delineazione dello scenario attuale e alla sua prevenzione nel futuro, soprattutto rispetto alle tematiche emergenti in campo socio – sanitario:
- incremento della domanda percepita di salute (ruolo del cittadino di soggetto attivo determinante della propria salute);
- rivalutazione della funzione protettiva, che da condizioni burocratiche tradizionali va rinnovata, e resa idonea a proteggere la collettività dai nuovi rischi (pandemie, bioterrorismo, inquinamento ambientale ecc.);
- epidemie del c.d. benessere materiale quali indiscriminata offerta alimentare, disagio mentale, e loro conseguenze sulla salute ecc.;
- lotta agli squilibri territoriali sull'offerta per la salute, visto che il guadagno di salute lambisce anche le classi economiche più disagiate, ma il differenziale con le classi benestanti aumenta sempre più;
- garanzia dei livelli essenziali di prevenzione e assistenza per i gruppi sociali a rischio di esclusione, quali anziani, immigranti ecc.

Provvede alla sanità animale ed all'igiene degli alimenti di origine animale
obiettivi da raggiungere:

Promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita, mediante:

- l'individuazione dei fattori di rischio prioritari;
- l'informazione e l'educazione della popolazione sui rischi e sui corretti stili di vita;
- la vigilanza sull'applicazione delle norme di tutela e sicurezza igienico-sanitarie;
- l'epidemiologia;
- la comunicazione.

Specifiche funzioni sono inerenti l'epidemiologia. Esse prevedono il monitoraggio dei dati epidemiologici mediante analisi della distribuzione (spaziale e temporale) degli eventi di interesse sanitario e dei fattori di rischio, effettuando le conseguenti analisi e valutazioni dei fattori di rischio evidenziati.

Dette funzioni svolte sotto la direzione del Responsabile della Struttura Operativa e sono caratterizzate da specifica preparazione culturale e professionale degli operatori”.

Il Dipartimento di Prevenzione uniforma la propria attività ai principi di:

Informazione ed educazione

Riconosce come proprio obiettivo primario la risposta ai reali bisogni di salute della popolazione. Pertanto si dota di strumenti di analisi e di conoscenza delle problematiche sanitarie della comunità e orienta la propria attività secondo priorità di intervento oggettive. Per rendere congrui i propri interventi a queste priorità mette in atto meccanismi di controllo dell'appropriatezza della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie;

Equità

Ritiene fondamentali le azioni di valorizzazione del cittadino, nonché prioritaria la lotta all'emarginazione ed all'esclusione sociale e si impegna all' uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno per tutti

Innovazione Tecnologica

Sviluppa la propria attività nella ricerca dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nell'ottica di miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza, efficacia, accettabilità e appropriatezza dei propri servizi.

Valorizzazione e formazione del personale

Riconosce come momento fondamentale di sviluppo la valorizzazione del proprio personale la promozione di stili di lavoro partecipativi e collaborativi, l'attività di studio e di ricerca, l'innovazione organizzativa, culturale e tecnologica. Pertanto si impegna a programmare piani di formazione e aggiornamento in linea con gli obiettivi di lavoro aziendali e di ogni struttura. In particolare ritiene di esaltare il contributo alla ricerca ed ai progetti di studio che le proprie strutture di eccellenza possono mettere in atto in collaborazione con soggetti nazionali e internazionali.

Programmazione

Il Dipartimento intende sviluppare la capacità di interpretare i principali fenomeni relativi alla salute ed al rischio sul territorio potenziando l'approccio epidemiologico e orientando la propria attività al fine di offrire concrete risposte ai più importanti problemi di salute pubblica, ciò implica una maggiore attività rivolta alla promozione della salute da sviluppare con soggetti interni ed esterni all'Azienda.

Per fornire risposte concrete ed adeguate alle richieste di salute dei cittadini il Dipartimento potenzia le competenze specialistiche già esistenti al suo interno, valorizzando il capitale umano coniugandole con la conoscenza del territorio e l'ascolto agli interlocutori interni ed esterni all'Azienda che risultano indispensabili per raggiungere importanti risultati di salute.

Responsabilità

Orienta i suoi rapporti con le strutture interne aziendale e con le strutture sanitarie pubbliche e private attraverso la ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni, della collaborazione sinergica, della pianificazione condivisa, della definizione di percorsi di salute chiari e garantiti, in un'ottica di gestione complessiva di area territoriale e di garanzia nei confronti dei cittadini.

Sinergia ed integrazione

Il dipartimento si impegna ad una sempre maggior ricerca delle sinergie con gli Enti esistenti sul territorio, i soggetti del volontariato e dell'associazionismo e del privato sociale al fine di assumere "Il lavoro in rete" quale metodo operativo traducendo in concreta operatività i valori fondanti dell'Azienda Sanitaria n. 1 Triestina.

Si impegna inoltre a fornire risposte sistematiche ed organiche a quelle fasce di popolazione che si trovano ai margini della società e possono essere più esposte a fattori di rischio per la salute.

Appropriatezza

Orienta le sue azioni al fine di aumentare l'appropriatezza delle prestazioni erogate in un'ottica di gestione complessiva di unità territoriale e di garanzia nei confronti dei cittadini al fine di cogliere le nuove richieste dell'utenza e migliorare le azioni di prevenzione.

Valuta sistematicamente il raggiungimento dei risultati e assume compiutamente la propria responsabilità nei confronti dei residenti nel territorio della provincia di Trieste per la completa presa in carico delle problematiche di salute dei singoli e delle comunità.

Coerenza

Favorisce ed aiuta la responsabilizzazione e la trasparenza, individuando indicatori capaci di misurare nel tempo l'andamento delle performance, al fine di porre in essere percorsi di miglioramento continuo dell'attività, offrendo una visione complessiva dell'intera prevenzione.

Rapporti con strutture interne aziendali

Il Dipartimento risponde del suo operato al Direttore Generale e la sua attività viene svolta in conformità alla programmazione effettuata dalla Direzione Generale.

Si rapporta quindi costantemente con le altre Strutture Aziendali e collabora con gli altri Dipartimenti territoriali per la realizzazione di specifici progetti, al fine di dare una risposta multidisciplinare ed integrata ai problemi di salute della collettività.

Si rapporta e collabora con i Distretti, sia in fase di programmazione delle attività che nella gestione di situazioni critiche contingenti.

Le relazioni tra il Dipartimento di Prevenzione ed i Distretti

Le principali esigenze di integrazione si articolano su diversi livelli:

Livello della pianificazione strategica e della programmazione annuale mediante interventi, partecipazione e collaborazione per:

- individuazione delle priorità e valutazione dei bisogni della popolazione;
- formulazione di piani e progetti , anche sulla base delle istanze di soggetti istituzionali;
- predisposizione dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale.

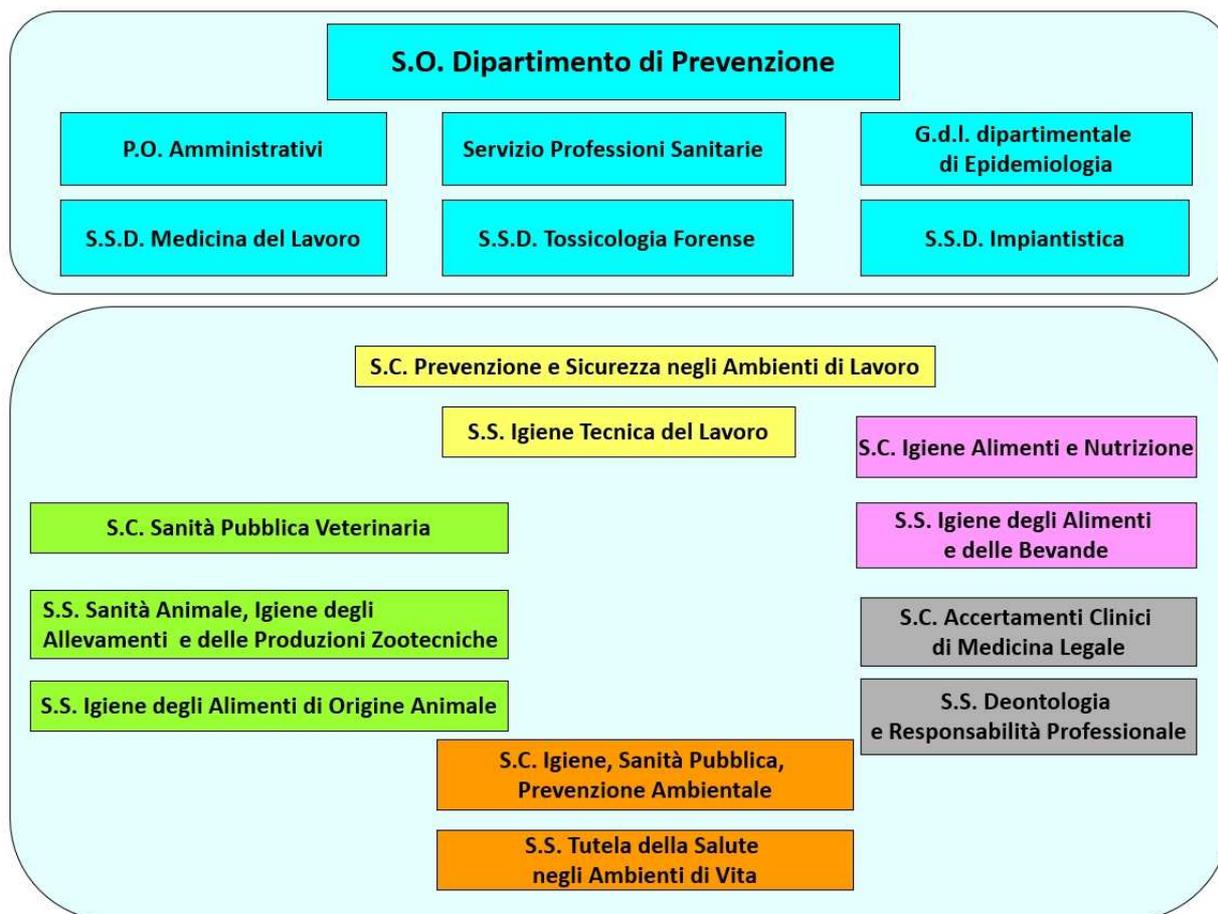
Tale livello è di norma assicurato dalla Direzione Generale e dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione al fine di garantire unitarietà di programmazione e coerenza complessiva.

Livello di erogazione delle attività specifiche territoriali.

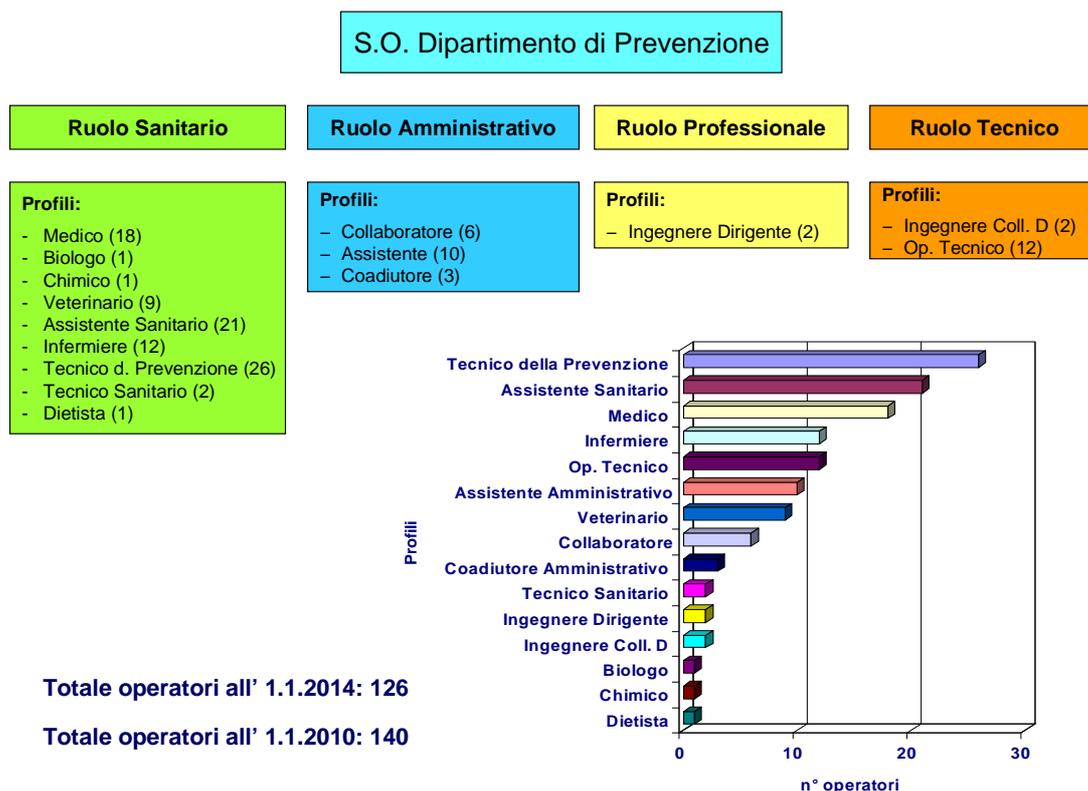
Le strutture Operative del Dipartimento di Prevenzione assicurano alla Direzione del Distretto un'informazione tempestiva e adeguata in ordine a problematiche locali rilevanti di sanità pubblica, spesso a carattere d'urgenza, che possono avere un forte impatto sul territorio o sulla collettività.

Dipartimento di Prevenzione e Distretti collaborano inoltre all'attuazione dei piani territoriali con particolare riferimento alle azioni a rilevanza istituzionale a valenza interdipartimentale e di particolare rilevanza per il territorio.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola nelle seguenti Strutture:



Nella figura sottostante viene riportato l'organigramma del personale



Direzione del Dipartimento di Prevenzione

Alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione competono funzioni di programmazione, progettazione, controllo e monitoraggio degli interventi di prevenzione realizzati da ciascuna delle Strutture in cui e' articolato Il Dipartimento stesso.

Tali funzioni vengono espletate in conformità al dettato normativo esistente, in sinergia con le altre Strutture aziendali, gli Enti territoriali e Ministeriali.

Il Dipartimento ha inoltre il compito di verificare il rispetto delle norme in materia di igiene e sanità pubblica, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, igiene degli alimenti e delle bevande, sanità veterinaria e degli alimenti di origine animale, tutela dell'ambiente naturale e tutela degli ambienti di vita.

Il Direttore del dipartimento di prevenzione.

Rappresenta il Dipartimento nei confronti di tutte le articolazioni organizzative aziendali e in particolare assicura i rapporti con le altre Strutture aziendali.

Le funzioni svolte dal Direttore del Dipartimento si esplicano mediante l'adozione dei necessari atti di gestione e mediante un'azione di coordinamento e supporto alle attività svolte dalle strutture interne.

Il Direttore del Dipartimento in particolare:

- è responsabile del budget complessivo del Dipartimento;
- sovrintende all'assetto organizzativo complessivo della struttura, esercitando un'azione di pianificazione, coordinamento e controllo dei diversi Strutture che lo compongono;
- promuove e coordina l'attività complessiva, nell'ambito delle linee stabilite dalla Direzione Generale.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è affiancato dal Comitato Tecnico di Dipartimento, composto dai responsabili delle strutture complesse e semplici, con funzioni consultive e propositive sulle problematiche di interesse strategico.

Nell'ambito delle sue funzioni il Direttore del Dipartimento si avvale per le attività amministrative di una Posizione Organizzativa (P.O.) denominata "Attività amministrative" e per le attività sanitarie di una P.O denominata: "Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche di prevenzione".

GESTIONE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

La P.O. "Attività amministrative" del Dipartimento di Prevenzione ha il compito di:

- garantire l'omogeneità delle procedure amministrative all'interno del Dipartimento, operando per quanto possibile nell'ottica dello snellimento delle stesse;
- sviluppare in tale contesto le capacità del personale;
- garantire il supporto di consulenza giuridica alle Strutture del Dipartimento, individuando altresì la necessità di eventuali approfondimenti legali.

Tale attività si esplica nelle seguenti azioni:

- Gestione della procedura relativa all'applicazione delle sanzioni amministrative con il supporto delle altre strutture dipartimentali;
- Predisposizione dei provvedimenti del Direttore di Dipartimento;
- Gestione, rendicontazione e monitoraggio delle risorse economiche provenienti da finanziamenti previsti da normative europee, nazionali e regionali;
- gestione dell'iter di formalizzazione delle convenzioni, collaborazioni e contratti da stipulare con altri Enti ed Istituzioni e/ privati che operano sul territorio, con contestuale stesura dei relativi provvedimenti;
- attività contabile: programmi di spesa, liquidazioni e mandati di pagamento, monitoraggio contabile dei progetti;
- attività di consulenza giuridica all'interno del Dipartimento, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della Legge 241/90 e s.m. ed i.;
- adempimenti relativi al conseguimento/rinnovo delle patenti di abilitazione all'impiego dei gas tossici;
- gestione di tutti gli aspetti amministrativi collegati alla Legge sul divieto di fumo;

SANZIONI AMMINISTRATIVE

Nell'ambito delle attività di vigilanza e controllo in materia sanitaria di competenza del Dipartimento di Prevenzione, possono essere accertate violazioni di disposizioni che prevedono l'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie consistenti nel pagamento di somme di denaro. L'applicazione delle sanzioni amministrative, disciplinata dalla Legge 689/81 e dalla Legge Regionale F.V.G. 1/1984 spetta al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, che ha la competenza di applicare le sanzioni derivanti dalle violazioni accertate da altri organi di vigilanza, ed in particolare Carabinieri, NAS, Guardia di

Finanza, Polizia Stradale, Corpo Forestale dello Stato, Polizia Municipale, Capitaneria di Porto, relativamente ad aspetti di competenza istituzionale della Prevenzione.

Altre attività amministrative

APPLICAZIONE LEGGE 241/90

La legge 241/90 riconosce ai cittadini il diritto di accedere agli atti e provvedimenti detenuti dall'Amministrazione e regola il procedimento amministrativo stesso.

Gli uffici amm.vi afferenti la Direzione del Dipartimento si occupano inoltre di :

- rilascio e del rinnovo del patentino per l'impiego dei gas tossici;
- predisposizione di delibere/ Convenzioni/protocolli d'intesa e contratti.

In genere tali provvedimenti vengono predisposti con Enti territoriali ed Associazioni di Volontariato, Confartigianato, ecc. per promuovere la sicurezza alimentare, la sicurezza sul lavoro, anche in ambito portuale, la realizzazione di progetti di promozione e prevenzione della salute relativi all'igiene e sanità pubblica, nonché iniziative di informazione e formazione sul territorio.

Apposite convenzioni vengono predisposte con varie Associazioni di volontariato e Onlus che richiedono l'applicazione di progetti di pet therapy.

Inoltre altri rapporti convenzionali riguardano la stipula con numerosi Enti/ditte/società per l'erogazione delle prestazioni di sorveglianza sanitaria.

Gli uffici in argomento gestiscono inoltre le procedure amministrative e contabili relative a progetti di rilevanza locale, regionale, nazionale ed europea.

Gli specifici aspetti dell'accesso ed informazione, oltre che la specifica modulistica sono a disposizione dei cittadini sul sito WEB aziendale.

Pianificazione e gestione degli obiettivi specifici

La pianificazione strategica dell'Azienda Sanitaria n. 1 Triestina stabilisce, nel rispetto del Piano Sanitario Nazionale e Regionale le linee guida aziendali.

Ogni anno vengono identificati per il Settore della Prevenzione obiettivi aziendali di budget mirati a garantire i livelli di assistenza e orientati alla semplificazione dei processi amministrativi.

Servizio delle Professioni Infermieristiche, Sanitarie e Tecniche della Prevenzione

Responsabile dott.ssa Daniela Bais

Ulteriori funzioni sono individuate nel servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione. Esse sono svolte con elevato livello di autonomia gestionale ed organizzativa con le finalità di:

- gestire, organizzare e coordinare il personale sanitario del comparto afferente al Dipartimento;
- organizzare e realizzare iniziative di formazione permanente a favore del personale stesso,
- collaborare all'attuazione di programmi e progetti di particolare valenza strategica sia dipartimentale sia aziendale;
- promuovere la salute attraverso interventi volti ad instaurare corretti stili di vita nella popolazione.

Di seguito viene riportato un approfondimento sintetico sulle linee di lavoro che costituiscono il mandato del Servizio, dalla lettura delle quali si evidenzia come le funzioni di gestione, organizzazione, formazione, ricerca e promozione alla salute, costituiscano singole fasi integrate di un unico processo di prevenzione che interessa tutta l'Azienda.

Organizzazione

Le attività delle professioni sanitarie del Dipartimento si svolgono in equipe multidisciplinari e interessano i profili dell'infermiere, dell'assistente sanitario, del tecnico della prevenzione, del dietista e del tecnico sanitario di laboratorio biomedico, per un totale di 60 professionisti. Lo sviluppo organizzativo si attua attraverso la definizione dei ruoli e la valorizzazione di tutti i profili. Gli strumenti comunemente utilizzati sono la programmazione negoziata delle attività, l'attribuzione di incarichi e responsabilità e la valorizzazione delle sperimentazioni autonome di modalità di erogazione dei servizi. Nel 2011-2012 è stata realizzata la mappatura delle competenze aziendali dei Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e degli Assistenti sanitari. In ambito organizzativo, l'utilizzo di sistemi per la valutazione delle competenze quale strumento di management rientra nelle opzioni disponibili per l'organizzazione dei servizi, lo sviluppo e il miglioramento dei percorsi assistenziali e la valorizzazione del personale.

Supportano questa funzione l'organizzazione e la realizzazione delle iniziative di formazione permanente a favore del personale stesso.

Formazione

La Programmazione ed organizzazione di percorsi formativi adeguati sono mirate all'acquisizione di nuove competenze tecnico-professionali e competenze trasversali e comprendono la formazione sugli aspetti relazionali, organizzativi e gestionali.

Il Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione effettua regolarmente, a cadenza almeno triennale, l'analisi dei bisogni formativi rilevati e percepiti e utilizza questo strumento per programmare l'attività formativa. L'attività riguarda sia il personale del comparto, che quello della dirigenza. L'analisi dei bisogni indaga le aree di interesse, le preferenze sulla tipologia degli eventi e sulla metodologia di apprendimento, l'informazione, l'efficienza e l'efficacia della formazione svolta nel precedente programma, gli elementi ostativi alla formazione, l'interesse alla formazione fuori sede; recepisce inoltre suggerimenti per migliorare la proposta e implementare la comunicazione interna. Emerge costantemente e in modo significativo l'interesse per le iniziative che riguardano l'area tecnico-professionale specifica, ma l'interesse è ben presente anche nei riguardi dell'area organizzativo-relazionale per rafforzare le competenze trasversali. La programmazione e l'organizzazione del piano di formazione annuale è svolta autonomamente, nei limiti della disponibilità di budget, mentre le iniziative a valenza strategica confluiscono nel piano di formazione aziendale.

Rientrano in questa funzione la progettazione e realizzazione di progetti formativi, anche in qualità di responsabile scientifico, di docente, di tutor ed esperto di metodo per la formazione sul campo e l'addestramento. Attualmente l'impegno è volto alla sperimentazione e realizzazione del Dossier formativo di Struttura del Dipartimento di prevenzione in collaborazione con l'Ufficio Formazione e Qualificazione del Personale.

I programmi annuali della formazione hanno garantito negli anni ai professionisti di tutti i profili i crediti previsti dal sistema di Educazione Continua in Medicina - ECM.

Rispetto all'attività esterna, si organizzano, anche in collaborazione con le altre strutture aziendali, percorsi formativi con il coinvolgimento di Enti e Pubbliche Amministrazioni, Associazioni e Centri di formazione esterni.

I professionisti del Dipartimento partecipano inoltre a numerosi eventi formativi fuori sede. Nella tabella seguente vengono sintetizzati i dati relativi all'aggiornamento professionale in sede e alla formazione sul campo effettuati dal 2011 al 2014.

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE 2011 - 2014	Formazione residenziale	Formazione sul campo	Totali
n. eventi	43	19	62
Crediti ECM	345	221	566

Il Servizio è inoltre riferimento per i tirocini dei Corsi di Laurea Magistrale Interateneo in Scienze della prevenzione dell'Università di Trieste e dell'Università di Udine dal 2009 al 2013, del Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione e del Corso di Laurea Magistrale in Scienze della prevenzione dell'Università di Padova dal 2013, del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova dal 2007 e dei Master in management e per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie.

Dal 2008, fino alla stampa del presente libro, sono 37 i professionisti che hanno effettuato i tirocini per la tesi di laurea o di master presso il Dipartimento. Di seguito la sintesi dei lavori prodotti.

ELENCO DELLE TESI LAUREA/MASTER REALIZZATE PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Cognome Nome	Titolo	CdL Assistenza sanitaria	CdL Tecniche della prevenzione	Master management e specialistici	CdLM Scienze della prevenzione
Abbona Isabella	Strutture sanitarie odontoiatriche: criticità, cause e soluzioni.		2010		
Bais Daniela	Salute e lavoro: un modello multidisciplinare per la prevenzione in rete.				2008
Barocco Giulio	Applicazione dei principi della Carta di Tallinn nelle attività di prevenzione nutrizionale territoriale.		2010		
	Valutazione multicriteriale di modelli organizzativi nella ristorazione scolastica regionale, il caso del Friuli Venezia Giulia.				2013
Benedetti Alice	La valutazione delle competenze dell'assistente sanitario in un'ottica di sviluppo professionale.	2012			
Borsoi Gabriella	Alcol e lavoro: valutazione normativa e aspetti preventivi.			2011	
Bortolosso Michela	I disturbi del sonno e percezione dello stress lavoro – correlato nei reparti ospedalieri.				2012
Bresciani Maurizio	Sicurezza alimentare nella filiera delle carni di suino: norme e problematiche microbiologiche.		2010		
Carozzi Sandra	La percezione dei rischi lavorativi nel Dipartimento di Prevenzione dell'ASS 1 Triestina.			2008	
Claut Michele	Il metodo Project Cycle Management (PCM) nelle imprese a basso rischio.				2011
Coloni Francesca	L'organizzazione competente: il viaggio e la meta dei professionisti della Prevenzione.				2011

Cognome Nome	Titolo	CdL Assistenza sanitaria	CdL Tecniche della prevenzione	Master management e specialistici	CdLM Scienze della prevenzione
Crocco Simon	Mappatura delle aree oggetto di bonifica da amianto nella provincia di Trieste e analisi della comparsa di malattie asbesto-correlate in alcuni siti produttivi.				2013
D'Orlando Gabriele	Valutazione dell'efficacia degli interventi preventivi attuati dall'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina nel periodo 2008-2013 nell'ambito degli incidenti domestici: indagine conoscitiva nei confronti degli utenti over 65enni del progetto "Amalia".				2013
Dragani Francesca	Il Risk Management nei centri vaccinali: presentazione ed analisi del progetto "Il miglioramento dei servizi vaccinali a Trieste".			2010	
Fedele Roberta	La forza delle reti per la promozione alla salute: il nido dei sapori.			2011	
Fumolo Fabio	Verifiche della sicurezza impiantistica elettrica nei luoghi di lavoro.		2011		
Gallina Roberta	Dipartimento di Prevenzione: ricerca qualitativa per l'applicazione di un modello delle competenze per la promozione della salute.	2011			
Geretto Marilena	Lo sviluppo della resilienza nel bambino con bisogni educativi speciali: promozione alla salute attraverso la pet therapy.			2014	
Lapel Andrea	Infortuni sul lavoro: la percezione dei rischi del personale nelle inchieste e nelle attività di vigilanza.		2010	2013	
Longo Tiziana	Il nido dei sapori: alimentazione equilibrata a misura di bambino.				2012 ¹
Margiore Manuela	La strada e la sicurezza dell'uomo. Analisi di BIAS cognitivi ed			2011	

¹ Laurea Magistrale in Scienze delle professioni sanitarie tecnico-assistenziali

	euristiche per ipotizzare un progetto multidisciplinare di prevenzione.				
Maso Renata	Promozione alla salute e strumenti di prevenzione della disabilità nell'anziano.	2009			
Miele Alessandro	Il minimo etico di sicurezza in edilizia: analisi multifattoriale.			2011	
Pemper Alessandra	Microarea nel porto: lavoro e qualità della vita.			2008	
Pertusi Daria	Gestione del rischio infortunistico in ambiente portuale.				2012
Rizzo Marco	La valutazione e gestione dello stress lavorativo in un'Azienda Sanitaria.				2011
Rubieri Mara	Comunicazione efficace: competenza fondamentale del TdP		2010		
Sancin Walter	Pubblicità e disturbi del comportamento alimentare nel bambino.			2011	
Sanson Sara	Attività di prevenzione degli incidenti domestici nel Friuli Venezia Giulia.				2009
Scalisi Sofia	Indagine sull'integrazione professionale tra i professionisti della prevenzione dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina.				2014
Steinbock Daniela	Lo sviluppo della resilienza nell'anziano istituzionalizzato: promozione alla salute attraverso la pet therapy.			2014	
Toffanin Paolo	La ventilazione ambientale e le aspirazioni localizzate quali metodi di prevenzione delle malattie professionali.		2010		
Tomat Laura	Il consumo di sostanze negli adolescenti: scenari ed evoluzione degli interventi di prevenzione.	2013			
Vancheri Claudio	Problemi di igiene pubblica nella città di Trieste.		2010		

Progettazione integrata a valenza strategica, pianificata a medio termine

La promozione e il sostegno dello sviluppo di relazioni lavorative improntate al networking, alla collaborazione e al riconoscimento reciproco tra i professionisti della Prevenzione ha come esito secondario il graduale allineamento alle finalità dell'azienda, che viene sostenuto con la realizzazione di un lavoro per obiettivi condivisi su materie di interesse trasversale. La definizione di un progetto lavorativo multiprofessionale e multidisciplinare, che venga inserito tra gli obiettivi incentivati, ha i pregi di mantenere il gruppo di lavoro motivato e di favorirne una partecipazione attiva. Sulla base di questi fattori favorenti, si assiste ad una graduale definizione di valori condivisi a livello di gruppo, il trasferimento di conoscenze tra i membri e la sperimentazione attiva, pratica, del lavorare in network per fornire un approccio integrato alla collettività. Tradotto nella pratica, si individuano ambiti operativi di interesse per tutti i partecipanti, come ad esempio i progetti integrati sulla sicurezza delle Scuole, il monitoraggio nelle Strutture per anziani, le attività di Pet Therapy. Questi sono infatti ambiti trasversali alle varie strutture, in quanto possono presentare criticità che interessano aspetti di sicurezza sul lavoro, di sicurezza impiantistica, di sicurezza alimentare e di igiene ambientale, in altri casi, come nelle Attività Assistite con Animali, sono occasione di sperimentazione in promozione alla salute e miglioramento del benessere. Farli rientrare in progetti obiettivo consente di aumentare la coesione effettiva non soltanto all'interno tra i gruppi di lavoro, quanto farli percepire anche all'esterno, nella collettività. Consente inoltre di garantire equità nell'approccio all'utenza e trasparenza dei processi e delle procedure.

Tutti i progetti integrati presentano alcune caratteristiche comuni:

1. sono progettati secondo criteri di:
 - misurabilità;
 - valutazione di processo e di esito;
 - definizione delle responsabilità sui livelli di promozione, collaborazione e azione.
2. I metodi utilizzati prevedono:
 - formazione propedeutica degli operatori;
 - condivisione delle ipotesi;
 - scelta degli strumenti appropriati;
 - implementazione delle procedure;
 - definizione dei carichi di lavoro.

I vantaggi della progettazione integrata a medio termine sono molteplici, infatti essa

- rappresenta uno strumento di integrazione interprofessionale e interstrutturale, in una logica di lavoro dipartimentale e aziendale;
- assicura maggiori competenze e garantisce una risposta corretta e completa nei confronti dell'utenza;
- pone le basi per un riferimento tecnico integrato nei confronti delle istituzioni;
- assicura maggiore trasparenza e oggettività negli interventi;
- costituisce un'esperienza per le future politiche di assistenza regionali e locali.

Si descrive di seguito, a titolo esemplificativo, il progetto che ha avuto maggiore rilevanza negli ultimi anni, denominato "Attività di vigilanza, prevenzione e promozione di buone pratiche e della qualità di vita degli anziani istituzionalizzati e degli addetti all'assistenza. Contrasto all'istituzionalizzazione e alla contenzione".

Il progetto coinvolge personale afferente a:

- Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione;
- Struttura Complessa Igiene Sanità Pubblica Prevenzione Ambientale;
- Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

Motivazioni che contraddistinguono la strategicità del progetto.

Le residenze per anziani sono ambiti in cui gli ospiti presentano una vulnerabilità elevata e in cui la standardizzazione organizzativa contrasta con l'esigenza di porre l'anziano al centro dei processi assistenziali, secondo il principio delle buone pratiche. Le case di riposo e le residenze polifunzionali sono luoghi di vita e di lavoro: l'incontro tra anziano e assistente è l'incontro tra due diversi bisogni, in quanto entrambi i soggetti si trovano in una situazione di debolezza e precarietà nella quale il rischio di essere emarginati dalla società è presente, a causa di una privazione economica o di una debolezza fisica e/o cognitiva e per la mancanza di mezzi sociali e culturali attraverso i quali rivendicare i propri diritti.

Il Dipartimento di Prevenzione ha attivato dal 2005 un osservatorio sulla residenzialità pubblica e privata, allo scopo di individuare e favorire l'adozione degli standard di qualità che possano garantire il cittadino nel momento della scelta e consentire un costante sviluppo della qualità dell'assistenza, della salubrità e sicurezza delle strutture, dei processi lavorativi e della tutela dei lavoratori.

Dal 2006, alle attività dell'osservatorio si sono aggiunte quelle di verifica d'iniziativa, interventi su segnalazione e vigilanza in collaborazione con le Forze dell'Ordine.

Impatto del progetto sull'organizzazione del lavoro:

- dell'Azienda: il progetto ha favorito l'integrazione tra tutte le Strutture Operative aziendali, in primo luogo i Distretti, e la messa in rete di conoscenze proprie delle diverse articolazioni aziendali. In progetto ha visto inoltre la collaborazione tra DIP e DSM per l'organizzazione del seminario "I vecchi siamo noi, invecchiare nella garanzia del diritto" in occasione delle Giornate della salute -25 maggio 2006-, iniziativa che ha portato all'istituzione della Commissione per il monitoraggio e l'eliminazione della contenzione meccanica, farmacologica, ambientale e delle cattive pratiche assistenziali, vecchie e nuove, costituita con Deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 15 febbraio 2006. Il progetto ha fornito elementi di analisi per i lavori dei tavoli interistituzionali ASS-Comune di Trieste previsti dal PAT e dal PDZ, ed ha concorso ad esplicitare la missione aziendale nella tutela delle fasce deboli della popolazione.

- della Struttura Operativa Dipartimento di Prevenzione: il progetto ha richiesto un alto livello di integrazione tra le Strutture/Servizi, che ha portato all'elaborazione di un protocollo di lavoro unico. Il protocollo definisce la procedura di controllo e consente la raccolta ed elaborazione dei dati relativi agli interventi. Il metodo di lavoro definito per le case di riposo (integrazione e unicità dell'intervento) è riproducibile e potrà essere applicato in altri programmi e progetti di prevenzione.

- del Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione: Il progetto ha avviato il confronto e la condivisione delle competenze e dei saperi dei diversi profili professionali sanitari (assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, infermieri, dietisti), secondo il modello della comunità di pratiche. Ha consentito inoltre di individuare nuovi bisogni nell'aggiornamento professionale e di sperimentare la formazione sul campo.

Portata innovativa del progetto in termini di percorsi e argomenti:

La predisposizione del protocollo di verifica della qualità negli ambienti di vita e di lavoro delle strutture residenziali per anziani (check list) integra le funzioni afferenti alle singole strutture complesse e servizi del DIP (Igiene, Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale; Igiene degli Alimenti e della Nutrizione; Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro; Servizio delle Professioni Infermieristiche, Sanitarie e Tecniche della Prevenzione). La nuova modalità operativa garantisce coerenza e omogeneità nell'approccio operativo, fatto particolarmente importante nelle attività di vigilanza, e consente di verificare i risultati raggiunti sulla base di evidenze statistiche.

Il modello proposto rappresenta un'esperienza che pone le basi per la programmazione di interventi preventivi ordinari anche nei prossimi anni, anche alla luce del nuovo regolamento regionale di prossima emanazione, dando alle strutture interessate (titolari delle Residenze polifunzionali) strumenti di autovalutazione della situazione organizzativa e "di sicurezza".

Il protocollo prevede inoltre la verifica di aspetti non previsti da norme, quali il controllo dei rischi infortunistici degli ospiti, la verifica della qualità dell'assistenza erogata e la garanzia dei diritti delle persone ospitate e dei lavoratori.

Attenzione particolare è stata posta sull'uso illecito della contenzione meccanica e farmacologica, per cui l'individuazione delle ipotesi di reato è particolarmente complessa.

Impatto (diretto o indiretto) del progetto sulla qualità della vita/salute dell'utenza:

gli anziani: valutazione dei rischi legati ad eventuali minori abilità per evitare infortuni e aggravamenti determinati da incuria e cattive pratiche; miglioramento delle condizioni di assistenza e igiene; sicurezza degli edifici, impianti, arredi, attrezzature e presidi sanitari; presenza dei requisiti strutturali e igienico-sanitari nei locali cucina e dispensa e corretta conservazione degli alimenti, della lavorazione e somministrazione dei pasti che garantisce varietà e adeguatezza nutrizionale dei menù.

Il personale: informazione e formazione sui rischi lavorativi; tutela dai rischi derivanti da contatto con agenti biologici e movimentazione manuale dei carichi; regolarità del rapporto di lavoro; formazione del personale di cucina.

Caratteristiche del progetto:

multidisciplinarietà

Il progetto integra le seguenti competenze disciplinari:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- assistenza sanitaria;
- assistenza infermieristica;
- comunicazione integrata.

multiprofessionalità

Il progetto ha coinvolto personale dei seguenti profili:

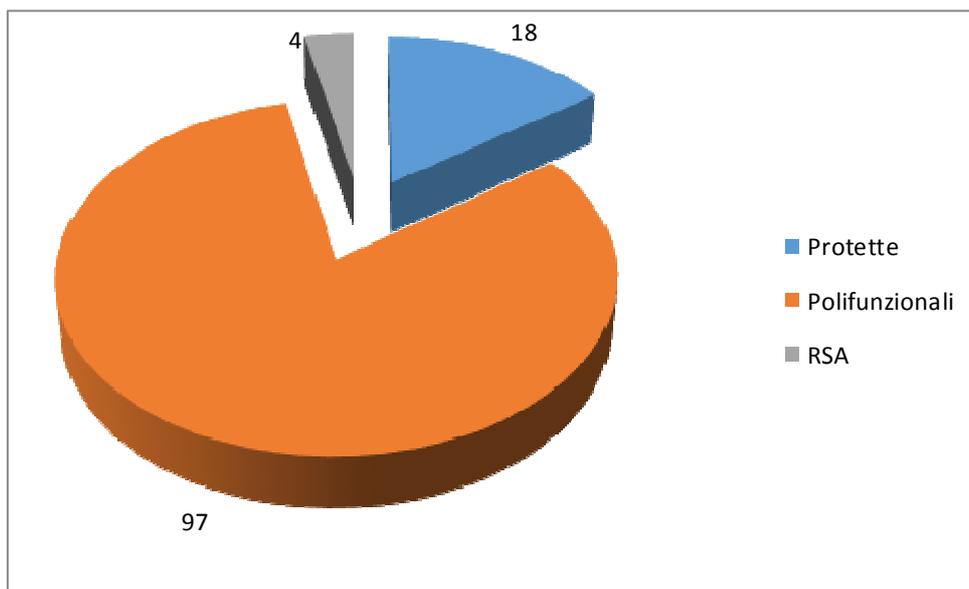
- medici;
- assistenti sanitari ;
- tecnici della prevenzione;
- infermieri;
- dietisti.

interstrutturalità

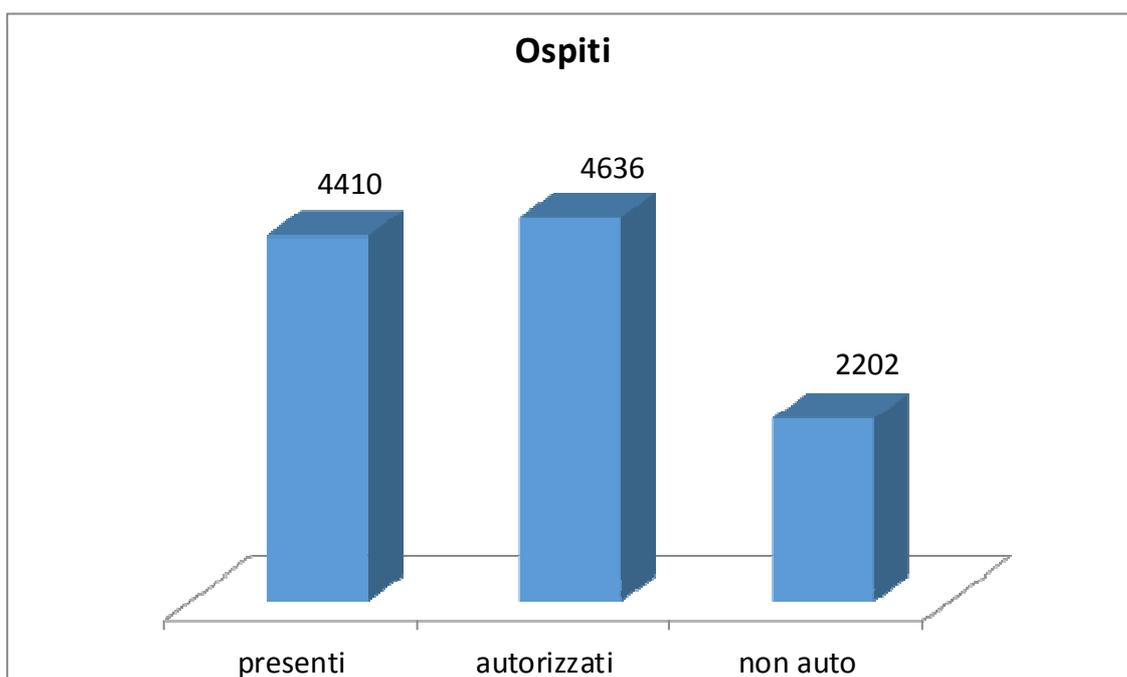
Il progetto ha favorito l'integrazione tra le Strutture Operative aziendali e la condivisione di obiettivi comuni. Le azioni programmate hanno trovato la collaborazione di enti/amministrazioni esterne, quali il Comune di Trieste, il Comando della Guardia di Finanza, la Direzione Territoriale del lavoro, il Comando e il Nucleo Anti Sostituzione dei Carabinieri.

Risultati:

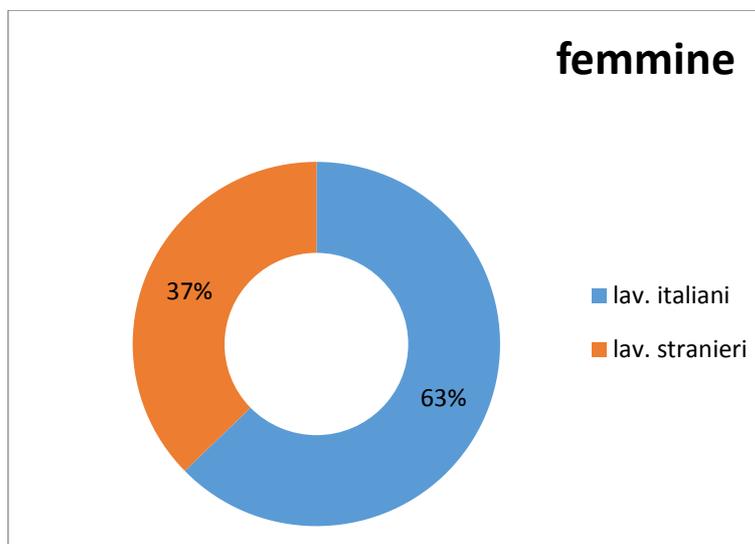
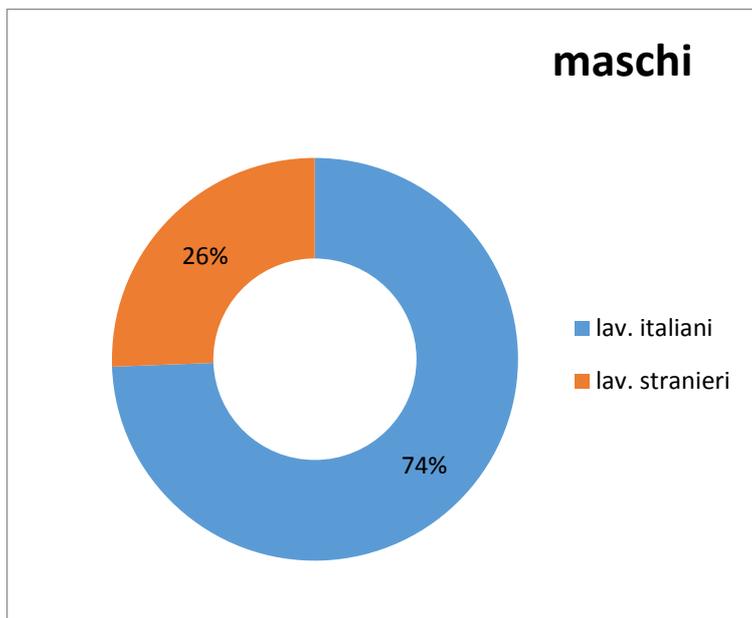
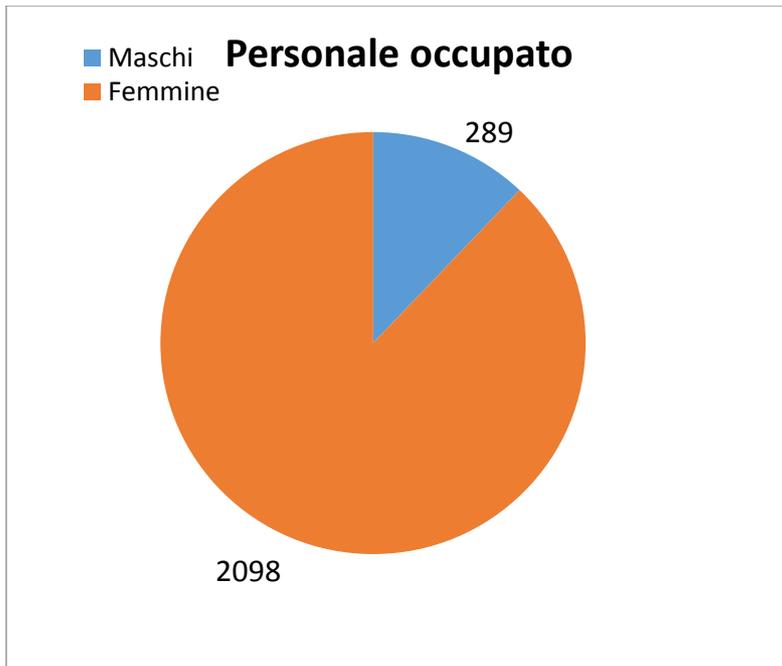
Dal 2005 al 2014 sono state monitorate le 88 strutture residenziali presenti in provincia, situate prevalentemente nel territorio del comune di Trieste, che sono state oggetto di 119 ispezioni.



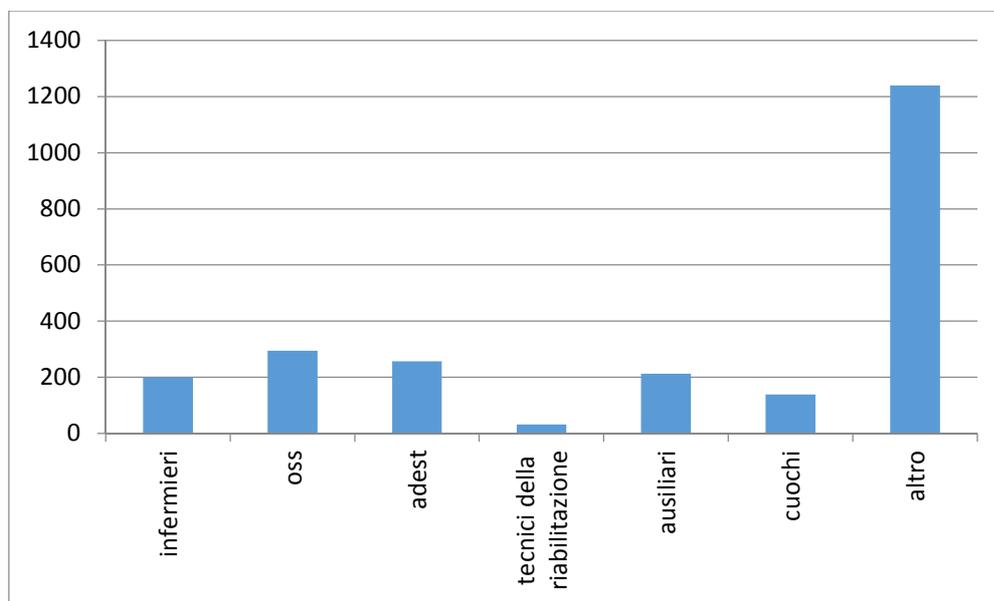
Gli interventi di prevenzione e promozione alla salute hanno riguardato 4410 ospiti, dei quali 2202 non autosufficienti.



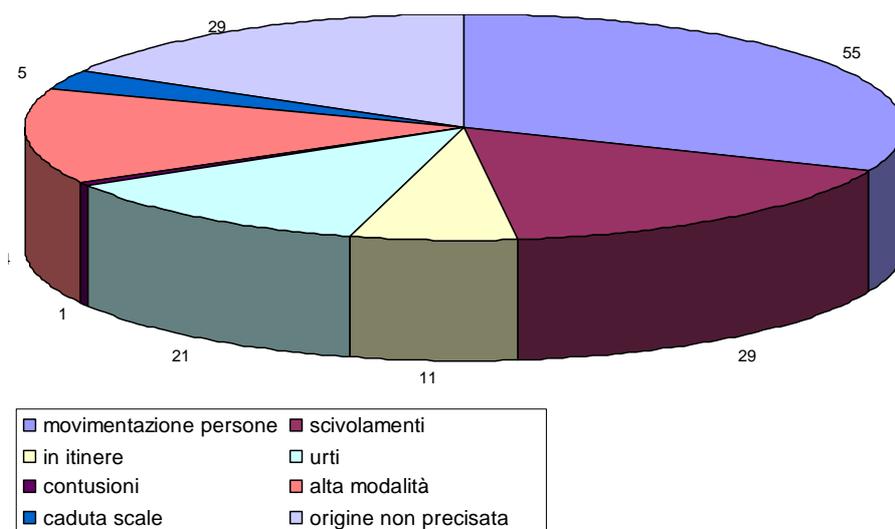
Le lavoratrici e i lavoratori impiegati al momento del sopralluogo erano, nello stesso periodo, 2387, dei quali 2098 donne.

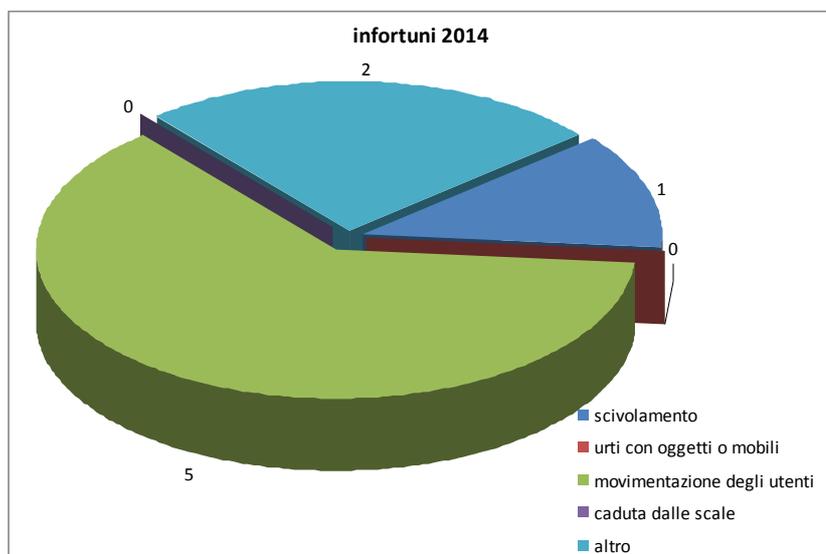


L'analisi sulle qualifiche del personale di assistenza occupato nel periodo 2008-2014, durante il quale sono state ispezionate 72 (81%) strutture, mostra una prevalenza di bassa qualificazione professionale e una quota rilevante di personale in possesso delle sole competenze minime (cfr. altro).

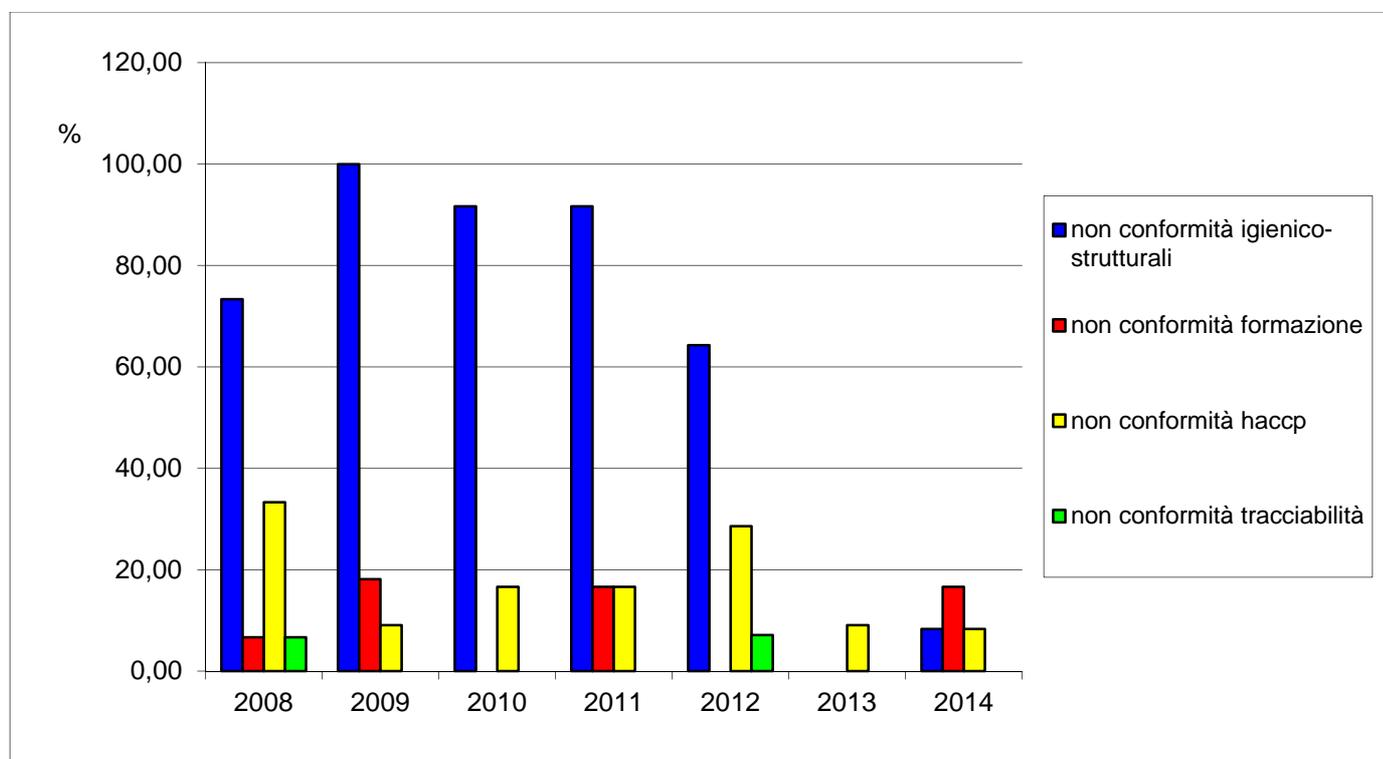


Gli infortuni sul lavoro, nel periodo 2005 – 2014, sono stati complessivamente 175, dovuti principalmente a 2 modalità di accadimento: la movimentazione delle persone e gli scivolamenti.

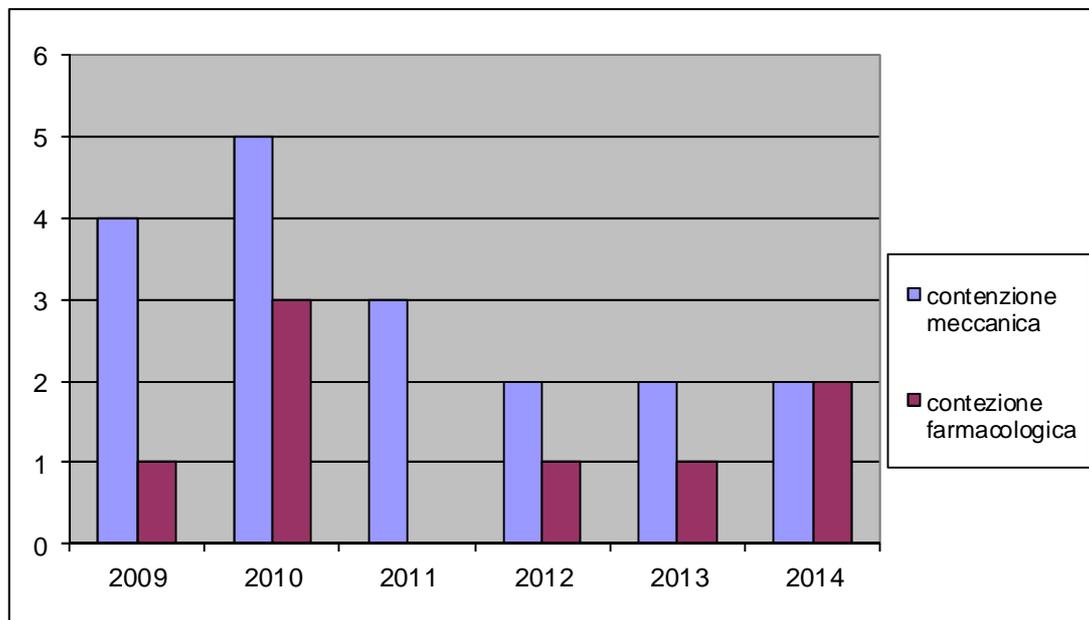




Le non conformità riscontrate nell'ambito dell'igiene e sicurezza degli alimenti sono principalmente di carattere igienico-strutturale, ma riguardano anche l'applicazione del sistema di autocontrollo HACCP, la formazione del personale di cucina e la non conformità della tracciabilità degli alimenti.



Nel periodo 2009 – 2014 è stata posta particolare attenzione alla presenza di cattive pratiche, quali il ricorso alla contenzione meccanica e farmacologica, evidenziandone la presenza in alcune situazioni.



Nei prossimi anni il progetto di monitoraggio si avvarrà di nuovi strumenti di rilevazione (check list), che definiranno indicatori quantitativi e qualitativi. Il piano di lavoro sarà particolarmente mirato al miglioramento delle criticità rilevate, che si possono riassumere nei seguenti punti critici:

- carente qualificazione professionale del personale addetto all'assistenza;
- inadeguatezza dei menù e della qualità degli alimenti;
- assenza di impianti di raffrescamento/condizionamento, con conseguente rischio per gli anziani nella stagione estiva;
- inadeguatezza strutturale delle residenze.

PROMOZIONE ALLA SALUTE

L'A.S.S. n. 1 riconosce come propria mission la promozione della salute delle persone e della comunità dell'area di riferimento territoriale cui è preposta. Per fare ciò si impegna a garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate e di alta qualità e a concorrere alla realizzazione di un sistema integrato di sicurezza sociale. Si impegna inoltre per lo sviluppo di un welfare locale e partecipato, al fine di realizzare programmi atti a sostenere i fattori di protezione e promozione della salute (sia strutturali che inerenti i comportamenti e gli stili di vita individuali) e per individuare, valutare e contrastare i principali fattori di rischio individuali e collettivi.

Il mandato del Dipartimento di Prevenzione è la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso l'applicazione di strategie di prevenzione delle malattie. Svolge un ruolo specifico nello scenario del guadagno di salute, mediante la prevenzione primaria, della diagnosi precoce, dell'igiene e assistenza sanitaria.

Strategia

Investire sul benessere dei giovani è una scelta ribadita dal Piano Nazionale della Prevenzione per il quinquennio 2014 – 2018, in quanto “è una scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che intende, in un approccio il più possibile olistico, per quella che sarà la classe attiva, lavorativa e dirigente nella società del prossimo futuro, promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza, in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo”.

Lo stesso vale per la scelta di mettere al centro degli obiettivi della prevenzione, il rafforzamento e la messa a sistema dell'attenzione ai gruppi fragili, intesa come implementazione della lotta alle disuguaglianze e come prevenzione della disabilità. In questo contesto rientrano tutti gli interventi di promozione alla salute proposti e realizzati negli anni dal gruppo di lavoro dipartimentale di promozione alla salute, che interessa personale di tutte le strutture e di tutte le professioni.

Collaborazioni

Da sempre l'Azienda Sanitaria ha mantenuto, sviluppato e avviato collaborazioni con altre realtà sanitarie e non sanitarie presenti sul territorio della provincia di Trieste, in relazione alle azioni/attività/interventi effettuati nelle scuole dei diversi gradi.

In particolare i rapporti continuano con l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno infantile Burlo Garofolo, l'Università degli Studi di Trieste, la Provincia, il Comune (in relazione allo sviluppo dei piani di zona, PDZ), la Lega Italiana Lotta Tumori (LILT), l'Associazione Trattamento AlcolDipendenze (ASTRA), l'Associazione dei Club degli alcolisti in Trattamento (ACAT), la Comunità di San Martino al Campo (Comunità di Accoglienza - onlus).

Contesto di riferimento

Nella provincia di Trieste le scuole dei diversi gradi sono gestite da due amministrazioni; in particolare, i servizi educativi per la prima infanzia (17 nidi d'infanzia e 30 scuole dell'infanzia) sono di competenza del Comune di Trieste, Area Educazione Università e Ricerca, mentre a livello Statale attraverso l'ufficio scolastico provinciale sono gestite 89 scuole (50 scuole dell'infanzia, 18 Istituti comprensivi con scuole primarie e secondarie di I°, 4 direzioni didattiche, 17 Istituti Secondari di II°). Le scuole private presenti sono 37 (rappresentate da 12 nidi d'infanzia, 15 scuole dell'infanzia, 8 scuole primarie, una scuola secondaria di I° e una scuola secondaria di II°).

La Scuola come ambito strategico

La scelta della scuola, come luogo privilegiato dove poter promuovere e sviluppare nuove strategie educative in età evolutiva, è da sempre stata determinante e significativa in quanto consente potenzialmente di impattare positivamente sugli indicatori di salute della collettività.

Nel tempo c'è stata un'evoluzione delle strategie educative e preventive in ambito scolastico, in particolare però possiamo riconoscere nel modello informativo centrato sulla figura dell'esperto una modalità molto richiesta dai docenti, in quanto la delega attribuita garantisce una partecipazione minima in termini di carico di lavoro condiviso.

La figura del referente alla salute individuato all'interno di ogni Istituto ha permesso un ampliamento della collaborazione tra le parti.

La motivazione del singolo operatore, sia esso appartenente al mondo della scuola che alla realtà sanitaria è una risorsa, ma allo stesso tempo è un vincolo, se vogliamo che la promozione della salute diventi un processo dove le realtà presenti perseguano un solo obiettivo comune, che è la salute e il benessere del singolo e della collettività. La promozione della salute è un responsabilità di tutti, tenendo conto che la sanità impatta solo per un 10 - 15 % sul processo della salute.

Da sempre gli operatori aziendali sono presenti nelle scuole dei vari ordini e gradi sui diversi temi di salute. Impegnati con diverse competenze, hanno negli anni lavorato nell'area della prevenzione, promozione ed educazione alla salute con la finalità di stimolare, far crescere, apprendere e fare propria nelle diverse fasce d'età, la dimensione del benessere psico-fisico.

La modalità degli scambi scuola-sanità avveniva attraverso reti informali/formali direttamente tra il docente interessato al tema specifico e il referente aziendale competente.

Le attività dipartimentali e aziendali

Dal 2003, il Dipartimento di Prevenzione ha definito un gruppo di lavoro interno composto da 5 assistenti sanitarie e ha individuato la necessità di garantire lo sviluppo delle funzioni educative, di ricerca, di assicurare continuità, efficacia ed efficienza ai nuovi progetti di educazione alla salute.

Il gruppo coordina lo sviluppo di un nuovo approccio di lavoro da effettuare con il mondo della scuola al fine di migliorare la comunicazione scuola-sanità. Sono coinvolte tutte le strutture aziendali che da anni lavorano con le scuole di ogni ordine e grado e viene condivisa la modalità progettuale attraverso un documento unico dell 'Azienda Sanitaria n.1 Triestina.

Dal 2006 viene individuato, all'interno del Piano Attuativo Locale l'obiettivo "Educare alla salute. Potenziare sul territorio la capacità di condividere tra le istituzioni la funzione pubblica di lavorare per il benessere della comunità, in particolare della comunità dei minori, al fine di definire linee di indirizzo comuni e condivise sulla promozione del benessere della comunità". L'obiettivo comprende la definizione di un gruppo di lavoro intraziendale con l'individuazione dei referenti delle diverse strutture aziendali, coordinato da un referente del DIP.

La riflessione del gruppo aziendale porta negli anni ad un'analisi delle criticità rilevate nel rapporto e nelle esperienze con le scuole e vengono individuate allo stesso tempo le azioni possibili capaci di favorire il miglioramento e lo sviluppo di un rapporto di responsabilità condivise e chiare, che possono diventare garanzia di un lavoro propositivo: la definizione

di linee di indirizzo dove poter individuare le priorità di salute, il coordinamento dei tavoli di lavoro esistenti, la formazione congiunta sanità-scuola, la definizione di strategie d'azione efficaci, l'impiego di risorse appropriate.

Nel 2009 la Direzione centrale salute e protezione sociale decreta il Gruppo tecnico regionale per la promozione della salute composto da: 6 referenti aziendali, un referente dell'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) del CEFORMED (Centro Formazione Medici) un esperto di PDS (Promozione della Salute), di rete HPH (Health Promotion Hospitals) della direzione centrale. Da quest'anno nel gruppo sono presenti anche i rappresentanti del mondo della scuola attraverso i referenti alla salute delle 4 province della regione FVG.

La multiprofessionalità caratterizzata da competenze e provenienze diverse rappresenta un punto fondamentale per lo scambio e confronto continuo sui temi della salute dove vengono affrontati, analizzati e condivisi modelli di buone pratiche. Uno degli obiettivi definiti dal gruppo regionale è teso a sviluppare maggiormente i rapporti con la Direzione Scolastica Regionale al fine di riuscire a condividere, attraverso protocolli d'intesa tra le parti, i piani di prevenzione regionali e il piano triennale per il benessere dello studente, consentendo lo sviluppo di buone pratiche di promozione della salute.

Nel 2009 viene presentata formalmente alle direzioni scolastiche dei diversi gradi la decisione aziendale di non presentare più l'annuale piano di promozione alla salute. Negli anni l'offerta formativa presentata attraverso il documento ha prodotto un aumento del numero delle richieste favorendo il consolidamento del modello informativo a "spot", cui consegue la non definizione di un disegno progettuale, la mancanza di indicatori di processo e di risultato, la presenza di frammentarietà relativa ad argomenti specifici della salute svincolati da un concetto più generale di salute/benessere, l'assenza di sviluppo di empowerment ed infine la NON co-progettazione tra le parti. La decisione aziendale ha quindi voluto promuovere una linea metodologica progettuale chiara, capace di garantire cambiamenti che portino verso scelte consapevoli per tutti coloro che vivono l'ambiente scuola.

L'obiettivo è quello di costruire insieme, attraverso la co-progettazione, una strategia capace di razionalizzare gli interventi sia in termini di risorse (umane, temporali, materiali, economiche) che di metodo puntando ad azioni preventive che siano, per i bambini e ragazzi del nostro territorio, le più inclusive possibili (varie fonti bibliografiche e rapporti Istisan di riferimento).

Prevale quindi la scelta di lavorare principalmente con gli adulti significativi, docenti, personale della scuola, genitori, rappresentanti della comunità territoriale, con coloro cioè

che possono diventare i facilitatori del processo educativo in quanto capaci di trasmettere i contenuti ad una programmazione didattica incentrata su attività ideate e realizzate prevalentemente dai ragazzi (formare i formatori). Viene contestualmente rivista la metodologia di offerta di iniziative ed attività alle scuole secondo criteri di buone pratiche.

Nella **mappatura dei progetti di promozione alla salute** realizzati dalle strutture dipartimentali nel periodo 2010 – 2014, in appendice al libro di struttura, sono descritte le seguenti linee progettuali:

- sistemi di sorveglianza sanitaria attiva sulla popolazione;
- alimentazione;
- stili di vita (fumo, alcol, attività motoria, dipendenze da sostanze illegali);
- incidenti stradali;
- incidenti domestici;
- zooantropologia didattica;
- pet therapy;
- formazione per la promozione alla salute;
- Life Skills;
- Disagio psichico ed esordio;
- progetti multidisciplinari, multiprofessionali, interstrutturali e interistituzionali;
- pubblicazioni.

Le linee progettuali sono distinte secondo le categorie di popolazione interessata:

- bambini 0-6 anni
- studenti 6-18 anni;
- adulti;
- anziani;
- fasce deboli;
- altri target.

Dalla lettura integrata della mappatura emerge un quadro di lavoro ricco, dettagliato, basato su evidenze di efficacia e molto impegnativo, in linea con le più accreditate fonti e raccomandazioni internazionali.

Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia (G.L.D.E.)

Coordinatore dott. Riccardo Tominz

Il gruppo è operativo dal 2000, ma nella sua attuale configurazione è stato costituito con determinazione dirigenziale n. 266 del 07/10/2009, con lo scopo di fornire supporto epidemiologico alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione ed alle altre Strutture aziendali a fini di governance e programmazione dell'attività di prevenzione e promozione alla salute.

Gli **ambiti di competenza** del Gruppo sono i seguenti:

1. sorveglianza epidemiologica, al fine di fornire informazioni adeguate e tempestive circa l'andamento temporale e spaziale dello stato di salute della popolazione, funzionali alle attività di programmazione, monitoraggio e valutazione aziendali;
2. valutazione di interventi organizzati di prevenzione primaria e secondaria in collegamento con le strutture aziendali d'interesse e le strutture regionali e nazionali di riferimento;
3. effettuazione di analisi statistiche epidemiologiche a supporto delle attività Direzionali del Dipartimento di Prevenzione e dell'Azienda;
4. supporto tecnico e scientifico alle attività di Epidemiologia Ambientale del Dipartimento di Prevenzione;
5. supporto tecnico e scientifico per le attività di epidemiologia e ricerca del Dipartimento di Prevenzione e delle altre Strutture aziendali;
6. collegamento con le corrispondenti strutture epidemiologiche nazionali e regionali, anche per l'attuazione di studi e ricerche multicentriche;
7. Attività di formazione.

Il nucleo del Gruppo è formato da un medico epidemiologo, in staff alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione, un medico igienista, incardinato nella SCISPPA ed un amministrativo esperto in statistica. La sede è quella del Dipartimento di Prevenzione, in via de' Ralli 3 a Trieste.

Contatti:

dott. Riccardo Tominz, tel. 040 399 7484, mail riccardo.tominz@ass1.sanita.fvg.it

dott.ssa Carmela Daniela Germano, tel. 040 399 7510, mail

daniela.germano@ass1.sanita.fvg.it

sig. Matteo Bovenzi, tel. 040 399 7565, mail matteo.bovenzi@ass1.sanita.fvg.it

fax della Direzione del DiP 040 399 7431

Principali indagini svolte dal gruppo:

A. AMBIENTE UMANO

a. Inquinamento atmosferico

i. Studio GEA

Lo studio, definito per serie temporali, è consistito nell'associare statisticamente le concentrazioni giornaliere degli inquinanti dell'aria, con i decessi per cause totali, respiratorie e cardiovascolari e con i ricoveri per cause cardiache, respiratorie e cerebrovascolari, avvenuti in concomitanza per tutta la popolazione del Comune di Trieste nell'arco dei tre anni considerati (1° luglio 2001 – 30 giugno 2004). Sono stati così acquisiti, verificati, validati, elaborati e associati centinaia di migliaia di dati ambientali a fronte di altre centinaia di migliaia di dati sanitari. Riassumendo, gli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico, a Trieste, sembrano estrinsecarsi soprattutto come ricoveri, a carico di soggetti anziani e nel periodo invernale. In particolar modo va ricordato il ruolo del NO₂, che si esplica sia sui ricoveri respiratori che su quelli cerebrovascolari e quello del PM₁₀ sui soli ricoveri respiratori. Il primo di questi inquinanti denuncia infatti un trend in crescita, mentre per il PM₁₀, pur in presenza di un trend in lieve discesa, si resta ancora a livelli troppo alti rispetto a quanto previsto dalla normativa Europea.

Il lavoro è stato pubblicato sotto forma di quaderno dall'ASS 1.

ii. MISA 2 (Metanalisi Italiana degli Studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento Atmosferico)

La metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico per il periodo 1996-2002 (MISA-2) è uno studio pianificato su 15 città italiane, tra cui Trieste, per un totale di 9 milioni e centomila abitanti al censimento 2001. Dati sugli esiti sanitari.

E' stata considerata la mortalità per tutte le cause naturali , per cause respiratorie e per cause cardiovascolari, raccolta tramite i Registri di Mortalità regionali o delle Aziende sanitarie, ed i ricoveri ospedalieri non programmati per cause respiratorie (278028 ricoveri), cardiache (455540) e cerebrovascolari (60960) selezionati tramite una procedura uniforme a partire dagli archivi regionali o delle aziende ospedaliere (le percentuali di esclusioni oscillano sul totale dei ricoveri dal 45% all'82%). Per ogni città si hanno in media serie giornaliere di 4.3 anni, con un minimo di tre anni consecutivi. Le serie delle concentrazioni giornaliere degli inquinanti (SO₂, NO₂, CO, PM₁₀, O₃) provengono dalle reti di monitoraggio della qualità dell'aria urbana delle Agenzie regionali per la protezione ambientale, dalle Province o dai Comuni interessati. La selezione dei monitor è stata condotta da un gruppo di lavoro comprendente i responsabili delle reti secondo criteri di rappresentatività dell'esposizione della popolazione generale a ogni specifico inquinante, privilegiando stazioni di monitoraggio non a bordo di strade a elevato traffico; garantendo un numero di centraline per ogni città ed inquinante intorno a 3-4 e considerando la continuità delle misurazioni nel periodo considerato (almeno il 75% di dati orari validi). Gli effetti degli inquinanti sono espressi come variazioni percentuali di mortalità o ricovero ospedaliero per incrementi di 10 µg/m³ per SO₂ NO₂ e PM₁₀, e di 1 mg/m³ per il CO. Si è osservato un aumento della mortalità giornaliera per tutte le cause naturali collegato ad incrementi della concentrazione degli inquinanti atmosferici studiati (in particolare NO₂ 0.6% 95%ICr 0.3,0.9; CO 1.2% 0.6,1.7 ; PM₁₀ 0.31% -0.2,0.7). Tale rilievo riguarda anche la mortalità per cause cardiorespiratorie e la ricoverabilità per malattie cardiache e respiratorie. Non vi sono differenze per genere. Vi è una debole evidenza che vi siano effetti maggiori nelle classi di età estreme (tra 0-24 mesi e sopra gli 85 anni; per la mortalità per tutte le cause PM₁₀ 0.39% ICr95% 0.0,0.8). Vi è una forte evidenza che, per ciascuno degli inquinanti, le variazioni percentuali di mortalità e ricoveri ospedalieri siano più elevate nella stagione calda (per la mortalità generale PM₁₀ 1.95% ICr95% 0.6,3.3). Le associazioni tra concentrazioni ambientali di inquinanti ed effetti sanitari in studio si manifestano con un ritardo variabile a seconda dell'inquinante e dell'esito

considerato. Per la mortalità, l'aumento di rischio si manifesta entro pochi giorni dal picco di inquinamento (due giorni per il PM10, fino a quattro giorni per NO2 e CO). L'anticipazione del decesso è contenuta e si verifica entro due settimane. L'effetto cumulativo a quindici giorni mostra rischi maggiori per le cause respiratorie (PM10 1.65 IC95% 0.3,3.0). L'impatto "complessivo" sulla mortalità per tutte le cause naturali è compreso tra l'1.4% ed il 4.1% per gli inquinanti gassosi (NO2 e CO). Molto più imprecisa è la valutazione per il PM10, date le differenze delle stime di effetto tra le città in studio (0.1% ; 3.3%). I limiti fissati dalle direttive europee per il 2010 avrebbero contribuito se applicati a risparmiare circa 900 decessi (1.4%) per il PM10 e 1400 decessi per l'NO2 (1.7%) nell'insieme delle città considerate, usando le stime città specifiche a posteriori

Lavori scientifici correlati a MISA-2 sono:

Inquinamento atmosferico ed eventi sanitari: dopo il MISA-2 un modello specifico per Trieste. Casetta A., Bovenzi M., Daris F., Mazzoleni B., Michieletto F., Tominz R., Piscanc A., Nedoclan G., Barbone F., Bovenzi M. Poster segnalato. Atti del XXX Congresso Italiano di Epidemiologia, Palermo 4/6 ottobre 2006.

"Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico Biggeri A, Bellini P, Terracini B. *Epidemiol Prev.* 2004 Jul-Oct;28(4-5 Suppl):4-100.

Stima dei potenziali benefici sanitari della riduzione dell'inquinamento atmosferico da PM 10 nella città di Trieste. R. Tominz, B. Mazzoleni, F. Daris. *Epidemiol Prev.* 2005 May-Aug;29(3-4):149-55.

iii. EpiAir2

Il Dipartimento di Prevenzione dell'Ass1 Triestina, l'Università di Udine e l'ARPA FVG hanno partecipato, assieme a istituti scientifici di altre 24 città, allo studio EpiAir2, che ha coinvolto 25 città italiane, compreso il comune di Trieste, per il quale sono stati considerati dati di inquinamento e sanitari relativi agli anni tra il 2006 e il 2010.

Tre in particolare gli inquinanti analizzati nel corso del progetto: il PM10, il biossido di azoto e l'ozono. Trieste evidenzia per il PM10 dati inferiori alla media nazionale, dati in linea con la media nazionale per quanto

riguarda l'ozono, e dati superiori alla media nazionale per quanto riguarda le emissioni di biossido di azoto.

PM10 – Per quanto riguarda questo inquinante, Trieste risulta essere, in assoluto, la città compresa nello studio che possiede i valori inferiori di PM10 (media annuale di 23 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ contro il limite di legge di 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). Inoltre Trieste è una delle sei città per le quali, nel periodo considerato, non sono stati osservati superamenti del valore limite di 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ per più di 35 volte all'anno. Va tenuto però presente – spiegano i ricercatori – che si tratta di un “dato medio”, rilevato in una città con zone che presentano grandi variabilità e criticità che non possono essere valutate con studi di questo tipo.

NO2 – In relazione alla presenza del biossido di azoto, Trieste risulta invece fra le città con i valori di concentrazione più elevati, con medie sul periodo 2006 - 2010 di 64 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (contro il limite annuale di 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) davanti alle maggiori città italiane, Milano, Torino, Roma e Napoli. Inoltre, diversamente dalla tendenza generale rilevata dallo studio, non si nota a Trieste un decremento di questo inquinante.

O3 – Il terzo inquinante analizzato è l'ozono: la media annuale dell'O3 è risultata pari a 102 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, in linea con quanto mostrato dalle altre città analizzate.

Lo studio EpiAir2 non ha presentato risultati a livello nazionale relativamente all'inquinamento da anidride solforosa (SO2), parametro legato a fonti marittime ed industriali. Questo inquinante sarà oggetto di valutazione in uno studio sulle città portuali che coinvolgerà anche Trieste.

Il lavoro ha riguardato gli effetti sanitari a breve termine di questi inquinanti sulla salute umana. Per effetti a breve termine si intendono quelli che insorgono nelle persone entro cinque giorni dai picchi giornalieri di inquinamento: questo tipo di analisi ha implicato l'utilizzo delle cartelle sanitarie delle persone che vivono nelle città coinvolte nello studio. L'aver considerato 25 città ha permesso di ottenere – rispetto a studi locali – dati molto più stabili e consistenti. In linea generale, dallo studio emerge che gli effetti sono, per tutti e tre gli inquinanti, inferiori a quanto precedentemente stimato (studio EpiAir1, 2001 – 2005). Gli effetti

maggiori sono quelli attribuibili al biossido di azoto, mentre quelli attribuibili all'ozono risultano molto dimensionati.

Lo studio evidenzia un aumento sulla mortalità naturale nei cinque giorni a seguito di un picco di inquinamento; sono stati analizzati oltre 400mila decessi avvenuti in 23 delle 25 città coinvolte nello studio, e oltre 2 milioni di ricoveri ospedalieri. Per quanto riguarda il PM10, lo studio evidenzia un aumento dello 0,47% per incrementi di 10 µg/m³.

Nell'insieme delle città esaminate dallo studio EpiAir2 i decessi attribuibili agli effetti a breve termine delle concentrazioni di PM10 superiori a 20 µg/m³ sono lo 0,9% della mortalità per cause naturali, percentuale che a Trieste scende allo 0,18%, con 4,8 morti all'anno (su una media annuale, nel periodo considerato, di 2.569 decessi).

Le stime d'effetto dell'NO₂ sulla mortalità sono risultate più importanti rispetto a quelle del particolato, omogenee tra le città ed indipendenti da quelle del particolato, tanto che a livello nazionale per incremento di 10 µg/m³ di NO₂ si è notato un aumento del numero di morti naturali pari all'1,10%, con un effetto ritardato fino a 5 giorni dopo il picco di inquinamento. Considerando le elevate concentrazioni medie annue di NO₂ nella nostra città, si può dedurre che questo inquinante contribuisca in misura maggiore rispetto alle polveri sottili. L'ozono ha mostrato una riduzione marcata rispetto al 2001 – 2005 per gli effetti a breve termine sia sulla mortalità sia sui ricoveri ospedalieri. Una spiegazione possibile va ricercata nelle campagne di sensibilizzazione attive durante le ondate di calore, e all'incremento, negli ultimi anni, dell'utilizzo di impianti di condizionamento.

Il gruppo di lavoro EpiAir2 ha analizzato gli effetti a breve termine dell'esposizione agli inquinanti correlati a patologie cardiovascolari e respiratorie, confermando che vi è una correlazione tra i picchi di PM10 e di NO₂ e i ricoveri ospedalieri per queste patologie. La valutazione sistematica del rapporto tra inquinanti ambientali e ricoveri ospedalieri ha confermato il perdurare nella realtà italiana di un impatto notevole dell'inquinamento atmosferico sulla morbosità cardiaca per cause ischemiche e per scompenso cardiaco, e sulla morbosità respiratoria, in particolare sulla patologia asmatica. Sono colpiti in modo particolare i bambini (fascia di età 0-14 anni) ma Trieste, a causa del ridotto numero

di ricoveri in questa fascia d'età, non ha potuto contribuire direttamente a questa parte dello studio.

Le città italiane hanno livelli di inquinamento atmosferico superiori a quelli di molte città europee, ed il traffico veicolare contribuisce in maniera rilevante alle emissioni dei principali inquinanti atmosferici in ambiente urbano. In particolare l'anzianità del parco auto (percentuale di vetture con standard Euro 2 o inferiore rispetto al totale delle vetture) indica che, nel 2010, nella maggior parte delle città considerate circa 1/3 delle vetture rispondeva ancora agli standard emissivi più inquinanti. Trieste con il suo 38% era superata solo da Napoli, Palermo e Taranto. Rispetto al 2006, nella maggior parte delle città (Trieste compresa) si è avuta una riduzione consistente delle vetture con standard emissivi più inquinanti (tra il -30% e il -40%). La consistenza del parco autobus ha presentato una riduzione in tutte le città che, in molti casi, ha interessato più di 1/3 del numero di vetture disponibili. Nel 2010 a Trieste l'86% degli autobus rispondeva agli standard emissivi più recenti (Euro 3) contro una media nazionale del 37%.

In conclusione lo studio EpiAir2 mostra, per Trieste, un controllo soddisfacente delle PM10 (alle quali sono comunque associati 5 morti/anno) e la criticità dell'NO2 (sia come valori che come tendenza). Emerge la necessità di applicare disegni di studio alternativi per la stima dell'esposizione in aree eterogenee (come quelle portuali e industriali) e ad

altri inquinanti come l'SO2, per una valutazione più completa del rischio per la salute. Limitatamente agli inquinanti considerati, vista anche la ripartizione delle fonti, lo studio fornisce elementi utili alla definizione delle priorità degli interventi. Va ribadita la necessità di un impegno attivo da parte delle istituzioni e dei cittadini per una mobilità sostenibile, con ricadute non solo in termini di inquinamento dell'aria e più in generale di tutte le matrici

ambientali, ma anche di riduzione degli incidenti stradali e di aumento dell'attività fisica.

I risultati sono stati presentati l'8 aprile nel corso di una Conferenza stampa presso la Direzione Generale di ASS 1. Di seguito gli articoli

scientifici (alla cui stesura ha partecipato anche ASS 1) con i risultati dello studio:

Ennio Cadum E, Forastiere F. Presentazione del progetto EpiAir e guida alla lettura degli articoli Epidemiol Prev 2013; 37 (4-5): 206-208

Gandini M, Berti G, Cattani G et al. Indicatori ambientali nello studio EpiAir2: i dati di qualità dell'aria per la sorveglianza epidemiologica. Epidemiol Prev 2013;37(4-5):209-19.

Alessandrini ER, Faustini A, Chiusolo M et al. Inquinamento atmosferico e mortalità in venticinque città italiane: risultati del progetto EpiAir2. Epidemiol Prev 2013;37(4-5):220-9.

Scarinzi C, Alessandrini ER, Chiusolo M et al. Inquinamento atmosferico e ricoveri ospedalieri urgenti in 25 città italiane: risultati del progetto EpiAir2. Epidemiol Prev 2013;37(4-5):230-41.

Baccini M, Biggeri A. Impatto a breve termine dell'inquinamento dell'aria nelle città coperte dalla sorveglianza epidemiologica EpiAir2. Epidemiol Prev 2013;37(4-5):252-62.

iv. Città portuali

A seguito dello studio EpiAir2 è stata proposta la valutazione degli effetti nelle città portuali, caratterizzate dalle emissioni delle grandi navi, in particolare per le polveri e l'NO₂. Il 7 maggio 2014 si è tenuta a questo proposito una riunione cui hanno partecipato fra gli altri il prof. Fabio Barbone (Direttore della SOC Igiene ed Epidemiologia Clinica dell'Università degli Studi di Udine) ed il dott. Ennio Cadum (Dirigente del Centro Regionale per l'epidemiologia e la salute ambientale di ARPA Piemonte)

b. Aspetti territoriali

i. Inquinamento e tumori

Lo stato dell'arte delle conoscenze sull'impatto dell'inquinamento atmosferico sulla patologia tumorale a Trieste è stato delineato nel corso di COME STA TRIESTE? Prima Conferenza sulla salute della città. Ambiente, abitudini di vita, prevenzione. Realtà e prospettive, svolta a Trieste il 26 maggio 2012.

Sull'argomento il Gruppo ha pubblicato i seguenti lavori:

Epidemiologia geografica dei tumori del connettivo a Trieste (1995-2005)
Germano D, Tominz R, Bovenzi M, Casetta A Annali di Igiene Volume
23 - Anno 2011 - Numero 4

L'esposizione alle diossine è correlata con l'insorgenza di diversi tipi di neoplasie. A Trieste, dove è localizzato un sito inquinato di interesse nazionale, si registra un tasso di incidenza di neoplasie maggiore rispetto a quello delle restanti zone della regione Friuli Venezia Giulia. Mediante l'utilizzo della "main residence" è stato possibile disegnare una mappa della diffusione dei tumori del connettivo (ICD-IX 171), al fine di identificare possibili cluster ed eventuali gradienti di densità di incidenza. I dati a disposizione non mostrano differenze statisticamente significative fra il numero dei casi osservati e quello degli attesi sulla base delle medie pooled del Nord Italia. Non è stata pertanto evidenziata una correlazione fra la residenza nelle aree a supposta contaminazione ambientale ed i tassi di incidenza dei tumori dei tessuti molli.

Utilizzo della "main residence" per una mappatura dell'incidenza di tumori. Tominz R, Germano CD, Bovenzi M ATTI della XII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Roma, 12-15 ottobre 2011.

La disponibilità di informazioni da numerosi registri, fra cui quelli tumori, ha portato ad un aumento di domanda, da parte della popolazione, di studi su possibili cluster di malattia in relazione a sorgenti di inquinamento. Le mappature fornite dalle istituzioni assegnano i casi ad una certa area sulla base della residenza al momento della diagnosi, ignorando la finestra temporale effettivamente correlata all'etiologia della malattia. In assenza di disponibilità di sistemi informatici specifici (GIS), la storia residenziale dei residenti può essere ricavata dagli archivi delle anagrafi comunali. I casi possono poi essere assegnati ad aree amministrative per le quali siano disponibili dati demografici che rendano possibile il calcolo di tassi. La fattibilità della metodologia è stata testata in occasione della redazione di una mappa dei tumori del tessuto connettivo a Trieste. I criteri per la definizione di caso sono stati l'iscrizione al Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia con diagnosi ICD IX 171 e la residenza nel comune di Trieste per almeno un anno in qualunque periodo compreso fra 30 e 10 anni prima della diagnosi. Sono stati così identificati 82 casi, per ciascuno dei quali è stata ricostruita la

storia residenziale a partire dal 1965 ed è stata assegnata una “main residence” (l’indirizzo dove ha risieduto più a lungo prima dell’insorgenza del tumore). La durata della residenza così definita ha range da 2 a 20 anni, con 25°, 50° e 75° percentile rispettivamente di 12, 19 e 20 anni. Ciascun caso è stato quindi assegnato ad una delle 12 circoscrizioni amministrative utilizzando il sistema IGIS GEO BROWSER del comune di Trieste. Quale denominatore è stata utilizzata la popolazione cumulativa del periodo considerato (1995-2005). I confronti interni fra le diverse aree hanno evidenziato un eccesso di rischio per i residenti di due circoscrizioni rispetto a quella scelta come confronto (RR=3,5; CI=1,1-12,9; p 0,030 e RR=3,1; CI=1,1-10,8; p 0,035). Quest’ultima si trova in una posizione diametralmente opposta a quella di un sito inquinato, ed in un caso l’eccesso di rischio è compatibile la vicinanza a detto sito. I dati forniti dai registri tumori, incrociati con quelli delle anagrafi comunali, permettono di fotografare con accuratezza le situazioni locali, ma la mole di lavoro necessario, in assenza di informatizzazione degli archivi, limita le indagini a patologie a bassa incidenza. Restano molti dei bias degli studi ecologici, ma il risultato potrebbe essere migliorato considerando un indice di deprivazione calcolato sulla base dei dati di censimento, essendo per lo più le suddivisioni censuarie sovrapponibili a quelle amministrative.

Distribuzione dei tumori nei distretti sanitari di Trieste con particolare riguardo all’inquinamento da diossine, Tominz R.; Germano D.; Mustacchi G.; Bovenzi M. XXXII convegno dell’Associazione Italiana di Epidemiologia “Epidemiologia per la prevenzione” (2008).

Introduzione. Nell’uomo, a seguito dell’esposizione a sostanze diossino-simile, sono stati riscontrati effetti avversi sia di tipo cancerogeno che di tipo non cancerogeno. Studi a lungo termine, eseguiti sulla popolazione esposta al disastro ambientale di Seveso, hanno dimostrato un incremento di mortalità fra i maschi per tutti i cancri e per il cancro del retto e, in entrambi i generi, un eccesso di neoplasie linfomatopoietiche, con un aumento di linfomi Hodgkin e non Hodgkin e di leucemia mieloide. Studi recenti evidenziano rischi aumentati di sarcoma nella popolazione di ambo i sessi che ha vissuto più lungo nelle zone con maggior esposizione e, più in generale, di CA del tessuto connettivo e

dei tessuti molli, nonché globalmente nel genere femminile. Il presente studio nasce dalla domanda sui possibili effetti degli insediamenti industriali siti all'interno dell'area urbana della città di Trieste, ricompresi nell'ambito del terzo Distretto Sanitario, sulla salute dei residenti. La provincia di Trieste conta 246.000 abitanti, ed il 60% del suo territorio è composto dall'area urbana della città capoluogo. Complessivamente vi sono 4 distretti sanitari, ciascuno dei quali ha un bacino di utenza di circa 60.000 abitanti. Obiettivi. Descrivere l'incidenza della patologia tumorale nella popolazione del terzo Distretto Sanitario di Trieste, confrontandola con quelle registrate negli altri distretti della provincia, al fine di evidenziare eventuali variazioni con particolare riguardo all'inquinamento ambientale da diossine e da idrocarburi policiclici aromatici. Metodi. Tutti i dati analizzati sono stati ricavati dal Sistema Informativo Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia. Dal Registro Tumori si è ottenuto il numero assoluto dei casi incidenti relativo alle annate disponibili (dal 1995 al 2003). Tale operazione è stata eseguita per i quattro distretti della provincia di Trieste e per ciascuna delle quattro province della regione. Per ciascuno degli ambiti geografici indagati è stata calcolata la popolazione cumulativa dei 9 anni in studio. La frequenza assoluta dei casi incidenti per classe di età e per genere è stata ottenuta dalla somma delle singole frequenze annue. Sono stati quindi calcolati i tassi di incidenza specifici per classi quinquennali di età, che sono stati standardizzati (metodo diretto) utilizzando come riferimento la popolazione del Friuli-Venezia Giulia cumulativa dei 9 anni considerati. Risultati. La popolazione del Distretto 3 presenta, per quanto concerne la componente maschile, un'incidenza globale di neoplasie sovrapponibile a quella del resto della provincia. Incidenze superiori al resto della provincia si registrano limitatamente a mesoteliomi, tumori dell'esofago e tumori del labbro ($p < 0,05$), che rappresentano complessivamente il 4% dei tumori nei maschi. Per le femmine si evidenzia addirittura un'incidenza minore rispetto a quella del resto della provincia ($p < 0,01$). Considerando le singole diagnosi, l'unica per la quale tale riduzione risulta statisticamente significativa è la neoplasia della mammella (RR: 0,85, $p < 0,01$). Da notare come per il Distretto 3, sia fra i maschi che fra le femmine, l'incidenza di neoplasie classificate come non

specificati appaia inferiore a quella registrata nel resto della provincia ($p < 0,05$). Conclusioni. Nel Distretto 3 non si è evidenziato un eccesso di rischio rispetto al resto della popolazione della provincia di Trieste, né globalmente né tanto meno correlabile ad esposizione a diossine e/o idrocarburi policiclici aromatici. La sostanziale uniformità rilevata fra i quattro distretti e le maggiori incidenze registrate globalmente a Trieste rispetto al resto della regione rendono necessari confronti con altre realtà nazionali simili alla nostra (aree metropolitane con vicinanza di zone industriali e con alti volumi di traffico) e studi che possano valutare la situazione in aree anche di dimensioni inferiori a quelle dei distretti sanitari tenendo conto di possibili confondenti o di indici di deprivazione.

ii. Supporto tecnico al Comune di Trieste

A seguito della Conferenza di cui al punto precedente il gruppo fornisce un costante supporto tecnico al Comune di Trieste in tema di Ambiente e Salute, come definito dall'*Atto di indirizzo di giunta sulle azioni per migliorare le condizioni ambientali della Città di Trieste* del 26 giugno 2013, con particolare riguardo alla valutazione dell'estensione geografica dell'esposizione a inquinanti, al rischio per la popolazione, compresa la riduzione dello stato di benessere, dovuto alle attività produttive, di trasporto e di servizio.

iii. Tavolo per la Prevenzione Ambientale

Il Gruppo partecipa, con il suo coordinatore, al gruppo tecnico multidisciplinare previsto dal Comune di Trieste con l'atto di cui al punto precedente, mirato a garantire una reale capacità di intervento in situazioni critiche (odori, rumori, fumi, polveri) e per la valutazione del rischio per la popolazione.

Il Tavolo si è costituito il 13 marzo 2014, e si è riunito tre volte avendo sempre come oggetto l'impatto su ambiente e salute delle emissioni della Ferriera di Servola. È composto da rappresentanti designati di ASS 1, dall'ARPA-FVG, dal Comune di Trieste, dalla Provincia di Trieste, dall'Università degli Studi di Trieste e dalla Direzione Centrale Ambiente ed Energia della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, cui è stato affidato il coordinamento dello stesso.

iv. Indicatori di stress e inquinamento industriale. Analisi di una situazione di forte insediamento produttivo

Nell'ambito degli impegni presi come "Supporto tecnico al Comune di Trieste" si è stabilito di effettuare un'indagine epidemiologica mirata a rilevare lo stato di salute della popolazione che vive a Servola basata sulla valutazione della relazione stress-strain conseguente all'inquinamento ambientale. L'Azienda per i Servizi Sanitari ha predisposto pertanto, in collaborazione con l'Università di Trieste, un progetto di studio, che le istituzioni partecipanti alla Conferenza hanno ritenuto prioritario. Obiettivi:

Studiare la distribuzione di un pool di indicatori di qualità della vita in due popolazioni con diversa esposizione a inquinamento industriale.

Studiare le differenze tra le due popolazioni nella qualità della vita in relazione a diverse pressioni stressogene da inquinamento industriale, evidenziate anche attraverso indicatori di qualità percepita dell'ambiente urbano.

Valutare eventuali associazioni fra gli indicatori dei due punti precedenti e misure di stress ossidativo cellulare.

Sono in corso le procedure per la stipula delle necessarie convenzioni.

- v. Monitoraggio biologico della popolazione scolastica (bambini e lavoratori di scuole primarie in provincia di Trieste) per la stima dell'esposizione a inquinanti atmosferici.

In risposta alle domande dei cittadini di Trieste circa potenziali effetti sulla salute di inquinanti dell'aria, considerato il ruolo svolto dalla "Ferriera di Servola" (sia in termini oggettivi che di percezione) in tema di inquinanti aerodispersi, tenuto conto che nel 2014 la principale attività svolta da tale stabilimento è la produzione di coke, visto l'andamento storico dei principali inquinanti come segnalato da ARPA-FVG, è stato redatto il progetto di uno studio che si propone di indagare la presenza di indicatori di esposizione a Idrocarburi Policiclici Aromatici e di marcatori di stress ossidativo in un campione di lavoratori e di alunni di una scuola primaria nelle immediate vicinanze dell'area industriale, residenti però in zone a basso livello di inquinamento. Lo studio vuole indagare questo campione all'inizio ed alla fine della settimana lavorativa, per misurare l'accumulo di inquinanti nel corso della medesima ed i loro iniziali effetti sull'organismo in funzione della specifica permanenza nell'area perindustriale.

vi. La Sanità pubblica nella la gestione urgente di emergenze ambientali
Martedì 23 settembre 2014 il Gruppo ha organizzato un evento formativo con questo titolo, per la formazione del personale del DiP sulle tematiche ambientali con possibile impatto sulla salute della popolazione, con particolare riguardo agli operatori che effettuano la pronta disponibilità igienistica. In sede di progettazione era stato richiesto, da parte dei referenti per la formazione, di programmare un evento di Area Vasta, coinvolgendo l'A.S.S. 2 Isontina. Docenti del corso il dott. Ennio Cadum (ARPA Piemonte), gli ing. Diaferio e Sancin (VVF Gorizia e Trieste), l'ing. Sturzi (ARPA FVG), i dott. Patussi e Tominz (ASS 1). Il lavoro dei 52 partecipanti (Aziende Sanitarie e ARPA della regione) ha portato all'attenzione dei docenti, nel corso della tavola rotonda finale, una serie di criticità, individuando possibili soluzioni, considerato anche quanto presente in altre realtà nazionali (Lombardia, Piemonte, Liguria, Toscana, ecc.):

formazione del personale (corsi ed aggiornamento professionale continuo);

definizione di protocolli e linee guida di buona pratica interni alle Aziende sanitarie

definizione di protocolli validati con altri Enti.

ARPA e VVF hanno dichiarato il loro interesse a collaborare in tal senso.

vii. Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS)

Dal 2012 il gruppo partecipa ai lavori del Tavolo regionale VIS.

La Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) è un innovativo strumento multidisciplinare di specifica applicazione nella valutazione delle problematiche sulla Salute Umana nel contesto delle decisioni che devono essere prese in merito allo sviluppo di un territorio in relazione a progetti, piani o programmi di sviluppo e l'Organizzazione Mondiale della Salute, già nel 1999, la definiva: "Una combinazione di procedure, metodi, e strumenti per mezzo dei quali una politica un piano o un progetto possono essere giudicati sui loro potenziali effetti sulla salute di una popolazione e sulla distribuzione di questi effetti all'interno della popolazione stessa". Con l'obiettivo di concorrere a decisioni basate su conoscenze consolidate e condivise, in modo tale che le politiche pubbliche possano garantire con tempestività la sostenibilità ambientale

ovvero il benessere complessivo degli individui e delle comunità, si ritiene che il suddetto percorso multidisciplinare costituisca un notevole passo avanti rispetto alla metodologia correntemente adottata. Tale metodologia, infatti, è basata sul confronto tra gli impatti di un progetto sulle determinanti della salute umana con i valori limiti tabellari stabiliti dalla normativa o con altri standard riconosciuti a livello internazionale. Questo, implicitamente, significa assumere che i mutamenti ambientali potenzialmente indotti da un “progetto” non abbiano alcun effetto sulla salute umana quando i valori limiti non vengono superati. In tale senso, emerge chiara la limitante tendenza ad evidenziare esclusivamente gli impatti negativi dello sviluppo sulla salute umana, trascurando quelli positivi (spesso non immediatamente evidenti ma non per questo meno significativi) con la conseguenza che il supporto alla decisione fornito da questa metodologia appare pregiudizialmente orientato in senso negativo. Inoltre, è opportuno considerare che i valori limite di riferimento sono semplicemente l'espressione del livello del parametro come limite inaccettabile di “disturbo” sulla salute umana e che generalmente i medesimi tendono ad essere modificati con significativo ritardo rispetto allo stato di avanzamento delle conoscenze. Sulla base di quanto sopra esposto, si ritiene che lo strumento di supporto decisionale “VIS” consideri in modo più ampio le determinanti sulla salute (ambiente fisico, ambiente socio-economico, biologia, chimica, stile di vita, accesso ai servizi sanitari) e gli impatti positivi o negativi dell'oggetto della valutazione su queste determinanti. A conferma di quanto espresso, si pone in evidenza che molti degli impatti considerati dalla VIS non sono oggetto di specifiche normative e possono non apparire evidenti alla prima lettura di un progetto, piano o programma di sviluppo. Di conseguenza tendono ad essere ingiustamente trascurati dalla valutazione a spese della qualità di quest'ultima. In sintesi, la VIS non costituisce un semplice confronto con i valori limite ma un'accurata disamina degli impatti della decisione sulla salute umana (positivi o negativi, di breve, medio o lungo periodo, normati o meno) funzionale all'elaborazione di raccomandazioni che rafforzano gli effetti positivi sulla salute umana minimizzando quelli negativi. Non meno importante caratteristica della VIS è quella di porre particolare attenzione alla

distribuzione degli “impatti sulla salute” di un progetto, piano o programma di sviluppo, all’interno della popolazione in particolare tra i gruppi più vulnerabili (bambini, anziani, emarginati etc.). Questa maggiore obiettività dello strumento innovativo multidisciplinare rispetto all’approccio ad oggi predominante, comporta un miglioramento della qualità del supporto decisionale a tutto vantaggio dei progetti più validi. Quanto sopra considerato, in orientamento con le applicazioni già avviate in diverse Regioni Italiane quali Emilia Romagna, Lombardia, Abruzzo e Toscana, si è ritenuto di assumere come linea guida il programma VIS.pa (VIS per la Pubblica Amministrazione) elaborato nell’ambito del progetto “Monitor” dal Centro Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie del Ministero della Salute. La prima occasione di utilizzo di questo strumento in provincia di Trieste sarà l’Autorizzazione Integrata Ambientale per Siderurgica Triestina SRL.

- viii. Valutazione dell’effetto delle temperature e degli inquinanti sul rischio di nascere pretermine in cinque città italiane.

I risultati preliminari di questo lavoro saranno presentati alla SLLS International Conference: Lives in Translation: Life Course Research and Social Policies, che si terrà a Losanna dal 9 all’11 Ottobre 2014. Le nascite pretermine (Preterm Births, PB) rappresentano circa il 10% delle nascite totali e la prima causa di mortalità e morbidità perinatale nei paesi sviluppati. Il Gruppo ha partecipato alla valutazione dell’associazione tra esposizione a breve termine ad alta temperatura e l’inquinamento dell’aria sui fattori di rischio materni PB, tenendo conto della suscettibilità individuale. Sono stati analizzati i dati relativi a tutti i nati vivi (parti non gemellari) nella stagione calda (Aprile-Ottobre) in 6 città italiane (Roma, Bologna, Trieste, Venezia, Torino e Palermo), dal 2001 al 2010. Le nascite sono state identificate attraverso il Certificato di Assistenza al Parto, che riporta le notizie circa il parto e le condizioni del bambino. Attraverso un record linkage anonimo con il sistema informativo ospedaliero abbiamo ottenuto informazioni sulle condizioni cliniche delle madri al momento del parto e nei due anni precedenti e, tramite collegamento con le anagrafiche sanitarie, è stata accertata la residenza della donna al momento del parto. Sono state definite pretermine le nascite dalla 22° alla 36a settimana di gestazione. Le variabili climatiche

analizzate sono state Temperatura apparente massima (TAM), PM10, O3 e NO2. Sono stati arruolati 156.796 nuovi nati, dei quali 7.632 (4,9%) pretermine. L'associazione con la MAT era eterogenea tra le città, con una variazione % per 1 ° C di aumento della TAM del + 1,87% (95% CI 0,86-2,87; lag 0-2) a Roma e di 10,7 (IC 95% 0,69-21,81; lag 0-3) a Venezia. Nessun effetto nelle altre città, fra cui Trieste. Abbiamo rilevato un aumento percentuale dello 0,69% dei parti pretermine (lag 12-22; 95% CI 0,23-1,15) per 1 mg aumento / m3 di PM10 a Roma, mentre nessun effetto di inquinanti nelle altre città. A Roma abbiamo osservato un più alto rischio di parto pretermine per alta TAM nelle donne con una malattia cronica e per le madri di età inferiore a 20 anni. Sempre a Roma la nascita pretermine era associata ad alti livelli di PM10 nelle donne con patologie ostetriche e con istruzione superiore. L'utilizzo di database amministrativi ha permesso di ottenere facilmente un potere statistico elevato, necessario per rilevare un basso rischio individuale, e per analizzare le caratteristiche di livello individuali, in uno studio multicentrico. E' in corso la metanalisi che permetterà di utilizzare complessivamente i dati di tutte e 6 le città.

ix. Relazione sullo stato di salute dei cittadini nel Comune di San Dorligo della Valle / Dolina

Facendo seguito ad una richiesta del Sindaco del Comune di Dolina (dd. 31 maggio 2013) è stata prodotta una *Relazione sullo stato di salute dei cittadini nel Comune di San Dorligo della Valle / Dolina*. Non sono emersi elementi tali da richiedere indagini epidemiologiche dedicate a detto comune, e per ulteriori approfondimenti si è invitato a fare riferimento ai documenti che riguardano globalmente la popolazione servita dall'ASS 1 (cioè la provincia di Trieste), in particolare i risultati dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, consultabili sul sito di ASS 1 (<http://www.ass1.sanita.fvg.it>).

x. Biomonitoraggio del latte materno

Il Progetto, avviato nel 2014 col Burlo...

c. Disuguaglianze in salute

- i. Maltrattamento e abuso all'infanzia: supporto epidemiologico e collaborazione col Gruppo inter enti

Attività in corso dal 2008. Ogni anno è prodotta una relazione, e quella del 2014 è stata inviata al Ministero per le Pari Opportunità.

Nel 2009, al Convegno di Primavera dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, è stata presentata la relazione "Violenza sui minori: sperimentazione di un sistema di raccolta dati", pubblicata negli atti del convegno, della quale si propone l'abstract:

La violenza sui minori è un fenomeno sommerso, spesso consumato tra le mura domestiche, difficile da misurare per la mancanza di uno strumento di rilevazione univoco e condiviso. In provincia di Trieste opera un gruppo specialistico multiprofessionale, il cui target è rappresentato dai casi gravi di violenza sui minori segnalati dai servizi territoriali e ospedalieri e dall'autorità giudiziaria. L'assenza di un sistema nazionale di raccolta dati ha determinato l'esigenza di sperimentare un sistema locale finalizzato a misurare la piccola parte del fenomeno che emerge e l'adeguatezza degli interventi erogati. Il presente lavoro vuole descrivere l'incidenza e le caratteristiche delle violenze sui minori segnalati al gruppo nel 2008, con particolare riguardo alla relazione fra condizioni anamnestiche dei genitori e loro ruolo. La scheda di raccolta dati è suddivisa in sezioni per il minore, il contesto familiare, ciascuna figura genitoriale e gli interventi. Il ruolo dei genitori rispetto alla violenza (subita dal figlio o anche da un genitore) è stato definito come: di autore, protettivo, di complice, di vittima. I fattori predittivi indagati sono stati: pregresso abuso sessuale, maltrattamento, istituzionalizzazione, abuso di alcol o altre sostanze. I dati raccolti sono stati registrati su un data base access e successivamente analizzati con Epi Info. Sono state rilevate 166 violenze su 99 minori, che hanno coinvolto 87 padri (30% di missing all'anamnesi) e 93 madri (18% di missing). Si trattava di: abuso sessuale (33%), maltrattamento intrafamiliare (25%), violenza assistita (23%), trascuratezza grave (16%), bullismo (2%). I minori erano già noti nel 67% dei casi a più di un servizio sanitario o sociale. L'essere oggetto di violenza non è risultato associato a genere o età, anche se le femmine sono più rappresentate per tutte le diagnosi e subiscono violenza più precocemente. Fattori predittivi associati ($p < 0,01$) ai ruoli indagati sono risultati, per le madri: pregresso abuso intrafamiliare per il ruolo di autore e storia di maltrattamento per il ruolo di vittima. Per i padri non è stata

rilevata alcuna associazione significativa per nessun ruolo. I dati confermano che l'abuso sessuale è perpetrato da figure note ai minori (96% dei casi). Non è stato evidenziato per il genere femminile un aumento significativo del rischio di essere vittima, probabilmente a causa della scarsa numerosità della casistica. Per le madri, una storia di maltrattamenti predispone ad un ruolo di vittima, come già rilevato in altre indagini e l'associazione positiva tra pregresso abuso intrafamiliare e ruolo di autrice suggerisce l'importanza di rilevare e trattare precocemente i minori vittime di violenza.

Nel 2011 è stata tenuta una relazione durante un corso di formazione (Area Educazione, Università e Ricerca del Comune di Trieste).

network.it/convegno_fumo2008.

Smettere di fumare con l'aiuto dei farmacisti territoriali. Tominz R, Vegliach A, Poropat C, Zamboni V, Bovenzi M. *Epidemiol Prev.* 2010 May-Jun;34(3):73-9.

Un programma integrato di cura del tabagismo nella pratica del farmacista di comunità. Tominz R, Vegliach A, Poropat V, Zamboni V, Bovenzi M. *Tabaccologia* 2-3/2009 24-27.

I risultati del questionario sul fumo distribuito al Congresso di Grado nel settembre 2009. Tominz R., Vegliach A. Battigelli D. MMG e PLS tabagisti: un problema da affrontare. *Medicina e sanità Friuli Venezia Giulia* 2010 gen mar; XIV (1) 6-10.

http://www.ceformed.it/medicina_e_sanita.html

MMG e cura del tabagismo. I risultati del progetto dei Medici di Medicina Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari 1 "Triestina", per il counseling antitabagico. Claudio Poropat, Alessandro Vegliach, Riccardo Tominz, Carlo Sacchi, http://www.ccm-network.it/convegno_fumo2008.

Conoscenze, attitudini e comportamenti nei riguardi del fumo di tabacco dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Trieste, 2005. Tominz R, Poropat C, Piscanc A, Bovenzi M. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. Volume 20 - Numero 3 Marzo 2007.*

La legge migliora l'aria nei bar: effetti della legge antifumo sulle concentrazioni di PM10 e PM2,5 nei bar. Risultati di uno studio sull'efficacia del divieto di fumo, condotto utilizzando l'indicatore delle polveri sottili. Riccardo Tominz et al, http://www.ccm-network.it/convegno_fumo2008.

Esposizione a fumo passivo di tabacco nei locali di una ASL del nord Italia prima e dopo l'entrata in vigore della legge che vieta il fumo nei locali pubblici chiusi. Tominz R, Murolo G, Montina G, Poropat C, Zorzut F, Peresson M, Barbierato D. *Epidemiol Prev.* 2006 Nov-Dec;30(6):338-42.

Variazione nelle concentrazioni di PM10 e PM2,5 nei bar dopo l'entrata in vigore della legge che vieta il fumo nei locali pubblici chiusi. Tominz R, Poropat C, Bovenzi M. *Epidemiol Prev.* 2006 Nov-Dec;30(6):325-33.

Effetti della legge antifumo sulle concentrazioni di PM10 e PM2,5 nei bar. Tominz R, Poropat C, Bovenzi M. Comunicazione orale. Atti del XXX Congresso Italiano di Epidemiologia, Palermo 4/6 ottobre 2006. Effetti della legge 3/03 sul divieto di fumo nei locali pubblici. R. Tominz, C. Poropat. Tabaccologia 2005; 4: 5-6.

Esposizione al fumo passivo di tabacco nei bambini italiani al secondo anno di vita. R. Tominz, N. Binkin, A. Perra, gruppo di lavoro ICONA . Medico e Bambino, pagine elettroniche; Dic. 2005; 8(10); http://www.medicoebambino.com/elettroniche/archivio/volume.8/numero.10/RI08010_01.jsp.

L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Tominz R., Perra A., Binkin N., Ciofi Degli Atti M., Cristina R., Bella A., e gruppo PROFEA 2002 Studio ICONA 2003. Igiene e Sanità Pubblica, 2005 n. 1

Il test di Luscher in un campione di giocatori d'azzardo patologici. Vegliach A., Del Longo N., Tominz R., Ticali S., Luscher M.. Rivista di Psichiatria. 2008 sett-ott; 43 (5) 308-317.

Mamme libere dal fumo per bambini più sani - progetto di counseling breve in gravidanza e nel puerperio", atti del convegno "Verso una società libera dal fumo. Le tre p: progressi, problemi, prospettive", organizzato dal Ministero della Salute – Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (Roma 24 gennaio 2008) D. Germano, R.Tominz, F. Torretta, G. Cervi http://www.ccm-network.it/convegno_fumo2008

A project evaluation for health workers' smoking cessation Tominz R, Vegliach A, Purich R, Generoso G, Bovenzi M, Sanson S. 18th international Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services Manchester 14-16 April 2010. Abstract

Book(www.univie.ac.at/hph/manchester2010/abstractbook2010.pdf)

Operatori della salute liberi dal fumo: valutazione di un progetto di un centro interdipartimentale di prevenzione e cura del tabagismo. Purich R, Tominz R, Vegliach A, Generoso Quartarone G, Bovenzi M. Atti del Convegno Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia, Napoli, 24-25 settembre 2009

Programma di cura del tabagismo per i dipendenti di un'azienda sanitaria, Tominz R.; Peresson M.; Bovenzi M.; Poropat C.; Vegliach A.; Purich R. Atti del XXXII convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia "Epidemiologia per la prevenzione"

L'operatore sanitario fra la sigaretta e la legge: una scelta difficile.

L'atteggiamento del personale di una Asl nei confronti delle misure anti-tabacco sul luogo di lavoro. Riccardo Tominz et al, http://www.ccm-network.it/convegno_fumo2008.

Operatore sanitario tabagista: cure gratis e in orario di lavoro. Il progetto di disassuefazione della Provincia di Trieste rivolto agli operatori sanitari. Riccardo Tominz et al, http://www.ccm-network.it/convegno_fumo2008.

Operatori della sanità liberi dal fumo, attivazione di un progetto in provincia di Trieste. Negro C., De Michieli P., Peresson M., Tominz R.*, Poropat C., Vegliach A., Generoso G., Cosmini S., Bovenzi M. G Ital Med Lav Erg 2007; 29:3 www.gimle.fsm.it

ii. Comportamenti a rischio nello sport agonistico

Il Gruppo Fumo, alcol, integratori e doping negli atleti agonisti sono stati oggetto di uno studio osservazionale trasversale condotto fra gli atleti agonisti del Friuli Venezia Giulia negli anni 2007 e 2008, i cui risultati, presentati in diversi Convegni, sono stati oggetto di due articoli scientifici: *Fumo di tabacco e alcol nello sport agonistico Tominz R, Bovenzi M, Vegliach A, Tsapralis K, Gombacci A Educazione sanitaria e promozione alla salute volume 34, n. 4 ottobre-dicembre 2011*

Obiettivi: l'attività sportiva ha un ruolo centrale nel mantenimento della salute fisica e psichica ma deve essere associata a corretti stili di vita che prevedano di non fumare e di non usare alcolici. Con questa ricerca si testava, in un campione di atleti agonisti, l'uso di tabacco e alcolici, il rispetto dei divieti di fumo negli ambienti societari e gli stili di vita proposti dagli allenatori.

Metodologia e strumenti: è stato condotto uno studio osservazionale trasversale di prevalenza, su un campione randomizzato di atleti agonisti, di età compresa fra 14 e 34 anni compiuti, in occasione della visita medica per l'idoneità allo sport, mediante questionario autosomministrato.

Risultati: sono stati raccolti dati da 772 atleti. Fuma l'8% degli atleti minorenni (IC 95%: 5-11) e il 22% (IC 95%: 17-27) dei maggiorenni. Ben il 21% degli atleti minorenni denuncia il mancato rispetto del divieto di fumo nelle loro società. Fra i minorenni lo stato di fumatore risulta associato in modo significativo all'esposizione al fumo passivo dell'allenatore (OR: 6,1; IC 95%: 2,3-15,9) e al mancato rispetto del divieto di fumo nelle società (OR: 3,1; IC 95%: 1,5-6,5). Per l'alcol, da notare che le modalità di bere compulsivo sono significativamente più presenti nei maschi, siano essi minorenni [41% (IC 95%: 27-55) versus il 16% (IC 95%: 5-26) delle femmine] o maggiorenni [37% (IC 95%: 29-46) versus 14% (IC 95%: 7-21) delle femmine]. In ogni caso, i dati sul bere compulsivo confermano che tra gli atleti si rilevano comportamenti di bere dannoso.

Integratori e farmaci nello sport agonistico Tominz R, Bovenzi M, Vegliach A, Tsapralis K, Gombacci A. Educazione Sanitaria Promozione alla Salute, 33, 4, 2010: pp. 405-419.

Obiettivi: il contrasto nell'attività sportiva dell'uso improprio di farmaci e di integratori non interessa solo il mondo dello sport, ma assume una rilevanza di salute pubblica. Gli interventi di vigilanza vanno affiancati da interventi di prevenzione, che richiedono conoscenze specifiche. Si è quindi voluto indagare l'uso di integratori e di farmaci nella popolazione di atleti agonisti e studiare le conoscenze sull'argomento da parte degli stessi, per una migliore programmazione degli interventi di promozione alla salute.

Metodologia e strumenti: è stato condotto uno studio osservazionale trasversale di prevalenza, su un campione randomizzato di atleti agonisti, di età compresa fra 14 e 34 anni compiuti, in occasione della visita medica per l'idoneità allo sport, mediante questionario autosomministrato.

Risultati: sono stati raccolti dati da 772 atleti. L'uso abituale di integratori alimentari varia dal 25% (IC 95%: 19-31) dei maschi di età 18-34 anni al 10% (IC 95%: 5-16) di quelli di età 14-15 anni. Li considera pericolosi l'11% (IC 95%: 7-14) dei minorenni e il 12% (IC 95%: 7-17) dei maggiorenni.

L'uso di farmaci per migliorare le prestazioni sportive o per recuperare più rapidamente dopo un infortunio (anche solo una volta nella vita) varia fra il 16% (IC 95%: 11-20) dei maschi 18-34 anni all'1% (IC 95%: 0-3) fra le femmine 14-17 anni. I farmaci sono consigliati essenzialmente da un medico.

iii. Paesaggi di prevenzione

Il Progetto, svolto fra il 2010 ed il 2012, ha coinvolto l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina (Gruppo Promozione alla Salute ASS1 e GLDE), la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori sezione di Trieste e l'Ufficio Scolastico Regionale per il Friuli Venezia Giulia, Ufficio VII Ambito Territoriale per la Provincia di Trieste. Si è trattato di un intervento integrato di prevenzione, sviluppato dal Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, dall'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dalla LILT, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, sezione di Reggio Emilia in tema di Uso di tabacco, Abuso di alcol, Dieta scorretta e Sedentarietà. Sono stati utilizzati un DVD interattivo (www.paesaggidiprevenzione.it) ed una proposta di patto scolastico, con la collaborazione di due insegnanti per classe per un minimo di 18 ore curricolari ed un impegno formale da parte di tutto l'istituto. Il progetto ha coinvolto classi dei licei Carducci, Petrarca, Oberdan e Deledda è rivolto alle scuole secondarie di primo grado (seconda media: ragazzi e ragazze di 11-12 anni) ed alle scuole secondarie di secondo grado (prima superiore; ragazze e ragazzi di 13-14 anni).

iv. Gioco d'azzardo

La collaborazione col Dipartimento delle Dipendenze ha riguardato anche il gioco d'azzardo, soprattutto nella valutazione diagnostica.

Il test di Luscher in un campione di giocatori d'azzardo patologici.

Vegliach A., Del Longo N., Tominz R., Ticali S., Luscher M.. Rivista di Psichiatria. 2008 sett-ott; 43 (5) 308-317.

Scopo. Nei servizi pubblici giunge, sempre maggiore, la richiesta di cura per problematiche gioco-correlate (GAP). Da qui, la necessità di arricchire l'atto diagnostico con un test clinico di veloce somministrazione e interpretazione quale è il test di Lüscher. Tale test fornisce, inoltre, utili indicazioni per il trattamento. Metodi. Nella struttura operativa della ASS n. 1 di Trieste che cura i GAP sono stati raccolti, in fase diagnostica, 65

protocolli del test di Lüscher di giocatori risultati patologici ai criteri diagnostici DSM-IV-TR e alla South Oaks Gambling Scale (SOGS). Questo gruppo di giocatori è stato confrontato con un gruppo di controllo che non evidenziava, al colloquio di valutazione, nessun disturbo di asse 1 e 2 DSM, compreso quello di GAP. Risultati. Le principali differenze tra i gruppi evidenziavano nei giocatori una serie di alterazioni caratteristiche nella scelta degli stimoli rosso, nero, grigio e marrone. È emerso, inoltre, che le risposte alterate dei giocatori si accumulavano nelle parti del test che non rilevano gli aspetti più strutturali e profondi della personalità. Mentre, nelle parti del test che indagano questi aspetti, le scelte agli stimoli fatte dai giocatori risultavano nella norma. Conclusioni. Le differenze confermano nei giocatori gli aspetti compulsivi (rosso), oppositivi (nero), depressivi (grigio) e di stress psico-fisico (marrone) già definiti in letteratura. La distribuzione delle risposte alterate nel test può essere dovuta alle forti difese poste in atto dai giocatori per mantenere una scissione tra agito compulsivo e vissuti emotivi contingenti, a loro psicologicamente intollerabili. Il test risulta quindi utile nella valutazione e trattamento dei GAP.

v. Progetto Overnight

I luoghi di aggregazione notturna giovanile possono costituire lo scenario di comportamenti a rischio, quali l'uso/abuso di sostanze psicotrope legali ed illegali, guida in stato di alterazione psichica, comportamenti sessuali a rischio. Secondo i dati ISTAT 2007 l'abuso di alcol in Italia è in aumento, soprattutto fra i più giovani e con modalità di consumo a rischio. Da uno studio del 2008 condotto presso l'Ospedale di Verona sulla presenza di Alcol e droghe nelle urine di pazienti coinvolti in incidenti stradali, emerge come il 67% di questi avvenga nel fine settimana, prevalentemente dalle ore 24:00 alle 9:00, e che nel 43% degli incidenti stradali vi sia una positività ad una o più sostanze psicotrope (72% di positività per alcol, 42% per benzodiazepine, 21% per tetraidrocannabinolo, 14% per cocaina). In questo contesto si inserisce a Trieste il progetto Overnight, con l'obiettivo di identificare e ridurre situazioni di rischio connesse all'abuso di alcol e stupefacenti durante i momenti di aggregazione, attraverso l'offerta gratuita di bus navetta per raggiungere i luoghi di loisir notturno e per il successivo rientro, esecuzione di etiltest, distribuzione

di profilattici, informazione sanitaria, predisposizione di spazi di decompressione. (*Uso di sostanze psicotrope ed abitudini sessuali in un campione di giovani individuato nel contesto di un intervento di prossimità* Germano CD, Tominz R, Bovenzi M, Perizzolo E, Contino A, Balestra R. . *Atti del XXXIII convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia 2009*).

Oltre che in doversi convegni i risultati sono stati presentati, fra l'altro, nell'articolo scientifico *Comportamenti a rischio in un campione di giovani individuati nel contesto di un intervento di prossimità' - Progetto Overnight*. Germano CD, Perizzolo E, Tominz R, Bovenzi M, Contino A, Balestra R. *Sistema salute*. Anno: 2012; 56 (3): 416 – 417.

d. Favorire un'alimentazione sana

i. Progetto ISNAI (Indagine sullo Stato Nutrizionali degli Anziani Istituzionalizzati)

Una corretta alimentazione ha un ruolo importante in tutte le età della vita per il mantenimento di uno stato di salute ottimale e per la prevenzione di molte patologie, intervenendo sulla durata e la qualità della vita delle persone; inoltre è uno dei determinanti di salute su cui si può attivamente intervenire. Il soggetto anziano è a più alto rischio di malnutrizione a causa di vari fattori: polipatologie invalidanti, ridotte capacità psichiche e fisiche residue, scarsa attività fisica, depressione, problemi di masticazione e deglutizione. Considerata poi l'influenza che l'ambiente, in cui la persona vive, ha sulle condizioni di nutrizione, una particolare attenzione va posta nei confronti dei soggetti anziani istituzionalizzati. Nella città di Trieste il 27,5 % della popolazione è rappresentato da soggetti ultrasessantacinquenni (il corrispondente dato nazionale invece è pari al 19,9%); si può stimare che circa 3.000 anziani vivono in strutture residenziali. E' dunque evidente l'importanza in questo contesto di uno studio sullo stato nutrizionale e sulla salute orale dell'anziano istituzionalizzato; i risultati possono costituire un valido contributo per una programmazione sanitaria che tenga conto dei problemi e dei bisogni evidenziati ed individui soluzioni, anche semplici, per migliorare lo stato dell'anziano: - eseguire regolarmente lo screening nutrizionale in modo da riconoscere immediatamente le situazioni di rischio, - migliorare i servizi di ristorazione sia con una più specifica ed adeguata preparazione

del personale sia con una corretta scelta di materie prime e l'adozione di menù accettati e graditi, - avviare interventi di cura e riabilitazione odontoiatrica che possano raggiungere anche i soggetti fragili.

In collaborazione con la SCIAN è stata quindi condotta un'indagine sullo stato nutrizionali degli anziani istituzionalizzati in provincia di Trieste, i cui risultati sono stati pubblicati su un report, inviato fra gli altri alla Regione e disponibile sul sito internet di ASS 1, e su un articolo scientifico: *Valutazione dello stato nutrizionale di anziani ospiti di strutture residenziali a Trieste. Tominz R, Germano CD, Bovenzi M, Longo T, Luogo. Del Pio T. Epidemiol Prev 2011; 35 (5): 263-272:*

L'istituzionalizzazione dell'anziano rappresenta, secondo la letteratura scientifica, un fattore di rischio per la genesi o per l'aggravamento di uno stato di malnutrizione. In provincia di Trieste quasi un terzo della popolazione è ultrasessantacinquenne e di questa il 5% risulta ospite di strutture residenziali. Questo rapporto presenta i risultati un'indagine realizzata fra gli anziani ospiti di strutture residenziali, polifunzionali o protette. E' stato valutato un campione rappresentativo scelto con la tecnica del campionamento a cluster, individuando due strati (Residenze polifunzionali e Residenze protette), così da ottenere dati che possono essere utilizzati sia complessivamente, sia per ciascuna delle due realtà, con l'obiettivo di identificare i soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione e di definire alcuni fattori causali. A questo scopo sono stati utilizzati i seguenti strumenti: il Mini Nutritional Assessment (MNA Nestlé®), il Geriatric Oral Health Assessment Index e alcuni semplici indici obiettivi di funzionalità masticatoria. La prevalenza di malnutrizione e di rischio di malnutrizione sono risultati 14,1% e 48,6% rispettivamente. La prevalenza di soggetti malnutriti è maggiore fra i residenti in strutture per non autosufficienti: 21,4% contro 9,5%, differenza statisticamente significativa. Questi rilievi enfatizzano l'importanza di uno screening nutrizionale adeguato, tenuto conto delle ricadute negative della malnutrizione in termini di morbilità: più elevate necessità di assistenza, riabilitazione, terapie complesse con aggravio dei costi sanitari. L'esame dei problemi odontoiatrici ha mostrato rilevanti alterazioni. Il 62,3% del campione è edentulo. La masticazione è inefficace (per presenza di meno di venti denti e assenza di protesi) in almeno il 47% degli indagati.

Fra gli edentuli è dotato di protesi il 60,7%. Il 46% dei soggetti con capacità masticatoria conservata ha uno stato nutrizionale buono vs il 29% di quelli con meno di venti denti e privi di protesi (differenza statisticamente significativa). La prevalenza di malnutrizione nelle strutture residenziali per anziani risulta fortemente correlata al grado di salute orale. Considerando le possibili gravi conseguenze, in termini di salute e di costi, tale condizione potrebbe beneficiare di interventi strutturati di odontoiatria sociale.

e. Diabete

i. Monitoraggio autocontrollo della glicemia

Il Gruppo è stato chiamato a supportare la Struttura Semplice Farmacia ed il Centro Diabetologico sul monitoraggio del rispetto dei protocolli per l'autocontrollo della glicemia, finalizzato al controllo della spesa AFIR, con produzione di report e incontri di audit. Alcuni risultati di questa collaborazione sono stati pubblicati su *Epidemiologia e Prevenzione*.

Indagine sull'appropriatezza prescrittiva dell'autocontrollo della glicemia nella popolazione diabetica di Trieste. Epidemiol Prev 2012; 36 (5) suppl 5: 106. Tominz R, Germano CD, Bini E,2 Bovenzi M, Candido R.

Introduzione. Il diabete mellito è una delle sfide più difficili per tutti i sistemi sanitari, nei Paesi industrializzati come in quelli in via di sviluppo, per la continua e inesorabile crescita e il conseguente preoccupante aumento dei costi della malattia. In Italia la spesa per il trattamento dei diabetici è pari al 9% del totale della spesa sanitaria. Una quota di questa spesa è determinata dai test per la misura della glicemia capillare. Nell'Azienda per i Servizi Sanitari (ASS) n. 1 Triestina la spesa per tali test copre il 58% della spesa AFIR (Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale) con 3.346.825 euro nel 2010 ed è in costante aumento. La pratica della misurazione della glicemia su sangue capillare da parte dei pazienti rappresenta però una delle pietre miliari della terapia del diabete mellito. In Friuli Venezia Giulia, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva dell'autocontrollo glicemico e di conseguenza ottimizzare i costi, un DGR del 2005 stabilisce il numero giornaliero di controlli glicemici e il quantitativo mensile di strisce reattive prescrivibili per ciascuna delle quattro classi di cui agli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito. Dati della letteratura suggeriscono un sottoutilizzo

dell'autocontrollo glicemico nei soggetti che se ne gioverebbero maggiormente, cioè quelli in trattamenti insulinico e, viceversa, un suo sovrautilizzo nelle popolazioni per le quali le evidenze di efficacia sembrano essere inferiori. **Obiettivi.** Analizzare l'appropriatezza dell'uso e della prescrizione dell'autocontrollo glicemico nella popolazione diabetica della città di Trieste, sulla base delle indicazioni delle linee guida e del DGR. **Metodi.** La fonte utilizzata è il Repository Regionale di Micro- Dati, che contiene i principali data base sanitari del Friuli Venezia Giulia, aggiornato al 23 novembre 2011. L'analisi delle 58.169 prescrizioni di insuline e di ipoglicemizzanti a favore degli assistiti dell'ASS 1 Triestina nei primi 6 mesi del 2011 ha permesso l'individuazione dei soggetti diabetici in terapia farmacologica e la loro assegnazione alle 4 classi prescrittorie. Dalla stessa banca dati sono state estratte le 23.696 prescrizioni di strisce per la determinazione della glicemia. **Risultati.** In classe 1a oltre il 90% dei diabetici ha avuto prescritto un numero di strisce insufficiente per un autocontrollo adeguato. Tale percentuale scende sotto il 75% nelle classi 2a e 3a. I diabetici in classe 4a ricevono un numero mediano di 13 strisce al mese. **Conclusioni.** Soprattutto nella classe prescrittiva 1a si osserva una prescrizione di strisce reattive per l'autocontrollo glicemico inferiore a quanto raccomandato, facendo ipotizzare un sottoutilizzo dell'autocontrollo da parte dei pazienti. I nostri risultati indicano un'inappropriatezza prescrittiva dell'autocontrollo glicemico, che può determinare una gestione non del tutto adeguata del diabete ed un aumento inappropriato dei costi della malattia diabetica.

- ii. Sperimentazione di un cruscotto per il monitoraggio e la valutazione del diabete mellito.

E' stato utilizzato il Repository Regionale di Dati Sanitari per la definizione della popolazione diabetica (denominatore) e per l'identificazione di indicatori sui percorsi diagnostico-terapeutici, con la produzione di report per la Direzione Sanitaria. Il programma di estrazione dati e analisi è stato quindi trasmesso alla Direzione Regionale della Sanità.

f. Morbo di Parkinson

La Malattia di Parkinson, caratterizzata da tremore a riposo, rigidità, bradicinesia e disturbi dell'equilibrio è la più frequente malattia neurodegenerativa dopo l'Alzheimer. Essa comporta un notevole costo per la società, in termini di farmaci, riabilitazione, ospedalizzazione, trattamento ambulatoriale, procedure diagnostiche. Prevalenza e incidenza della MP aumentano con l'età e quindi il suo peso, in una popolazione che invecchia, è destinato ad aumentare. Questo problema è particolarmente sentito a Trieste, la provincia con l'indice di vecchiaia più alto d'Italia (249,8 contro una media italiana di 146,4). La Direzione Sanitaria di ASS 1 ha dato quindi mandato alla referente Aziendale per la Riabilitazione ed al Gruppo di Epidemiologia, con la collaborazione del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Trieste di stimare la prevalenza della malattia di Parkinson a Trieste utilizzando le banche dati correnti, misurando il contributo di ciascuna alla stima totale, per fornire il denominatore su cui costruire un cruscotto per la governance di questa patologia da parte del servizio sanitario pubblico e garantire con un'identificazione precoce dei casi una migliore razionalizzazione delle risorse.

Il lavoro (*STIMA DELLA PREVALENZA DELLA MALATTIA DI PARKINSON CON L'UTILIZZO DI ARCHIVI SANITARI ELETTRONICI CORRENTI* Tominz R, Marin L, Mezzarobba S) è stato accettato al XXXVIII Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia Napoli, **5-6-7 novembre 2014**. Sono stati utilizzati i dati di prescrizioni farmaceutiche, dimissioni ospedaliere e esenzioni ticket e le anagrafiche degli assistiti dell'Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina, ricavati dal Repository Regionale di Micro-Dati (aggiornato al 24 maggio 2013 e, limitatamente alla farmaceutica convenzionata, al 31 dicembre 2011). L'insieme delle tre banche dati consente di identificare, al 31 dicembre 2011, 909 casi di MP. Farmaceutica convenzionata, Esenzioni ticket e Schede Dimissione Ospedaliera contribuiscono rispettivamente con 741 casi (81,5% del totale), 328 (36,1%) e 320 (35,2%). I soggetti identificati con la sola farmaceutica sono 379 (41,7%), mentre 68 casi (7,5%) sono identificati esclusivamente con SDO e 92 (10,1%) solo con le esenzioni ticket. Il tasso grezzo di prevalenza della MP è 380/100.000). Il confronto con i dati di prevalenza italiani (come riportati sul sito

<http://www.epda.eu.com>) consente di calcolare un rapporto standardizzato di morbilità (RSM) = 120,8% (IC 95%: 113,05 - 128,75%; $P < 0,01$). Lo studio ha dimostrato che i dati della farmaceutica devono essere efficacemente integrati da altre basi di dati per fornire stime attendibili sulla prevalenza della Malattia di Parkinson nella popolazione generale. L'identificazione attraverso il solo farmaco tracciante ha evidenziato i suoi limiti nell'identificare dati di prevalenza e questo per la complessità della patologia che richiede risposte terapeutiche che non sempre identificano Dopa e suoi derivati (N04BA) come farmaco di prima scelta. Andrebbe inoltre studiata la quota di farmaci prescritti al di fuori del circuito della farmaceutica convenzionata, che potrebbe almeno in parte, essere spiegata come erogazione diretta, in particolare nelle prime fasi della malattia quando la risposta terapeutica garantisce il superamento del sintomo. I dati sottolineano infine un eccesso di malattia rispetto ai dati nazionali, spiegato con una maggior prevalenza nella popolazione di età più avanzata.

g. Tumori

i. Tumore al seno

Il Servizio di Riabilitazione per le donne operate al seno ha lo scopo di prevenire/trattare i possibili disturbi legati all'operazione e le eventuali complicanze insorgenti nel periodo post-operatorio. In seguito alla visita specialistica viene sviluppato un programma personalizzato di trattamento sia individuale sia di gruppo e la valutazione per l'utilizzo di eventuali bracciali elastocompresivi e protesi esterne. L'Ambulatorio mastectomie ha chiesto la collaborazione del Gruppo per valutare alcuni aspetti della sua attività, lavori esitati in due pubblicazioni scientifiche:

La gestione del distress nel programma riabilitativo di pazienti con esiti di mastectomia. Giovagnoli A, Rosin R, Tominz R, Fragiaco E, Savron M. Book abstract 37° Congresso nazionale SIMFER (2009).

La riabilitazione delle donne operate per neoplasia mammaria non può prescindere dagli aspetti psicologici che accompagnano il programma. Come indicato da vari studi (Derogatis, 1983) circa il 50% dei pazienti oncologici presentano disturbi che vanno dal disturbo dell'adattamento (DA, nel 21% dei casi), a disturbi psichiatrici. L'obiettivo del trattamento del DA è quello di ridurre lo stress e potenziare le competenze di coping.

Seguendo le linee guida del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) sulla modalità di gestione del distress, gli Autori di questo studio hanno voluto valutare l'entità del distress proponendo un intervento specifico in un gruppo di 20 donne che avevano terminato il trattamento riabilitativo, utilizzando come riferimento teorico-pratico il modello della Psicoterapia Funzionale. Si è trattato di uno studio osservazionale prima dopo, senza gruppo di controllo. Le misurazioni sono state effettuate prima dell'intervento, alla sua conclusione e dopo ulteriori 6 mesi. Lo stress percepito è stato misurato con il "Termometro del distress" (NCCN, 2007) e con la Misura dello Stress Percepito (MSP, Di Nuovo, 2000); la presenza/assenza di problemi è stata valutata con la Lista dei Problemi (NCCN, 2007). La significatività statistica delle differenze prima dopo è stata testata, per termometro e per MSP, con il test di permutazione a due code, per la presenza/assenza di problemi percepiti con il test di Mc Nemar (corretto, a due code). La valutazione dei dati è stata eseguita su un primo gruppo di 9 persone. Lo stress percepito risulta diminuito alla fine del trattamento ($p < 0,01$), ma il miglioramento non è mantenuto nel controllo a 6 mesi. L'analisi delle variabili dicotomiche della lista dei problemi ha dimostrato un miglioramento significativo per alcuni item come senso di costipazione, problemi con lavoro/scuola, disturbi del sonno. L'MSP dimostra un miglioramento ai margini della significatività ($p < 0,074$) tra le due prime misurazioni, significativo al controllo dopo 6 mesi ($p < 0,05$). Motivi etici hanno spinto gli Autori ad inserire nel gruppo anche donne con grande instabilità clinica. Gli strumenti di valutazione del distress usati richiederebbero nei casi più gravi approfondimenti diagnostici e terapeutici: l'obiettivo di ridurre lo stress è stato ciò nonostante raggiunto ed il gruppo in esame ha dichiarato il desiderio di costituirsi in associazione per supportare le altre donne con le stesse difficoltà.

Linfedema post mastectomia, il ruolo del bracciale elastocompressivo in associazione al trattamento decongestionante complesso. Giovagnoli A, Tominz R, Pasqua G, Savron M, Fragiaco E. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa. Ago dic 2012. Vol 26 Suppl 1 al n. 2-3. 36-37.

Lo scopo di questo lavoro è valutare come l'introduzione della fornitura diretta da parte del Servizio Sanitario Regionale del bracciale

elastocompressivo, in associazione al Trattamento Decongestionante Complesso, abbia inciso sull'outcome, in un gruppo di donne con linfedema dell'arto superiore post mastectomia o quadrantectomia. L'obiettivo principale è ottimizzare il percorso riabilitativo cercando di mantenere i risultati raggiunti, ridurre il numero di riacutizzazioni dell'edema e di conseguenza il numero di prestazioni riabilitative ripetute. In letteratura il bracciale elastico è fortemente indicato (1,2,3) ma il suo impiego non può essere svincolato dagli indispensabili trattamenti che lo precedono, essendo questo indumento l'atto conclusivo di un percorso complesso, personalizzato ed integrato. Sono state valutate 97 pazienti seguite nella SSD Riabilitazione del Distretto 4 in un ambulatorio dedicato alle donne operate al seno, dal 2005 al 2010, sulla base dei dati ricavati dalle cartelle cliniche. Tutte sono state sottoposte al Trattamento Decongestionante Complesso per linfedema dell'arto superiore conseguente a mastectomia o quadrantectomia. Variabili outcome: Differenza della circonferenza media del braccio (media delle misurazioni di 5 circonferenze) fra controllo e fine della terapia. Durata del periodo fra fine terapia e controllo. Variabili indipendenti: uso del bracciale, anno dell'intervento chirurgico, anno di presa in carico, durata della riabilitazione, effettuazione di chemioterapia, effettuazione di radioterapia, tipo di intervento chirurgico, dissezione ascellare. Una differenza della circonferenza media del braccio minore o uguale a 0 (non peggioramento dell'edema) fra controllo e fine della terapia riabilitativa è associata positivamente all'anno dell'intervento chirurgico ed alla durata del trattamento fisioterapico, negativamente all'aver effettuato chemioterapia. Una durata lunga del periodo intercorso fra fine della terapia riabilitativa e controllo è associata positivamente all'anno di presa in carico della riabilitazione e negativamente all'anno di intervento chirurgico ed all'intervallo di tempo fra questi due eventi. Il miglior modello di regressione logistica, pur non evidenziando associazioni statisticamente significative con l'uso del bracciale, richiede anche questa variabile. I dati analizzati non permettono di evidenziare differenze dovute all'uso del bracciale elasto compressivo né in termini di mantenimento dei risultati dell'intervento fisioterapico né come lunghezza del periodo fra fine della riabilitazione e controllo. Un aumento

della casistica potrebbe fornire indicazioni circa l'utilità del bracciale nel prolungare gli effetti del trattamento fisioterapico.

ii. Diabete mellito e tumore coloretale

Valutazione dell'associazione fra diabete mellito e tumore coloretale utilizzando registri di popolazione. *Epidemiol Prev* 2012; 36 (5) suppl 5: 105 .Tominz R, De Monte A, Germano CD, Bovenzi M.

Introduzione. Il rischio di tumore del colon-retto appare aumentato, in letteratura, di 1,2-1,5 volte nelle persone con diabete mellito rispetto alle persone non affette da tale patologia. Un recente studio caso-controllo sulle cause di morte condotto nella provincia di Trieste (315 casi e 317 controlli, deceduti fra il 2001 e il 2011) ha evidenziato un'associazione tra diabete mellito e tumore del colon-retto con un OR di 2,39 (IC95%1,72-3,32). La disponibilità di basi dati informatizzate per registri di patologia rende possibile l'effettuazione di studi caso-controllo con disegni di studio semplificati, evitando possibili distorsioni nella scelta dei controlli e nel recupero delle informazioni, utilizzando i dati di tutta la popolazione. In particolare, il Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia (RT-FVG) copre il periodo al 1995 al 2007, mentre il registro su base di popolazione delle persone con diabete mellito (Registro Diabete del Friuli Venezia Giulia, RD-FVG) copre il periodo dal 2002 al 2010. Obiettivi. Valutare l'associazione fra diabete mellito e tumore colon rettale utilizzando registri di popolazione. Metodi. La prevalenza di tumori del colon-retto (ICD9 153 e/o 154), è stata calcolata al 31.12.2007 nella coorte dei residenti in provincia di Trieste durante il periodo coperto dal RT-FVG (dal 01.01.1995 al 31.12.2007). Considerata la sopravvivenza a 5 anni per i tumori in studio (58% e 56% rispettivamente) questo garantisce al dato una buona specificità, mentre la sensibilità può essere influenzata da forme subcliniche che non vengono quindi diagnosticate, a meno che non si ricorra all'autopsia. La medesima popolazione è stata successivamente linkata al RDFVG, per il quale valgono considerazioni simili in tema di sensibilità e specificità. Variabili indagate: diagnosi di tumore del colon e/o del retto, diagnosi di diabete mellito, età, genere, anno di iscrizione al RT-FVG, anni di iscrizione al RD-FVG. Risultati. La coorte indagata era composta da 179.716 soggetti (maschi 46,8%) di età minima 12 anni ed età media, maschi e femmine, 50,5 e 54,9 anni

rispettivamente. I casi (soggetti iscritti al RT-FVG dal 1995 al 2007 con diagnosi di tumore del colon retto) erano 1.316 (0,7%), gli esposti (soggetti iscritti al RD-FVG dal 2002 al 2007) erano 3.332 (4,1%). L'analisi di regressione logistica ha associato positivamente l'essere iscritto al RT-FVG per tumore del colon e/o del retto con il genere maschile, l'età (variabile continua in anni) e l'essere iscritto al RDFVG, con OR (IC95%) rispettivamente 1,90 (1,70-2,13); 1,07 (1,07-1,08); 1,33 (1,08-1,63). Conclusioni. Il diabete viene spesso associato a un aumento del rischio di tumore ma, soprattutto per i tumori meno comuni, la ricerca è limitata o assente. L'esistenza di registri di patologia può costituire un'utile fonte di dati in proposito.

B. Incidenti

a. Incidenti domestici

Il Gruppo è stato coinvolto nell'attività di studio e prevenzione degli incidenti domestici. Fra i risultati di questa attività un lavoro presentato a Manchester nel 2010 nel framework della rete Health Promoting Hospitals and Health Services: *Are inequalities playing a major role in the domestic accident context? What can we do? Experimental studies in North Eastern Italy 18th international Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services Manchester 14-16 April 2010*. Abstract Book (www.univie.ac.at/hph/manchester2010/abstractbook2010.pdf).

Ogni anno si verificano in Italia circa 4.500.000 incidenti domestici, provocando circa 8.000 morti. In confronto, gli incidenti stradali registrati verificati nel corso del 2007 sono stati 230.871, con 5.131 morti, mentre lo stesso anno gli incidenti sul lavoro erano 874.940, con 1.120 decessi. Nonostante la dimensione del problema, fino a questi ultimi anni rare sono state le iniziative strutturate progettate e realizzate. Un punto di svolta è stato rappresentato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che ha promosso un gruppo di lavoro nazionale, stimolando a livello regionale studi e iniziative sulla prevenzione degli incidenti domestici. obiettivi. Obiettivo del lavoro era: (1) raccogliere informazioni sul comportamento dei cittadini circa i rischi domestici; (2) valutare la percezione del rischio di incidenti domestici; (3) definizione delle successive attività di prevenzione a livello regionale. Un sistema nazionale di sorveglianza

(PASSI) suggerisce una scarsa consapevolezza generale circa il rischio di incidenti domestici. Il nostro studio è stato condotto su più di 1400 cittadini della regione Friuli Venezia Giulia, utilizzando questionari auto compilati. Si è inoltre mirato ad un'autovalutazione della sicurezza domestica. I fattori potenzialmente condizionanti la consapevolezza del rischio di incidenti domestici considerati nello studio sono stati l'età, il genere, la scolarità ed altri fattori culturali. Dal momento che gli incidenti domestici che coinvolgono gli anziani risultano frequentemente in ospedalizzazione e costi elevati per il sistema sanitario (ad esempio le fratture del femore), il team HPH regionale ha posto particolare attenzione su come affrontare un fattore che può influenzare i risultati di salute, relativo alla disuguaglianza socio-economico nelle società dell'UE: l'ampia presenza care givers extra comunitari, non formati, nelle case di riposo. Il team HPH ha quindi programmato corsi dedicati che sono stati realizzati per circa 200 care givers (50% non UE) della regione FVG, per informare e formare sulla prevenzione degli infortuni domestici. Il feed back dei corsi ha mostrato un'alta percentuale di apprezzamento (85%).

b. Incidenti stradali

Il progetto "SicuraMENTE" ha preso a modello anche le buone pratiche di altri Paesi europei (come ad esempio l'Olanda), per insegnare nelle scuole la cultura e la didattica della sicurezza e la psicologia del traffico, coinvolgendo le scuole. Nel 2011 Il Gruppo ha partecipato nel 2011 al progetto-pilota che ha interessato quattro scuole ed istituti comprensivi nella provincia di Trieste, con la formazione di alunni e insegnanti.

C. Sicurezza nei luoghi di lavoro

a. Alcol e lavoro

Applicazione di un protocollo per gli interventi preventivi in tema di alcol lavoro. Ticali S, Tominz R, Patussi V, Muran A, Purich R, Vegliach A, Bovenzi M. Atti del Convegno Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia, Napoli, 24-25 settembre 2009

La Legge 125/01 e l'intesa/Stato Regioni del 16/3/06 prevedono che i medici competenti o i medici SPSAL delle Aziende Sanitarie possano effettuare i controlli alcolimetrici alle persone che svolgono attività lavorative a rischio come quelle indicate dai quadri normativi. Vista la

pregnanza e la delicatezza dell'argomento è necessaria la costruzione di protocolli chiari e condivisi tra medici competenti, SPSAL, Servizi di Alcolologia, datori di lavoro e OO. SS. che siano finalizzati alla tutela ed il benessere del lavoratore che deriva dal rispetto delle norme.

Effettuare una prima valutazione del protocollo messo a punto per l'effettuazione degli interventi preventivi mirati a ridurre il rischio legato all'assunzione di alcolici tra i lavoratori, utilizzandolo in due contesti lavorativi ad alto rischio. Tra gli addetti alla raccolta dei rifiuti solidi urbani e gli operatori portuali della provincia di Trieste venivano indagati, mediante questionario anonimo (inclusivo di test CAGE), il consumo riferito di alcol, l'attività lavorativa svolta e le conoscenze ed attitudini nei confronti dell'alcol stesso. I dati sono stati raccolti nell'ambito di un protocollo di intervento che prevede le seguenti fasi: 1. valutazione dei rischi nelle specifiche lavorazioni; 2. svolgimento di momenti formativi e informativi rivolti a tutti i lavoratori; 3. effettuazione di rilievi alcolimetrici, anonimi ed in momenti concordati con i lavoratori. Le fasi successive del protocollo, concordate con i lavoratori e la parte datoriali prevedono l'attivazione di controlli alcolemici a sorpresa. Tra giugno e luglio 2009 effettuati tre interventi formativi e informativi presso le due aziende triestine, somministrati 103 questionari (98 maschi) tra i lavoratori di cui il 25% esegue lavorazioni in quota e più del 50% guida veicoli per motivi professionali. I dati elaborati con EpiInfo hanno fornito le seguenti indicazioni: il 63% dei testati si riferisce consumatore occasionale, l'11% consumatore regolare fra i bevitori il 21% dichiara di bere fuori pasto, il 33% di bere con modalità binge il 18% dichiara di aver guidato, e l'11% lavorato, almeno una volta nell'ultimo mese dopo aver bevuto 2 u.a. I risultati al CAGE evidenziavano che su 59 soggetti bevitori rispondenti, il 25% erano sospetti alcolisti, il 3% era da ritenere alcolista. Il rischio di assunzioni di alcolici durante il lavoro era ritenuto basso dal 7% degli intervistati. Al controllo alcolimetrico eseguito in forma anonima e in data concordata, in 3 lavoratori su 60 è stata rilevato un dato alcolimetrico superiore allo 0.2 g/l. I dati rilevati, pur se ancora in fase iniziale, evidenziano la necessità di attivare quanto prima protocolli che prevedano la copertura dei controlli su tutte le categorie lavorative definite a rischio dall'accordo Stato/Regioni. L'assunzione di alcolici pare

confermarsi, aldilà della logica comune, come rilevante fattore di rischio diretto ed indiretto nell'esecuzione di attività lavorative sensibili. Emergono inoltre, da questi primi controlli, percentuali rilevanti di lavoratori che avrebbero bisogno di cure rispetto a conclamati problemi alcol correlati di varia entità (bere binge, abuso, dipendenza). Grazie all'applicazione di questi controlli l'ambiente di lavoro potrebbe quindi divenire un importante luogo di aggancio ai Servizi di Alcolologia delle persone bisognose di cure. Ciò permetterebbe di agire nel pieno interesse del lavoratore portatore di PAC fornendogli la possibilità di ottenere, attraverso le cure del Servizio Pubblico, un miglioramento della qualità sia della sua vita personale che, ovviamente, di quella professionale. Il protocollo verrà proseguito, nei prossimi mesi, con l'esecuzione dei controlli nominali e a sorpresa durante l'attività lavorativa. i attivare quanto prima protocolli che prevedano la copertura dei controlli su tutte le categorie lavorative definite a rischio dall'accordo Stato/Regioni.

b. Attività svolta in supporto all'Autorità Giudiziaria

Nel 2012 e nel 2013 sono state prodotte due relazioni per la Magistratura, in tema di neoplasie lavoro correlate.

c. Supporto epidemiologico per le neoplasie amianto correlate

Collaborazione con la SCPSA per l'epidemiologia delle neoplasie amianto correlate.

d. Indagine sui disturbi del sonno e percezione soggettiva dello stress lavoro correlato nei lavoratori dei reparti ospedalieri: proposte di risk management

Si è trattato di un lavoro svolto in occasione di una tesi di laurea in Scienze della Prevenzione. Obiettivi erano la stima della prevalenza di alcuni sintomi correlati ai disturbi del sonno, la valutazione soggettiva dello stress lavoro correlato e la ricerca di eventuali associazioni tra le diverse variabili. La popolazione di riferimento era costituita da 586 operatori sanitari (344 infermieri e 242 operatori socio sanitari) dei reparti medicina, dipartimento chirurgico (chirurgia, sale operatorie, urologia, otorinolaringoiatria), dipartimento delle emergenze (terapia intensiva, pronto soccorso, 118), ortopedia, cardiologia ed oculistica dei due ospedali dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina". Ha partecipato all'indagine un campione

rappresentativo di 205 soggetti. Lo strumento di rilevazione era, per la parte sonno, un questionario validato dall'Associazione Italiana Medicina del Sonno (AISM), integrato da 17 items di inquadramento generale ed anamnestico, 6 items per i lavori a turno, la Epworth Sleepiness Scale (probabilità di appisolarsi o di addormentarsi indipendentemente dalla sensazione di stanchezza) e lo STOP-BANG (8 items per la sindrome delle apnee notturne). La componente stress è stata valutata con l'HSE Management Standards Analysis Tool (questionario sulla percezione soggettiva dello stress lavoro correlato).

I risultati del lavoro hanno portato alla formulazione di alcune proposte operative. Sul fronte della gestione delle risorse umane: favorire la partecipazione e il coinvolgimento degli operatori, migliorare la comunicazione in azienda, in particolare su aspetti che riguardano l'interfaccia individuo- organizzazione e riesaminare i carichi di lavoro, il livello di autonomia, il grado di relazione tra colleghi. Per quanto concerne lo sviluppo organizzativo: revisione/ridefinizione di ruoli e responsabilità, integrazione del lavoro (es: inserimento neoassunti in funzione ai reparti a seconda del livello di specializzazione), arricchimento dei processi per obiettivi, strutturazione degli orari in base a criteri ergonomici, che tengano conto dell'adattamento biologico, della performance lavorativa e dello stato di salute e benessere. Infine utilizzo del Epworth come test di screening nel rilevamento della SDE quale "sintomo sentinella".

D. Mondo animale

a. Equilandia,

Nel 2011 è stata effettuata una valutazione di Equilandia, Settimana verde in scuderia, progetto finalizzato alla conoscenza pratica e relazionale: conoscere e conoscersi nel rispetto delle diversità di ognuno, condividendo il comune amore per la natura, praticando uno sano stile di vita. Il Progetto era gestito dall'Associazione Sportiva Dilettantistica Equilandia aiastrieste ONLUS, ed offriva a bambini e ragazzi di età compresa tra i 6 e 14 anni la possibilità di conoscere il cavallo nelle sue abitudini scoprendo dove vive, preparandogli i pasti, curando il suo benessere, spazzolandolo, coccolandolo e provvedendo alla pulizia del paddock. Nei pomeriggi gli operatori dell'ASS1 – Servizi Sanitari per la

Promozione della Salute – tenevano incontri dove i ragazzi scoprivano il mondo del cane e le basi di una giusta alimentazione.

E. Malattie infettive

a. Vaccinazioni

- i. Monitoraggio delle coperture vaccinali nei bambini entro il 2° anno di vita

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), nell'ambito del "Piano Salute per Tutti entro l'anno 2000", aveva adottato il Programma Esteso di Immunizzazione (EPI), stabilendo obiettivi per il controllo, l'eliminazione o l'eradicazione di alcune malattie prevenibili con vaccino. Ai fini del raggiungimento di tali obiettivi strategici, erano stati successivamente definiti e periodicamente aggiornati gli obiettivi operativi, consistenti nel raggiungimento, per il ciclo primario di immunizzazione, di coperture superiori al 95% prima dei due anni per difterite, tetano, polio e superiori al 99% per morbillo, rosolia e parotite."produzione di report periodici inerenti le coperture vaccinali raggiunte nella coorte oggetto di campagna vaccinale prevista dal PAL (bambini entro il 2° anno di vita), indirizzati ai PLS e al personale del gruppo vaccinazioni distrettuale.

Un'analisi precisa delle coperture vaccinali per distretto e pediatra di libera scelta di ASS 1 ha evidenziato, oltre alla crescente diffusione di un vero e proprio "movimento" di soggetti inadempienti, difformità nelle coperture vaccinali degli assistiti in funzione del Pediatra di Libera Scelta, del comune di residenza o del centro vaccinale di competenza.

A seguito di ciò il Gruppo ha progettato ed implementa un sistema di monitoraggio delle coperture vaccinali, con lo scopo di identificare le aree critiche e di intervenire tempestivamente.

- ii. Ricoveri ospedalieri delle principali malattie infettive prevenibili tramite vaccinazione

Sono stati usati i dati del Sistema Informativo SocioSanitario Direzionale (Repository Regionale di Micro Dati, RRMD) aggiornato all'11 novembre 2013. Gli ICD 9 delle malattie infettive sono stati tratti dal sito http://www.salute.gov.it/portale/temi/ric_codice/default.jsp

I codici sono stati cercati in tutte le diagnosi (principale e secondarie).

Sono state considerate, complessivamente, le diagnosi di cui al capitolo I – Malattie infettive e parassitarie (ICD-9 001 – 139) ed alcune singole malattie considerando anche altri capitoli: Encefalite virale da zecche, Epatite virale A, Epatite virale B, Malattia da Haemophilus, Malattia da Pneumococco, Meningococco, Morbillo, Parotite epidemica, Pertosse, Rosolia, Rosolia congenita, Tetano e Varicella. Sono stati descritti i trend temporali delle dimissioni (dal 1985 ad oggi), gli esiti dei ricoveri (deceduto, invariato, migliorato...), il trend dell'età alla dimissione. Un primo report è stato discusso il 21 maggio 2014 con i colleghi del Dipartimento di Prevenzione e con il prof. Roberto Luzzati, Direttore del Reparto Malattie infettive dell'Ospedale Maggiore. Il lavoro dovrebbe proseguire in collaborazione con detto Reparto.

b. Malattie infettive correlate all'uso di sostanze

Nell'ambito del testing che viene offerto dal Dipartimento delle Dipendenze agli utenti presi in carico dalle diverse articolazioni organizzative della S.C. Dipendenze da Sostanze Illegali è stato predisposto un report dei casi positivi per epatite B, C e HIV che sarà trasmesso al Gruppo per la successiva analisi epidemiologica. L'attività è iniziata quest'anno, ed il primo report dovrebbe essere prodotto a dicembre 2014.

F. **SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE**

a. PASSI

i. Report annuali

Disponibili sul sito di ASS 1 (<http://www.ass1.sanita.fvg.it>) tramite banner PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

ii. Prevenzione cardio vascolare

Cardiovascular Disease Risk Factors and Preventive Practices Among Adults - Friuli Venezia Giulia (Italy) Results of Studio PASSI 2006 2007 Gallo T., Germano D., Iob A., Osquino I., Padovan M.T., Tominz R., Zuliani M. Atti del 5th International Conference Behavioural Risk Factor Surveillance, Rome 24 - 26 ottobre 2007.

iii. Alcol a rischio e guida

Scheda tematica 2010-2013 in attesa di pubblicazione su epicentro

iv. Alcol e salute

The alcohol use associated to the risks for the health in Friuli-Venezia-Giulia (Italy) - Results PASSI 2006. Gallo T., Di Fant M., Germano D., Iob A., Osquino I., Padovan M.T., Tominz R., Zuliani M. Atti del 5th International Conference Behavioural Risk Factor Surveillance, Rome 24 - 26 ottobre 2007.

b. PASSI d'Argento

- i. "La sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento. Una fotografia della condizione degli anziani" Report per i decisori
http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/Report_%20decisori%20def.pdf
- ii. Salute e invecchiamento attivo nell'Ass1 Triestina. Risultati della sorveglianza della popolazione con 65 anni e più (indagine 2012-2013)
<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/salute%20e%20invecchiamento%20attivo%20nell'ASS1%20Triestina%202012-2013.pdf>
- iii. "Ambiente di vita nell'ASS1 2012" http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/scheda%20ambiente_risorsa.pdf
- iv. "L'invecchiamento attivo" nell'ASS1 2012,
<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/scheda%20introduz%20e%20sottogruppi.pdf>
- v. "Salute, stili di vita, cure nell'ASS1 2012"
<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2014/scheda%20salute.pdf>
- vi. Relazione GERMANO La salute non ha età" Piano di zona 2013-2015 Obiettivo 7.1: Promuovere interventi di promozione della salute e prevenzione della disabilità dell'anziano
- vii. Relazione GERMANO in convegno c/o ISS Active and Healthy Ageing: il ruolo della sorveglianza epidemiologica PASSI D'Argento(Roma 26/09/2013)
- viii. Relazione GERMANO in convegno "Ultra 64enni: la salute e la qualità della vita. PASSI D'Argento 2012: I risultati nella Provincia di Trieste" (Trieste 18/10/2013)

G. ALTRO

a. Telefono speciale

Il progetto si pone l'obiettivo della prevenzione del suicidio fra i giovani adolescenti (12 – 18 anni ca.), i giovani (18 – 22 anni ca.) ed i giovani adulti (22 – 30 anni ca.). Un tanto facendo emergere le situazioni di rischio in tema di disagio, garantendo la prima informazione ed accompagnando il target verso i servizi di presa in carico. Il tavolo di lavoro aziendale ha affidato la gestione della parte informatica a Gruppo Pragma: a luglio è stato registrato il dominio www.telefonospeciale.it, ed a settembre è stato registrato anche il dominio www.contatto.me.

Le aree tematiche individuate sono:

Dipendenze: Alcol e sostanze

Disagio esistenziale e relazionale=> violenza? (sito no alla violenza)

Stati mentali a rischio

Disturbi alimentari: anoressia e bulimia

Disturbi mentali comuni: ansia, depressione, DOC

Disturbi mentali severi: autolesionismo e psicosi.

Resta ora da completare il sito in termini di struttura, modalità di navigazione, pagine e primi contenuti, **raccogliere/elaborare i contenuti attraverso interviste con i responsabili delle aree di cui sopra**, integrare i contenuti, grafica, funzionalità (in ottica SEO), effettuare il testing. La versione beta del programma dovrebbe essere disponibile a dicembre 2014.

b. Commissione Vigilanza Pubblico Spettacolo

La maggiore concentrazione di manifestazioni, organizzate da privati oppure da enti pubblici, si ha tra maggio ed ottobre, per un periodo di tempo limitato ad uno o più giorni, su aree pubbliche o aperte al pubblico. Se svariate sono le loro finalità – sportiva, gastronomica, culturale, sociale, etc- pressoché costante è la somministrazione di alimenti e bevande e il pubblico spettacolo o trattenimento. Proprio il carattere temporaneo induce a sottovalutare la predisposizione dei necessari presidi di soccorso, di igiene e sanità, considerandoli una semplice variabile e non una rigorosa necessità. Tuttavia le responsabilità anche penali in cui è possibile incappare smentiscono la bontà di questo atteggiamento, sottolineando come qualsiasi attività di svago con accesso di pubblico debba essere opportunamente progettata, realizzate

e vigilata. Le criticità rilevate a livello non solo locale ha portato alla costituzione di un tavolo regionale Semplificazione manifestazioni temporanee che raccoglie esperti delle Aziende sanitarie n. 1 "Triestina", n. 2 "Isontina", n. 4 "Medio Friuli", n. 6 "Friuli Occidentale" e rappresentanti dei Comuni. Il focus è rappresentato dagli aspetti igienico-sanitari: in particolare, sicurezza degli alimenti e bevande, sicurezza sanitaria del pubblico, presidi di emergenza e pronto soccorso. Il gruppo partecipa attivamente ai lavori del tavolo, con l'obiettivo di arrivare, nel corso del 2015, a linee guida regionali che consentano l'adozione di regolamenti comunali più semplici e più efficaci.

c. Servizio di Guardia Igienistica permanente e di Pronta Disponibilità

Un'analisi delle attività dei Medici in servizio di Pronta Disponibilità Igienistica ha individuato una serie di criticità e la necessità di:

1. individuare le situazioni che richiedono effettivamente una risposta immediata da parte del Dipartimento di Prevenzione, non solo in campo ambientale, ma in tutti gli ambiti di pertinenza, dalle malattie infettive alle tossinfezioni alimentari, dall'ambiente alle acque potabili, dall'ambiente di lavoro alla sanità animale;
2. strutturare un servizio di pronta disponibilità idoneo a fronteggiare queste situazioni, in termini di professionalità (forse non basta il solo medico o il solo tecnico della prevenzione), di strumenti (DPI, telefoni, rilevatori, computer portatile o tablet per accedere a protocolli, banche dati, posta elettronica, ricevere ed inviare documentazione ed immagini), di conoscenza (formazione e informazione continua);
3. adottare protocolli di comportamento atti ad affrontare correttamente le situazioni di emergenza, sia in orario di servizio che fuori orario;
4. definire criteri di filtro per l'attivazione del servizio di pronta disponibilità.

Il Direttore del Dipartimento ha dato mandato al Gruppo di studiare, per il 2015, una proposta operativa in tal senso.

STRUTTURE OPERANTI NEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Struttura Complessa Igiene Alimenti e Nutrizione (SCIAN)

Personale afferente alla struttura:

1 medico, 1 biologo, 1 dietista, 8 tecnici prevenzione, 3 amministrativi

La SCIAN, insieme con la SCVET, è impegnata nel garantire la sicurezza alimentare, intesa come “possibilità per tutte le persone, in qualsiasi momento della loro vita, di avere accesso fisico, sociale ed economico a cibi nutrienti, sani e sufficienti a soddisfare le loro preferenze dietetiche e alimentari per una vita attiva e sana” (FAO 1996).

Attraverso azioni di promozione, prevenzione e controllo di una alimentazione sana, sicura e sostenibile, orientate ad obiettivi di prevenzione delle malattie alimentari e delle patologie cronico-degenerative, contribuisce al miglioramento della qualità della vita della comunità e del singolo, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili.

L’approccio olistico e multidisciplinare ricercato in tutte le attività si concretizza attraverso l’integrazione con

- Strutture del DIP, Aziendali e extra-aziendali
- Enti e Pubbliche Amministrazioni
- Scuole
- Imprese e Ass. di categoria del settore alimentare e non.

La programmazione è guidata dai piani di prevenzione e di sicurezza alimentare, nazionali e regionali, e l’attività, effettuata nel rispetto delle procedure ISO 9001-2008, certificate dal TUV dal 2006 al 2011, viene valutata attraverso monitoraggi periodici e verifiche dei risultati ottenuti

Prioritarie e strategiche sono le azioni di:

- comunicazione,
- informazione, formazione,
- condivisione e trasparenza

Le innovazioni scientifiche, tecnologiche e normative sono oggetto di studio e confronto, sia con i competenti servizi pubblici, sanitari e non, che con le imprese dei settori coinvolti. La condivisione permette la definizione di linee guida e protocolli e l’individuazione di strumenti operativi e soluzioni adeguate e sostenibili: presenti sul sito numerose linee guida e ricco materiale informativo su aspetti normativi, tecnici, operativi

L'impegno nella costruzione di una rete di coordinamento e collaborazione con settori, sanitari e non , in grado di incidere sulla salute della comunità, è prioritario e strategico anche per la promozione della sicurezza nutrizionale, non garantita da norme cogenti, ma costantemente richiamata dai piani di prevenzione di carattere internazionale (OMS) e nazionale (piani di prevenzione nazionali) quale fattore determinante della salute su cui è indispensabile intervenire con azioni precise. Linee guida e programmi di lavoro nazionali, regionali e aziendali, approfondimenti, opuscoli, interventi didattici, progetti educativi e formativi sono presenti sul sito aziendale.

Sicurezza igienica

La sicurezza igienica degli alimenti viene garantita dalle attività svolte dalla **Struttura Semplice Igiene degli Alimenti e delle Bevande (SSIAB)**: interventi di promozione, prevenzione e controllo nelle fasi di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande, verifiche dei sistemi di autocontrollo, tracciabilità e rintracciabilità

Le principali attività istituzionali della **SSIAB** sono le seguenti:

1. controllo ufficiale (compresa l'attività di audit) dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle imprese di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande
2. controlli richiesti dal sistema rapido di allerta comunitario (rete, a cui partecipano la Commissione Europea, l'EFSA-Autorità per la sicurezza alimentare e gli Stati membri dell'Unione attraverso i propri servizi sanitari) che prevede la notifica in tempo reale di rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi e il ritiro di prodotti pericolosi per la salute umana o animale. Nell'anno 2014 sono state gestite 20 allerte che hanno coinvolto il territorio provinciale.
3. sorveglianza e indagini per specifici aspetti di competenza sui casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni alimentari : in questi casi viene attivato uno specifico protocollo dipartimentale che vede il lavoro coordinato dei servizi di epidemiologia, igiene e sanità pubblica, sicurezza alimentare, sanità veterinaria.
4. la struttura risponde alle segnalazioni e ai dubbi dei cittadini, attivando, se del caso, specifiche verifiche: n. 34 reclami/segnalazioni nell'anno 2014.
5. tutela delle acque destinate al consumo umano: nell'anno 2014 sono stati prelevati 271 campioni per verifiche microbiologiche e chimiche sull'acqua potabile fornita alla

popolazione del territorio della provincia da un unico acquedotto gestito, da due enti gestori: ACEGA (Trieste, Muggia, Dolina) e Acquedotto del Carso. Tali controlli confermano costantemente che l'acqua potabile del nostro territorio è sicura in quanto le irregolarità rilevate sono insignificanti sia sotto il profilo quantitativo (da zero a 1-2 all'anno) che qualitativo (conseguenti a occasionali imprecisioni tecniche)

6. sorveglianza nella commercializzazione e nell'utilizzo dei prodotti fitosanitari: nel 2014 sono stati controllati 7 esercizi di vendita (su 21 presenti) e 2 utilizzatori.
7. prevenzione delle intossicazioni da funghi attraverso il lavoro di 2 ispettori micologi presenti nella sede dell'Ispettorato Micologico (Mercato Ortofrutticolo all'ingrosso di Riva Ottaviano Augusto) da settembre a novembre. Vengono controllati i funghi freschi spontanei destinati alla commercializzazione (controllati e certificati) e quelli raccolti ad uso privato
8. gestione dei dati relativi alle imprese del settore Alimentare registrate nel registro degli OSA (Operatori del Settore Alimentare - Reg. CE 852/04)
9. comunicazione e informazione trasparente con operatori del settore alimentare (attraverso la stesura di protocolli e strumenti di gestione, definiti congiuntamente all'area veterinaria, condivisi con Associazioni di Categoria e riportati sul sito aziendale) e con i cittadini (incontri pubblici e reportistica sul sito)

Esaminiamo di seguito in maggior dettaglio alcune delle attività maggiormente significative.

1. Controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle imprese alimentari:

Il controllo ufficiale, rivolto alla tutela della salute umana e dei consumatori, mediante la verifica e la riduzione dei rischi biologici, chimici e nutrizionali legati ad alimenti, si sviluppa attraverso l'approfondimento delle normative di settore, la revisione e l'aggiornamento degli standard e delle modalità operative individuati e condivisi nell'ambito del percorso formativo regionale dei SIAN

In particolare l'attività di controllo ufficiale nelle imprese alimentari registrate e riconosciute, svolto da 7 tecnici della Prevenzione, viene programmato con le modalità e le frequenze minime stabilite dal Piano sulla sicurezza alimentare facendo riferimento alla classificazione ATECO delle attività e inserendo nel controllo le attività non sottoposte a verifica da più di 3 anni ed in seguito a reclami e/o segnalazioni di altri Enti..

La programmazione SIAN si inserisce in uno specifico sistema univoco di programmazione, monitoraggio e controllo nel quale confluiscono anche le attività della S.C. Sanità Pubblica Veterinaria, in particolare della S.S. Tutela igienico sanitaria alimenti origine animale.

Il numero di imprese registrate nel registro operatori Settore alimentare è in costante aumento dal 2009: da 2671 imprese registrate nel 2010 arriviamo a 3193 imprese nel 2014 (dati SISAVeR al 31.12.2013).(Grafico 1)

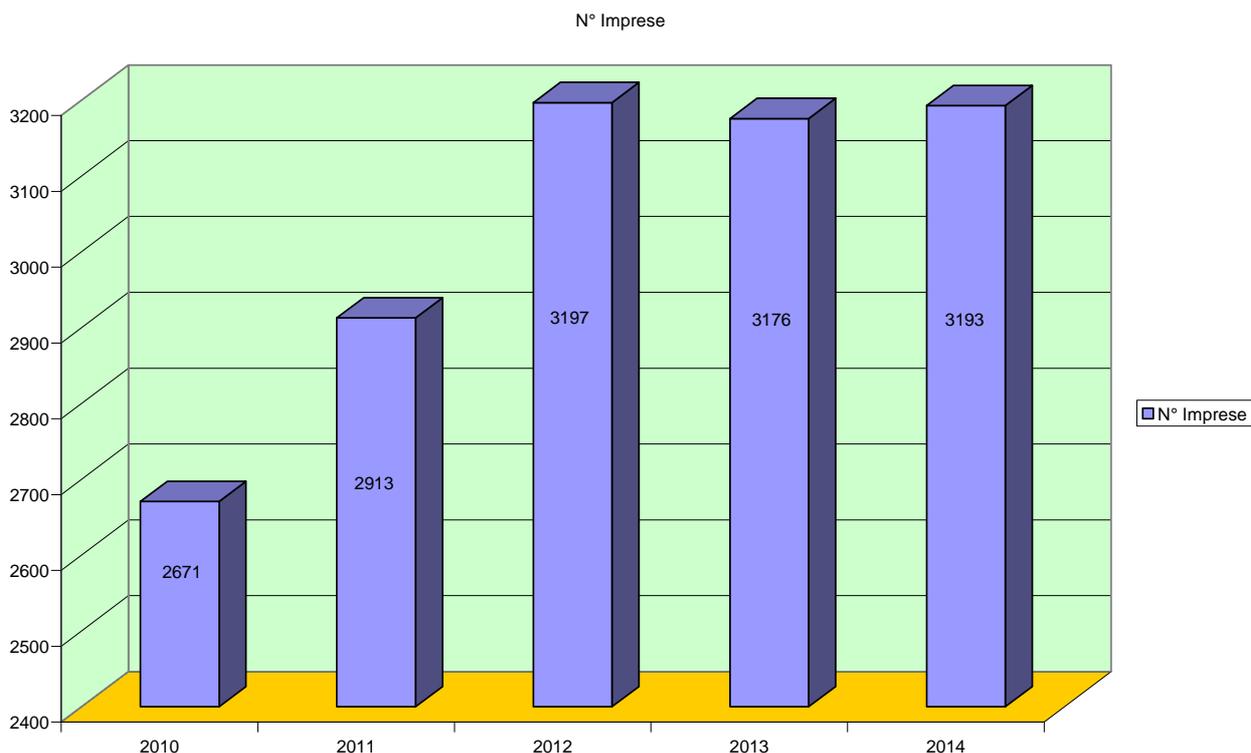


Grafico 1

Le tipologie di attività soggette a controllo ufficiale si suddividono in:

Attività industriali, attività artigianali, commercio all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica e collettiva.

In generale il numero di attività è aumentato dal 2009 al 2012 per poi rimanere pressoché costante negli anni 2013 -2014. Si segnala l'incremento dei servizi di ristorazione collettiva scolastica (vedi Tabella1) indice di una maggior impegno delle amministrazioni pubbliche e private nella risposta alle esigenze della popolazione.

Tabella 1

	2010	2014
CENTRI COTTURA	24	46
RISTORAZ COLL SCOLASTICA	52	61
RIST COLL ASSISTENZIALE	91	97
RIST COLL AZIENDALE	23	23
TERMINALI DISTR PASTI	98	158
TOTALE	288	385

Il territorio della provincia di Trieste si distingue per la importante presenza di attività di ristorazione pubblica e di commercio al dettaglio, mentre le imprese alimentari di carattere industriale sono poco rappresentate. Nel **grafico 2** sono indicate le tipologie di imprese alimentari relative all'anno 2014.

Tipologia imprese alimentari anno 2014

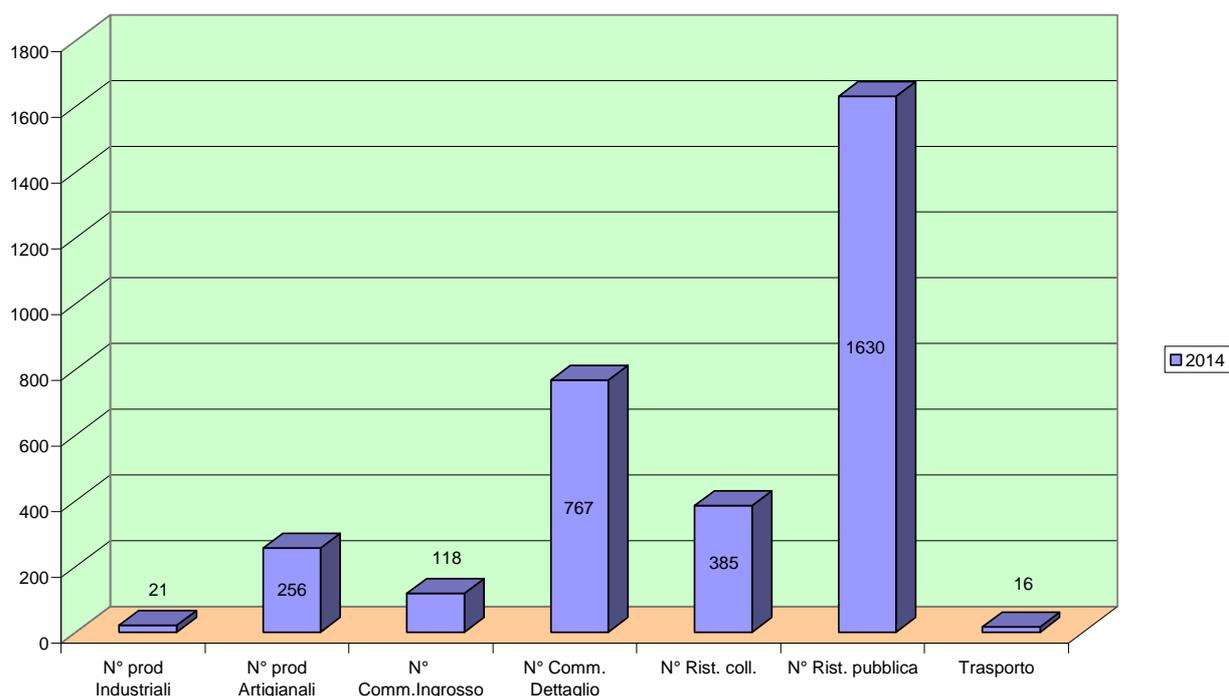


Grafico 2

L'attività di controllo ufficiale si svolge attraverso una prima ispezione di verifica della conformità igienica degli ambienti, attrezzature, personale, alimenti e procedure di autocontrollo. Se il primo controllo ha esito sfavorevole vengono eseguiti ulteriori ispezioni di verifica.

Nel **grafico 3** viene messo a confronto il numero di ispezioni eseguito dall'anno 2010 al 2014. Il numero di ispezioni effettuate dai Tecnici della Prevenzione dello SCIAN risulta progressivamente aumentato.

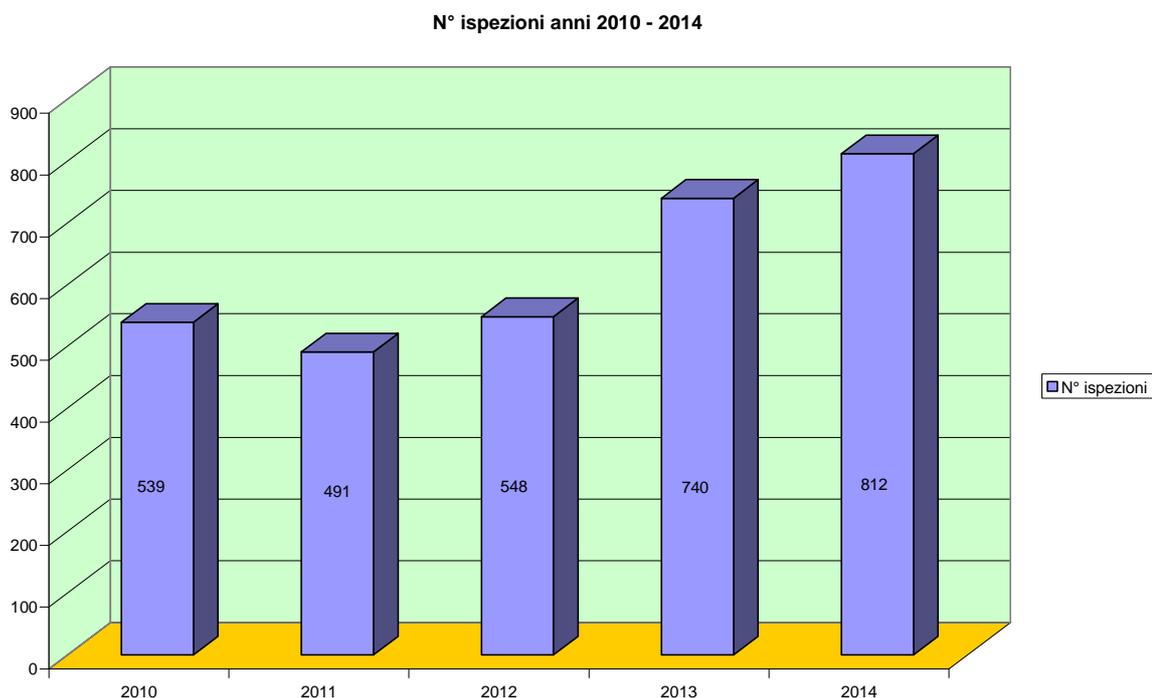
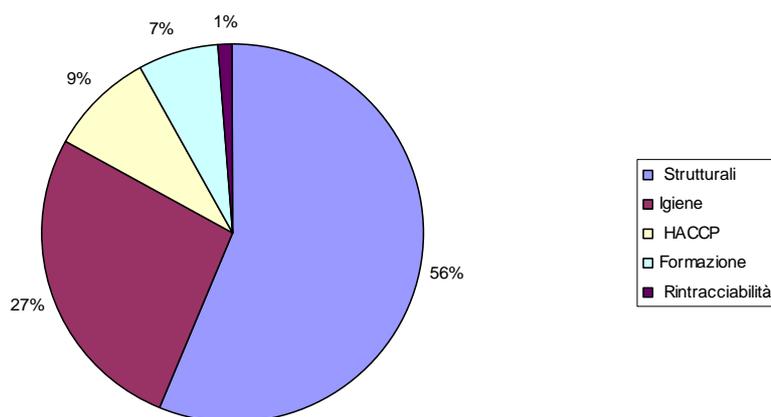


Grafico 3

Nel corso delle ispezioni, se presenti, vengono evidenziate le Non Conformità che riguardano:

- le condizioni strutturali e di manutenzione;
- le condizioni di igiene (pulizia e sanificazione compresa la lotta agli infestanti, igiene delle lavorazioni e del personale e controllo delle temperature);
- l'applicazione dei principi HACCP;
- la mancata formazione del titolare e degli addetti;
- la rintracciabilità;
- l'etichettatura non conforme

Nell'anno 2014 sono state rilevate 867 Non Conformità che risultano essere così suddivise:



Le Non Conformità strutturali ed igieniche sono rappresentate in percentuale maggiore.

Nella Tabella 2 sono indicate le NC di cui sopra suddivise per tipologia di attività:

Tipologia attività	N° imprese ispezionate	% NC strutturali	% NC igiene
Prod e confezionatori	18	11%	17%
Prod. e conf. che vendono prev. al dett.	109	53%	30%
Commercio ingrosso	46	22%	13%
Commercio dettaglio	161	47%	24%
Rist. pubblica	326	73%	37%
Rist. collettiva	146	68%	25%
Trasporto	6	17%	17%

Tabella 2

La Ristorazione pubblica ha la percentuale maggiore di NC strutturali ed igieniche indice di una non corretta gestione di locali e attrezzature dovuta anche ad un maggiore turn over del personale e un frequente cambio di titolarità degli esercizi pubblici.

La ristorazione collettiva presenta più del doppio di NC strutturali rispetto a quelle igieniche in considerazione delle problematiche legate ai fondi pubblici destinati alla manutenzione delle strutture scolastiche come pure i terminali di distribuzione pasti che, in generale, si trovano negli edifici scolastici

Per quanto riguarda i laboratori di produzione la percentuale maggiore di N.C. strutturali rispetto a quelle igieniche dipende probabilmente dalla tipologia di produzione che risulta usurante per le attrezzature ed i locali. Questi ultimi spesso sono vetusti ed in cattivo stato di manutenzione in quanto sono stati effettuati pochi investimenti per quanto riguarda i locali e attrezzature.

Negli anni dal 2010 al 2014 il numero delle imprese in cui sono state riscontrate Non Conformità è costantemente in aumento (**Grafico 4**). Questo incremento probabilmente è dovuto alla crisi economica per cui le aziende impiegano un numero minore di personale con conseguente minor attenzione alla gestione dei requisiti igienici.

Indice della crisi economica nel settore è la richiesta di proroga dell'esecuzione dei lavori prescritti in seguito ai controlli effettuati. Nell'anno 2014 sono state presentate 101 richieste di proroga in netto aumento dall'anno precedente (81 richieste).

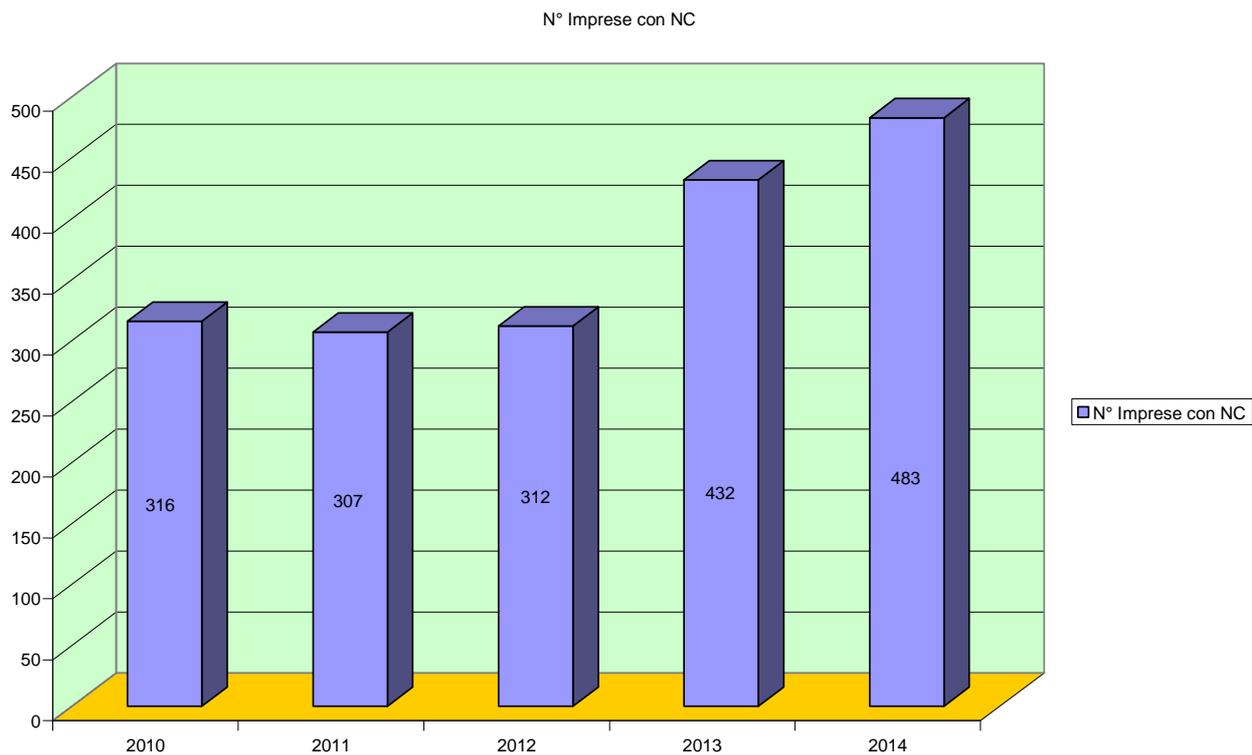


Grafico 4

In seguito alle Non Conformità rilevate nell'anno 2014 sono stati emanati i seguenti provvedimenti (Tabella 3):

Prescrizioni:	483
Sanzioni:	62
Chiusure/sospensioni:	7
Limitazioni attività:	5
Rapporti A.G.	2
Sequestri di alimenti	5

Per quanto riguarda le sanzioni elevate nei confronti degli Operatori del Settore Alimentare, le tipologie di attività maggiormente sanzionate nell'anno 2014 sono gli esercizi pubblici (50% delle sanzioni) e gli esercizi di vendita al dettaglio (27%).(Tabella 4)

Tipologia attività	N° sanzioni
Prod. e conf. che vendono prev. al dettaglio	9
Commercio ingrosso	2
Commercio dettaglio	17
Ristorazione pubblica	31
Ristorazione collettiva	3

Tabella 4

Attività di Audit

Il Regolamento 882/2004 definisce l'audit: "un esame sistematico e indipendente per accertare se determinate attività e i risultati correlati siano conformi alle disposizioni previste, se tali disposizioni siano attuate in modo efficace e siano adeguate per raggiungere determinati obiettivi".

L'attività di audit sulle attività del settore alimentare valuta se l'OSA è in grado di identificare nella sua organizzazione ogni rischio connesso con la sicurezza degli alimenti, se le disposizioni sono attuate in modo efficace e sono adeguate al raggiungimento di determinati obiettivi. L'audit identifica, inoltre, le aree dell'attività in cui si rilevano deficienze e le azioni che devono essere implementate per correggerle.

Nel 2013 è stato portato a termine il progetto Audit Regione Friuli Venezia Giulia: percorso formativo rivolto al personale delle Aziende Sanitarie per la formazione dei Responsabili di Gruppo Audit nell'ambito della sicurezza alimentare. Nel SIAN dell'ASS1 hanno completato la formazione prevista 3 persone (1 medico Responsabile della S.C.I.AN., 1 biologo Responsabile della S.S. I.A.B e 1 Tecnico della Prevenzione).

L'attività di audit è stata implementata dal 2010.

Le non conformità sono in costante aumento dal 2010 sino al 2013. Nell'ultimo anno la NC sono diminuite (**Grafico 5**). L'iniziale incremento delle NC probabilmente era dovuto ad una maggior attenzione degli auditor adeguatamente formati a livello regionale e alla verifica di imprese più piccole e meno preparate. Attualmente le imprese si sono sensibilizzate rispetto alla gestione delle procedure sia del'HACCP che della Qualità.

Attività di Audit

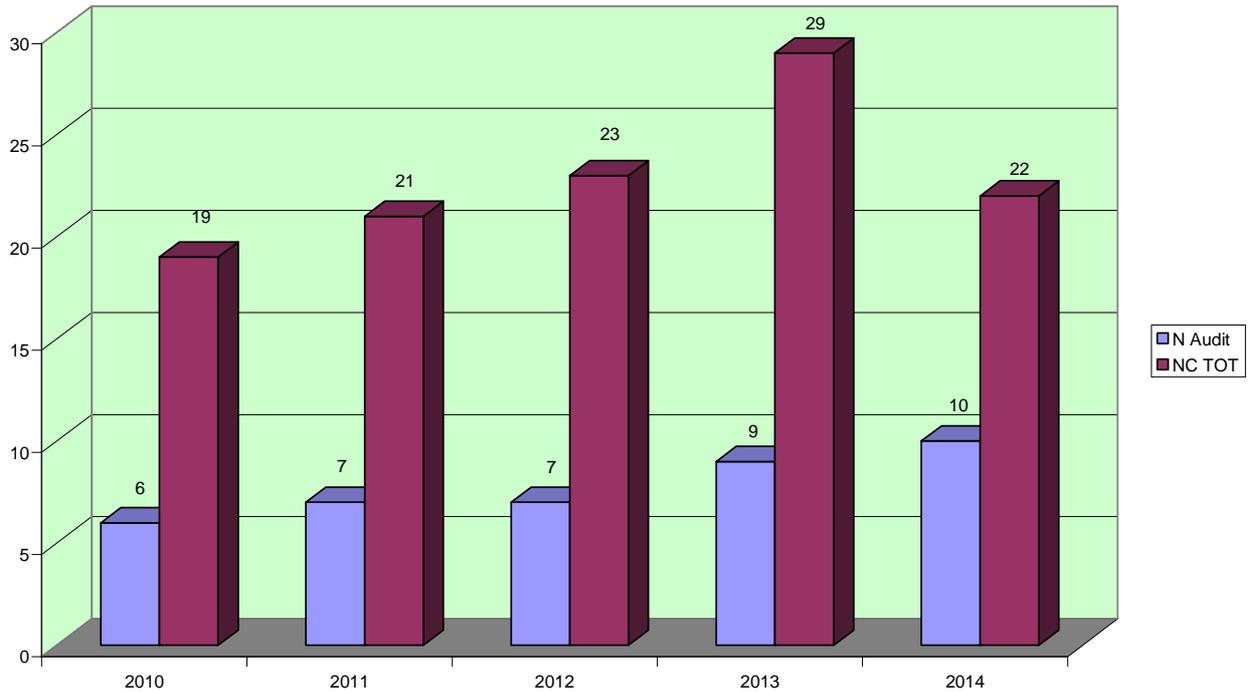


Grafico 5

Attività di controllo degli alimenti attraverso l'esecuzione di campioni:

La programmazione risponde a specifici piani del Ministero della Salute (Piano Nazionale Residui, Piano Nazionale Alimentazione Animale) e ai Piani regionali elaborati dalla Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali, in linea con i contenuti del PNI/MANCP 2011/2014 e in conformità ai principi e agli orientamenti degli articoli 41, 42 e 43 del [Regolamento \(CE\) 882/2004](#), della Decisione della Commissione 2007/363/CE del 21 maggio 2007 e del D.P.R. 14 luglio 1995.

Il Piano intende garantire, attraverso il coordinamento delle diverse attività di controllo ufficiale, un efficiente intervento sul territorio, attraverso l'attività interdisciplinare del lavoro dei Servizi SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione e del Laboratorio di analisi dell'ARPA.

Negli anni il numero di campioni prelevati può variare perché a quelli programmati si possono sommare anche campioni di alimenti prelevati in seguito a reclami/segnalazioni o episodi tossinfettivi.

In media annualmente vengono prelevati circa 116 campioni di alimenti.

Negli ultimi anni non si sono riscontrate non conformità sui campioni prelevati eccetto per un campione di frutta per la presenza di piombo superiore ai limiti previsti da Regolamenti CE e un campione di verdure per presenza di antiparassitari.

Gestione dati relative alle imprese

Il Regolamento (CE) 852/2004 e la Delibera Regionale DGR 3160 dd. 22.12.2006 sanciscono l'obbligo da parte dell'Operatore del settore Alimentare di notificare all'autorità sanitaria competente l'esistenza di un impianto posto sotto il suo controllo che esegue una qualsiasi delle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di alimenti, ai fini della sua registrazione e del successivo controllo.

In base alla normativa regionale gli Operatori del Settore Alimentare devono presentare alla SC Igiene Alimenti e Nutrizione la notifica di nuova impresa alimentare (NIA) o la variazione di un'impresa esistente (VIA).

Dal 2010 al 2014 le notifiche sono in costante aumento (**Grafico 6**) con un importante turn over nella tipologia di ristorazione pubblica (Bar Ristoranti).

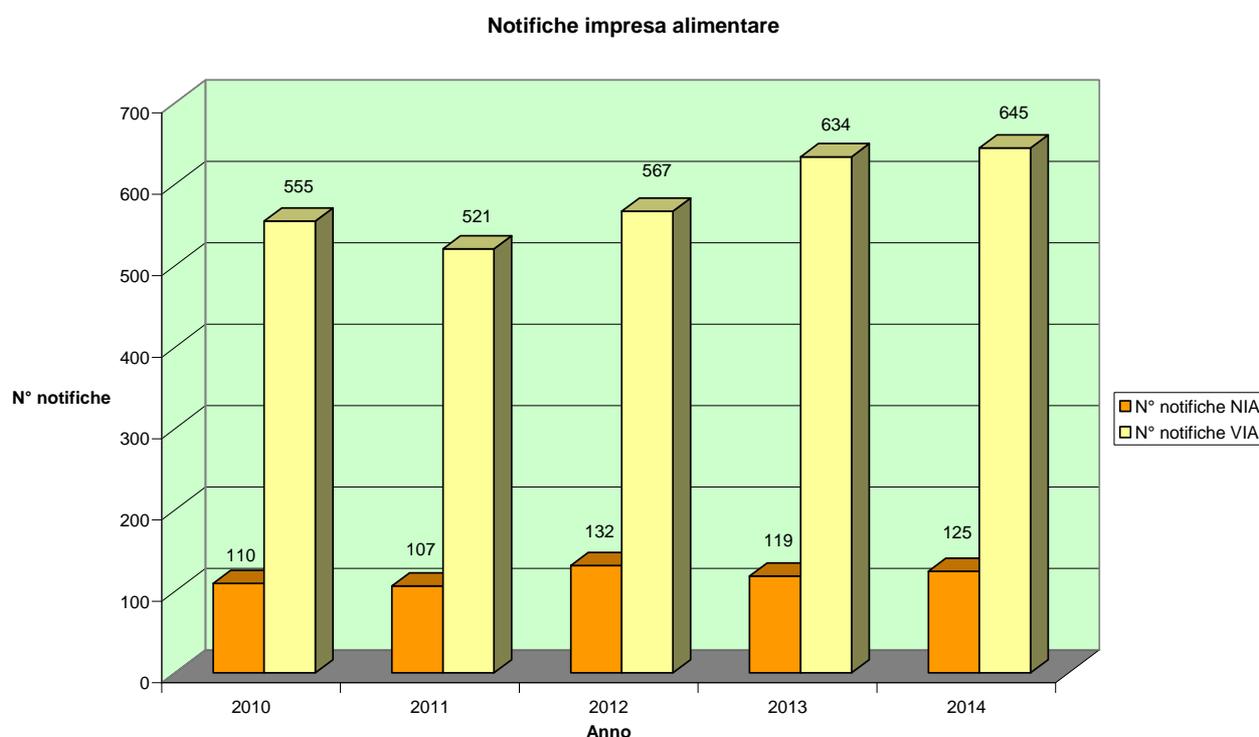


Grafico 6

Sicurezza nutrizionale

La SCIAN promuove la sicurezza nutrizionale degli alimenti seguendo le indicazioni delle linee di lavoro individuate dal Ministero della Salute, attraverso attività e percorsi coordinati e integrati con altre strutture sanitarie, aziendali e extra-aziendali, e Enti e organizzazioni non sanitarie ma che rivestono un ruolo determinante nel favorire il raggiungimento degli

obiettivi di salute prescelti. L'impegno è dedicato soprattutto alle fasce più deboli e fragili rappresentate dalle 385 imprese dedicate alla ristorazione collettiva (60% scolastica, 25% assistenziale)

Linee di lavoro

- sorveglianza nutrizionale:

- i dati epidemiologici dei consumi ed abitudini alimentari vengono ricavati da banche dati nazionali (Istat) e da programmi di rilevazione specifici (OKKIO per i bambini di 8 anni – HBSC per gli adolescenti - PASSI per la popolazione 18-65 anni e PASSI d'ARGENTO per gli ultrasessantacinquenni) a cui la SCIAN partecipa attivamente nell'ambito della organizzazione del DIP.

Nel corso del 2014 è stata effettuata la rilevazione di specifica competenza SCIAN prevista dal progetto nazionale OKkio, ampliata con la raccolta ed elaborazione dei dati a valenza provinciale (come già nel 2012). La relazione conclusiva è postata sul sito di AAS1

Quanto evidenziato attraverso i programmi di sorveglianza nutrizionale rappresenta il riferimento per:

- interventi di promozione nutrizionale nella comunità elaborazione di proposte formative e di aggiornamento:

Scuole di ogni ordine e grado (dai nidi alle superiori), strutture assistenziali (anziani, portatori di handicap). Gli interventi si sviluppano attraverso l'approccio intersettoriale e interdisciplinare, proprio dei processi di promozione della salute efficaci, che determina il coinvolgimento e la condivisione con direzioni scolastiche, docenti ed educatori, dirigenti e operatori di amministrazioni pubbliche (comuni: scuole, ricreatori, strutture socio-assistenziali) e imprese del settore alimentare (ditte di ristorazione), associazioni di categoria e volontariato.

BAMBINI

Particolare l'impegno rivolto alla fascia dei piccoli nel percorso di accreditamento UNICEF ASS1(allattamento-alimentazione complementare), coronato dal riconoscimento di "Comunità amica del bambino" da parte di UNICEF.

La SCIAN ha proseguito l'impegno nella formazione condivisa tra operatori dei servizi sanitari e dei servizi educativi (1 evento formativo in ognuno dei 4 Distretti aziendali), nella

valutazione e nel monitoraggio dell'efficacia degli interventi rivolti alle mamme e alle famiglie (effettuati e inseriti i dati di 78 questionari)

Di particolare rilievo la condivisione dell'impegno nella promozione di uno "Sviluppo sostenibile", continuando ad investire sulle iniziative formative ed educative (rivolte a insegnanti, bimbi e famiglie) legate all'esperienza dei 70 "orti in condotta" del comune di Trieste

ADULTI e ANZIANI

Importante l'impegno formativo in ambito nutrizionale rivolto agli adulti con:

- 2 edizioni del corso "Alimenta la salute", dedicato agli operatori dell'AAS1
- relazione all'interno delle 2 edizioni del corso promosso da AOUTS sull'alimentazione nei lavoratori turnisti
- intervento nelle 9 edizioni del corso dedicato agli operatori assistenziali promosso dal servizio diabetologico

- **interventi di promozione nella ristorazione collettiva:** l'attività di promozione nutrizionale sopra descritta, fortemente sostenuta negli anni, ha favorito una fattiva collaborazione con le amministrazioni comunali che ha permesso un diffuso miglioramento dei capitolati di ristorazione collettiva scolastica (11.000 pasti) e assistenziale (3.000 pasti per anziani).

Oltre alla predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche si sono realizzati i seguenti interventi specifici.

RISTORAZIONE SCOLASTICA

Nel corso del 2014 sono stati effettuati 5 incontri rivolti ai responsabili delle Amministrazioni comunali al fine di rilevare la qualità della ristorazione collettiva scolastica. Sono state eseguite ispezioni in 18 refettori di refezione scolastica del territorio provinciale, con rilevazione dei dati relativi alla qualità delle strutture e dell'organizzazione del servizio e di locali. Il lavoro svolto ha permesso di individuare numerose opportunità di miglioramento: in tutte le sedi è emersa la necessità di implementare i canali di comunicazione, informazione e coinvolgimento delle famiglie, utilizzando i comitati mensa, i siti aziendali, la collaborazione con le direzioni scolastiche. Significativa la rilevazione dei parametri ambientali (microclima, luminosità, acustica) in 4 refettori, finalizzata a individuare possibili efficaci interventi di miglioramento degli stessi.

RISTORAZIONE ASSISTENZIALE

Nel corso del 2014, nell'ambito di uno specifico obiettivo della Direzione regionale della Salute, è stata eseguita una indagine nelle strutture assistenziali per anziani finalizzata a rilevare: contesto generale, servizio di ristorazione, cura alla persona, dietetica, merceologia, sicurezza igienica. Nel territorio dell'AAS 1 Triestina è stato esaminato un campione di 20 residenze (23% del totale) con 1366 anziani (45% del totale), dei quali il 76% non autosufficienti. In 4 strutture (228 ospiti dei quali l'89% non autosufficienti), sono stati realizzati campionamenti di prodotti alimentari freschi e processati e di piatti serviti agli ospiti (102 campioni).

Le criticità rilevate sono sovrapponibile a quelle evidenziate dallo studio regionale e riguardano soprattutto: la mancata formazione nutrizionale (75%) e il ridotto monte orario per il personale di cucina (15%), l'assenza della rilevazione mensile del peso degli ospiti (60%), dello screening di rischio di malnutrizione (80%), della procedura per la rilevazione sistematica dell'idratazione (40%), della cura dell'igiene orale (25%).

Per aspetti dietetici e merceologici: il 60% dei menù non risponde alle LG; solo il 15% delle residenze usa quasi esclusivamente latte fresco, il 90% acquista formaggi fusi e solo una su 20 impiega più del 70% di verdure fresche.

L'indagine risulta utile a formulare raccomandazioni puntuali finalizzate ad agire efficacemente sulle numerose criticità che toccano in modo trasversale il benessere dell'anziano istituzionalizzato e garantire la tutela della salute e del diritto al cibo di questo fragile gruppo della popolazione.

Si è inoltre collaborato attivamente con il comune di Trieste per il perfezionamento della gara d'appalto rivolta alla ristorazione nelle strutture assistenziali dell'ente locale.

- Progetti

L'impegno nella promozione nutrizionale della struttura si sviluppa e amplia anche attraverso l'integrazione con:

- progetti aziendali inseriti nella proposta annuale di promozione salute presentata da ASS1 alle scuole di ogni ordine e grado e nel piano di zona PDZ 7.2, rivolto al benessere dell'anziano.
- Progetti finalizzati a declinare i principi del II piano d'azione sulle politiche alimentare e nutrizionali - OMS EUROPA e di DIETA SOSTENIBILE – FAO, condivisi con l'Area Educazione comune di Trieste, rivolti a

- tutta la popolazione (“TRIESTE NEXT” SALONE EUROPEO DELLA RICERCA SCIENTIFICA FOOD (2012), WATER (2013), ENERGY (2014));
- agli insegnanti e agli alunni: percorso formativo nei 70 “orti in condotta” e menù sostenibile nella “Giornata Mondiale dell’ambiente UNDP” (5 giugno)

Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.C.P.S.A.L.)

La Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro sviluppa interventi e programmi finalizzati a favorire la promozione dell'importanza strategica della sicurezza degli ambienti di lavoro, soprattutto in termini di diminuzione dei rischi infortunistici e di contrarre malattie professionali. Assicura inoltre, in via diretta, le funzioni di:

- tutela della collettività e dei singoli dei rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- vigilanza;
- attività autorizzative;
- promozione della salute;
- informazione, formazione e assistenza.

Al suo interno è prevista la Struttura Semplice Igiene Tecnica del Lavoro, che svolge attività mirate all'igiene industriale, svolge attività preventive connesse con l'amianto e manufatti d'amianto, effettua la valutazione dei progetti di nuovi insediamenti industriali, svolge attività autorizzativa e di vigilanza tecnica. All'interno di tale struttura opera un laboratorio di igiene industriale dedicato alle analisi relative all'amianto.

La Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro svolge attività mirata alla prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro, comprendente la vigilanza, l'analisi dei fattori di rischio, l'attività di informazione e formazione ed assistenza.

Presso la SCPSAL operano 20 persone, così distribuite per professione:

qualifica	n° operatori
Dirigenti Medici	4
Dirigenti Tecnici Ingegneri	1
Ingegneri Collaboratori	1
Tecnici della Prevenzione (TdP)	7
Assistenti Sanitari	4
Amministrativi	3

Vigilanza

Raggruppa tutte le attività di sopralluogo e di monitoraggio dei fattori di rischio, e le eventuali azioni che ne conseguono sotto forma di disposizione / prescrizione / sanzione. L'intervento di vigilanza può avvenire sulla base della programmazione delle attività, essere richiesto dall'Autorità Giudiziaria e/o dalle forze dell'ordine, ovvero avvenire sulla base di segnalazioni che pervengano al servizio da parte di Enti, istituzioni ovvero lavoratori o anche semplici cittadini. Attualmente i piani nazionali demandano alla regione numeri definiti di aziende da controllare nel loro complesso (Livelli Essenziali di Assistenza e Patto della Salute) di cantieri edili (Piano Nazionale Edilizia) e aziende agricole (Piano Nazionale Agricoltura).

Tra le attività di vigilanza particolarmente importanti per la nostra provincia rientra anche la verifica dei lavori a caldo a bordo nave ed in ambito portuale.

L'attività di vigilanza può essere svolta da personale della Struttura ovvero in forma integrata con operatori di altre Strutture del Dipartimento di Prevenzione od enti deputati alla tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro (INAIL, DTL, INPS, Capitaneria di Porto, Autorità Portuale, V.F.F., ecc.).

Indagini

Sono le attività conseguenti alla segnalazione dell'accadimento di eventi infortunistici o di riscontro di sospette malattie professionali.

Le indagini a seguito dell'accadimento di infortuni sul lavoro vengono effettuate nell'immediatezza dei fatti, attraverso un servizio di reperibilità garantito sulle 24 ore.

Nelle attività di indagine sono ricomprese anche le attività relative a progetti nazionali (MALPROF ed INFORMO) mirati a raccogliere elementi essenziali alla conoscenza delle dinamiche degli eventi al fine di migliorare le azioni preventive delle Strutture di prevenzione negli ambienti di lavoro.

Disposizioni – Prescrizioni – Sanzioni

Sono i provvedimenti che seguono al riscontro di violazioni per il mancato rispetto della normativa posta a tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Iscrizione al registro regionale ex esposti ad amianto

Attività riguardante l'esame delle domande per l'iscrizione al registro regionale ex esposti ad amianto e l'invio del previsto parere alla Direzione Centrale della salute.

Ricorsi avverso il giudizio di idoneità espresso dal medico competente

La Struttura effettua le visite mirate ad esaminare i ricorsi presentati dai lavoratori e/o dai datori di lavoro avverso il giudizio di idoneità espresso dal medico competente.

Pareri

La Struttura emette pareri per i seguenti aspetti, in collaborazione con la S.C.I.S.P.P.A.:

- Nuovi insediamenti produttivi
- Deroghe per aspetti strutturali dei luoghi di lavoro (altezze / locali sotterranei – semisotterranei)
- Deroghe all'inserimento lavorativo di lavoratori con disabilità.

Promozione della salute, informazione e formazione

Raggruppa tutte le attività poste in essere, anche con le altre Strutture Dipartimentali ed istituzionali del territorio mirate alla promozione della salute, informazione e formazione delle diverse figure richiamate a svolgere azioni di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro (soggetti aziendali della prevenzione, lavoratori, ecc. Viene svolta inoltre attività in collaborazione con le scuole di II grado ed attività di docenza e tutoraggio nell'ambito di corsi di laurea e di specializzazione universitaria.

Amianto

Sotto questa voce rientrano le attività connesse alla valutazione dei piani di bonifica e/o notifiche amianto. Vi sono poi le attività di prelievi di campioni per l'analisi dei materiali con sospetta presenza di amianto, anche al fine della restituibilità del cantiere di bonifica.

Oltre a queste attività la Struttura collabora con la SCISPPA a fronte del rinvenimento di manufatti in amianto abbandonati, o per valutare strutture abitative.

Registri esposti a cancerogeni. La SCPSAL riceve le comunicazioni relative ai registri aziendali che riportano gli elenchi nominativi e i dati / le modalità di esposizione ad agenti

cancerogeni, collabora inoltre con il Registro Nazionale Mesoteliomi nell'istruzione della casistica.

Vigilanza in ambito portuale (Presidio portuale)

Stante la complessità della gestione della sicurezza nelle attività portuali, così come previsto dall'articolo 10 del D.Lgs. 81/08 lo SCPSAL attua interventi mirati all'assistenza alle imprese con impegno congiunto tra Capitaneria di Porto di Trieste, INAIL e Autorità portuale. Nell'anno 2014 alcuni di questi Enti hanno collaborato per la pubblicazione del manuale "Guida per una navigazione sicura e per la Gestione delle Emergenze" che è stato dato alle stampe nel giugno del 2014 e poi diffuso tra le associazioni dei datori di lavoro, parti sociali e lavoratori.

Ne corso dell'anno 2014 si è dato avvio anche al "progetto pesca" in collaborazione con l'INAIL provinciale settore navigazione con alcuni incontri e riunioni preliminari.

Tra le attività di assistenza vanno indicati anche gli incontri tecnici con le varie figure della prevenzione RLSS e RSPP Aziendali verso i quali si è profuso un costante e continuato impegno.

Nondimeno, le attività di proprie di vigilanza svolte dallo SCPSAL attuate in ambito portuale si sono ormai consolidate in una media di 4630 ore/anno rimanendo invariato rispetto gli anni precedenti. Tali attività oltre la normale prevenzione antinfortunistica e di igiene lavorativa, hanno riguardato anche consulenze e attività di Polizia Giudiziaria svolte per conto della Procura della Repubblica di Trieste per indagini sulle malattie professionali ed infortuni sul lavoro.

Quali progetti mirati di prevenzione segnaliamo un importante intervento coordinato con all'Autorità Portuale che ha interessato tutti i magazzini portuali del Punto Franco Nuovo e Vecchio oltre che dello Scalo legnami al fine di evidenziare le criticità relative alle corrette modalità di stivaggio delle merci e della gestione delle emergenze.

Sul fronte dell'igiene lavorativa nel 2014 è stato iniziato un percorso conoscitivo e di prevenzione sull'origine di specifici eventi patologici (malattie professionali) correlati alla movimentazione manuale dei carichi nelle operazioni di sollevamento del sacco di caffè dove l'analisi dei dati epidemiologici degli ultimi 15 anni avevano confermato la criticità di tale rischio lavorativo.

Attività Svolta nel 2014

	N°
Complessivo aziende oggetto di ispezione	479
cantieri edili ispezionati	240
cantieri ispezionati per amianto	120
sopralluoghi complessivamente effettuati	962
inchieste malattie professionali concluse	306
pareri emessi	53
interventi di informazione/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi	7
ore di formazione	236
persone formate	349
piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08)	828

Negli ultimi anni sono state osservate importanti variazioni nel contesto in cui opera la Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, contesto che risente da una parte dell'importante eredità legata ad esposizioni pregresse che comportano allo stato attuale una elevata incidenza di neoplasie professionali (da amianto e idrocarburi policiclici aromatici in particolare), dall'altro alla situazione di criticità del mondo produttivo degli ultimi anni. Riassumendo si ricordano i principali fattori che incidono sul carico di lavoro della Struttura.

1. costante aumento delle malattie professionali che negli anni sono variate per tipo e complessità di valutazione, anche a fronte del riconoscimento assicurativo di patologie in passato non "indennizzate" (vedasi relazione specifica nella parte generale di contesto).
2. elevato numero di neoplasie professionali su cui si sta svolgendo indagini, in un territorio che rappresenta una delle aree nazionali a maggior incidenza delle stesse. Tale situazione è correlata prevalentemente alla pregressa esposizione ad amianto, anche se stanno emergendo evidenze di altre cause determinanti neoplasie. Questa situazione, specifica per l'area triestina, comporta un eccezionale impegno per i medici

della Struttura nello svolgimento di indagini estremamente complesse, in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria.

3. diminuzione degli infortuni, che mantengono in buona parte le principali modalità di accadimento, ma che comportano una maggiore complessità di indagine in relazione al mutato quadro normativo di recepimento delle direttive comunitarie e alla evidenza di un sempre maggior numero di reati legati a contraffazione di atti formali, situazione attribuibile in parte alla crisi economica.

A patologie prevalentemente e chiaramente attribuibili all'esposizione professionale (es. ipoacusie, allergopatie da lavoro, patologie da vibrazioni, ecc.), che rappresentavano la quasi totalità delle malattie professionali/malattie da lavoro denunciate sino a 7-8 anni fa, negli ultimi anni si sono sostituite, non per variata esposizione, ma per il dovuto riconoscimento della loro componente professionale, patologie cronico-degenerative, che vedono, accanto alla loro fisiologica presenza nella popolazione generale, una importante concausa professionale (patologie da sovraccarico biomeccanico e da movimenti ripetuti, difficilmente misurabili e valutabili per quanto riguarda la componente professionale). Tale fatto si associa peraltro all'invecchiamento della popolazione lavorativa, dovuto sia alla crisi economica che alle recenti modifiche relative alla normativa pensionistica, aprendo una finestra su una drammatica criticità del mondo del lavoro dei prossimi anni, "il lavoratore anziano" e le sue fragilità intrinseche.

L'evoluzione normativa peraltro ha visto riconosciuti quali fattori di rischio lavorativo gli aspetti organizzativi, affrontando, anche sulla base di quanto disposto dalla normativa europea, aspetti legati allo stress lavoro correlato

In questa situazione la SCPSAL ha attivato percorsi di coordinamento con gli altri organi istituzionali della prevenzione (INAIL, Direzione Territoriale del Lavoro, VVFF, ecc.), che hanno portato alla definizione di strumenti di valutazione e indirizzi di lavoro comuni ed all'effettuazione di attività integrata/congiunta.

Ricordiamo al riguardo l'importantissimo **Coordinamento degli Organi Ispettivi nel porto di Trieste** (COI) istituito sotto egida Prefettura, coordinamento che si avvale dell'istituzione di un presidio portuale della SCPSAL dell'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina".

Un importantissimo esempio di collaborazione mirata ad una maggior efficacia dell'azione di prevenzione e di istruzione delle attività relative alle malattie professionali amianto-correlate è rappresentato dalla realizzazione, in collaborazione tra le A.S.S. dell'area Giuliano-Isontina, la Regione, le Procure della Repubblica, le Direzioni territoriali del Lavoro, L'INAIL, l'INPS e altri soggetti pubblici e privati (Istituto Saranz, Archivio di Stato, ecc.) presenti sul territorio, di un archivio che contiene tutte le informazioni disponibili relative alle esposizioni, ai lavoratori e alle conseguenze per la loro salute, archivio che, informatizzato in un data base relazionale, permette di ricostruire la **“storia” dell'esposizione ad amianto di ogni azienda e di ogni lavoratore** e semplificare enormemente l'attività di indagine, mirata soprattutto a veder riconosciuti i diritti dei lavoratori malati (*“La ricostruzione della storia dell'esposizione lavorativa ad amianto nelle province di Trieste e Gorizia ai fini dell'assistenza ai lavoratori esposti ed ex esposti”* Contributi alle Aziende Sanitarie regionali per la realizzazione di progetti di ricerca sulle malattie correlabili all'amianto - ex art. 8 - Comma 1 - Legge 22 dd.12.9.2001).

Di seguito si ricordano le attività di maggior rilievo prospettico, sviluppate negli ultimi anni:

Amianto

Il laboratorio fibre aziendale, intitolato al tecnico Sergio Bruno Gregori, è attrezzato per le analisi su campioni di massa con tecnica MOCF (microscopia ottica in contrasto di fase) per la verifica dell'eventuale contenuto di fibre di amianto nei materiali a matrice solida o polverulenta.

Le analisi vengono svolte sia su campioni prelevati dai tecnici della SCPSAL durante le normali attività di vigilanza sia su campioni prelevati e consegnati alla Struttura da privati. L'attività svolta dal laboratorio è complementare all'attività di vigilanza sui cantieri di bonifica da amianto: entrambe hanno lo scopo di tutelare la collettività, lavoratori e privati cittadini, dai rischi correlati alla presenza negli ambienti di lavoro e/o di vita, di materiali contenenti amianto.

Il laboratorio attualmente è in fase di accreditamento presso il Ministero della Salute.

Nell'ambito delle attività correlate all'amianto, la presenza di personale della SCPSAL nella Commissione Regionale per l'Amianto ha portato ad approfondire le conoscenze in merito alle problematiche legate allo smaltimento in discarica dei rifiuti provenienti dalle bonifiche e alle possibilità future offerte dalle tecniche di inertizzazione mediante trattamento termico del minerale.

E' stata inoltre sviluppata una importante collaborazione con i Comuni di Trieste e di Muggia che ha portato alla redazione di un protocollo di intervento per la bonifica dei pavimenti rivestiti di vinilamianto presenti nelle scuole comunali.

Sicurezza nel montaggio dei palchi per lo spettacolo

Dopo il tragico evento del dicembre del 2011 avvenuto al PalaTrieste durante il montaggio del palco per un concerto, i tecnici della SCPSAL hanno contribuito, partecipando a gruppi di lavoro nazionali e ministeriali alla scrittura del Decreto Interministeriale 22 luglio 2014 relativo alla sicurezza nell'allestimento e la gestione delle opere temporanee e delle attrezzature da impiegare nella produzione e realizzazione di spettacoli musicali, cinematografici, teatrali e di manifestazioni fieristiche, nonché delle relative istruzioni operative tecnico-organizzative.

Alla luce di tale nuova normativa, si è fornita adeguata assistenza ai professionisti e alle ditte operanti nel settore e sono stati organizzati due convegni nazionali (13 dicembre 2012 e 2013) per presentarla e darne la necessaria diffusione.

Negli ultimi anni, inoltre, in accordo con altri Enti, Comune e INAIL, sotto l'alto patrocinio del Presidente della Repubblica, sono stati realizzati i due seminari nazionali "la sicurezza nel montaggio e smontaggio dei palchi per lo spettacolo. Dalla conoscenza alle azioni di prevenzione" Che hanno permesso il confronto con i maggiori referenti nazionali del settore.

Edilizia

Annualmente la Struttura organizza un incontro con i professionisti del settore presso l'Istituto Tecnico Industriale "Alessandro Volta" ("La sicurezza in edilizia").

All'incontro collaborano gli Enti paritetici deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro e, grazie alla collaborazione dei referenti aziendali della prevenzione, consente alle imprese e agli operatori del settore dell'edilizia di incrementare e promuovere azioni di informazione e formazione nel settore delle costruzioni e rimanere sempre aggiornati.

Informazione e vigilanza nelle case di riposo

Il Dipartimento di Prevenzione da molti anni ha attivato un gruppo di lavoro interstruttura che interviene al fine della prevenzione e sicurezza nelle case di riposo, con attenzione sia ai lavoratori che agli ospiti delle stesse. Sulla base dell'importante esperienza maturata è stato recentemente promosso il seminario informativo "la sicurezza nelle strutture polifunzionali e

case di riposo” durante il quale sono state presentate le modalità di attuazione degli interventi preventivi e migliorativi possibili e definite le attività di monitoraggio necessarie, sono state inoltre fornite informazioni sulla sorveglianza sanitaria sui fattori di rischio prevalenti quali, ad esempio, il rischio biologico, il rischio derivante dalla movimentazione delle persone con disabilità, i rischi ergonomici e le procedure d'emergenza.

La promozione delle azioni di informazione e formazione viene supportata da azioni di verifica e controllo che annualmente vengono eseguite in modo congiunto a livello dipartimentale.

Vigilanza congiunta nel comparto supermercati

Per aumentare la sicurezza nel settore della grande distribuzione sono state predisposti dei sistemi di rilevazione delle principali criticità del comparto, seguiti da interventi di vigilanza effettuati congiuntamente con gli altri organi di prevenzione istituzionali.

Traumi legati a sovraccarico biomeccanico (Cumulative Trauma Disorder)

Il servizio ha collaborato all'interno del Gruppo Regionale istituito tra gli operatori degli SCPSAL per prevenire situazioni ritenute a rischio per il sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e diffondere le corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti. Questo gruppo ha peraltro predisposto un'analisi sulla dinamica delle malattie professionali in regione, dalla quale è stata estratta la specifica parte generale di questo documento.

Scuole

Sono state eseguite delle indagini ambientali quali rumore, luce, e microclima volti a rilevare i parametri fisici presenti nelle mense scolastiche, in collaborazione con la S.C.I.A.N. nell'ambito della programmazione regionale.

Ambienti confinati

Nell'ambito dell'assistenza tecnica fornita alle imprese sono state promosse azioni di informazione e formazione nelle aziende che effettuano lavori in ambienti confinati seguite da interventi di vigilanza congiunta con altri Enti. Negli ultimi anni inoltre sono state effettuate specifiche indagini mirate alla conoscenza della situazione di rischio a livello provinciale.

Partecipazione a gruppi di lavoro tecnici

Il personale tecnico e medico della SCPSAL partecipa a gruèppi di lavoro nazionali, regionali e provinciali:

- Gruppo tecnico regionale edilizia
- Gruppi tecnici regionali amianto
- Gruppo tecnico regionale agricoltura
- Gruppo tecnico regionale Mal.Prof. e Infor.Mo.
- Gruppo regionale MeLa (gestione informatica delle SCPSAL)
- Gruppo tecnico regionale sulle patologie da sovraccarico biomeccanico
- Comitato regionale di coordinamento (ex art. 7 del D.Lgs. 81/08)
- Ufficio Operativo di cui al D.P.C.M. 21 dicembre 2007
- Comitato provinciale per l'emersione del lavoro sommerso (CLES)
- Gruppo tecnico interistituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali
- Tavolo prefettizio permanente per la sicurezza del lavoro

Da questi gruppi/tavoli spesso si è sviluppato un coordinamento e collaborazione tra Enti diversi.

Nella Provincia di Trieste è ormai da anni attiva una collaborazione tra Organi di Vigilanza (SCPSAL e DTL) e Comitato Paritetico Territoriale per l'edilizia che è sfociata in un protocollo d'intesa al fine di coordinare ed implementare l'attività di prevenzione e di promozione della sicurezza del lavoro nei cantieri edili della provincia di Trieste. Il protocollo è stato siglato il 12 dicembre 2008 dinnanzi al Prefetto di Trieste.

L'applicazione del Protocollo d'intesa ha portato ad un deciso incremento dell'attività di vigilanza soprattutto congiunta, ad un aumento della presenza degli OO.V. sul territorio e quindi ad un maggior controllo del territorio stesso.

Sempre in collaborazione con DTL e CPT, ma anche con INAIL, Università e soprattutto con le altre AAS regionali, vengono organizzati annualmente seminari e convegni tematici (edilizia, agricoltura, ecc.) con lo scopo di diffondere buone prassi e presentare i risultati delle collaborazioni in atto.

Struttura Semplice Dipartimentale Laboratorio di Tossicologia Forense (S.S.D.L.T.F.)

La Struttura Semplice Dipartimentale Laboratorio di Tossicologia Forense, avviata nel giugno del 1994 e collocata nel Dipartimento di Prevenzione, svolge attività d'indagine a carattere medico legale e didattico-scientifico.

Collabora con le Procure della Repubblica di Trieste, di Gorizia e del Tribunale dei Minorenni, con medici legali del Triveneto, con Istituzioni pubbliche e private, con i medici di medicina generale e con i medici competenti.

Fa parte della rete di laboratori del Sistema Nazionale di Allerta Precoce istituito dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio.

L'attività svolta è concentrata principalmente nei seguenti ambiti:

- 1) Tossicologia analitica con finalità forense (oltre 3500 casi per un totale di oltre 24000 analisi chimico tossicologiche/annue) su materiale biologico per valutazione di:
 - idoneità alla guida (art. 186 e 187 Nuovo Codice della Strada), determinazione quali-quantitativa di etanolo e metaboliti in sangue ed urina; etilglucuronide urinario
 - idoneità al lavoro, eseguita ai sensi dell'art. 15 della Legge 125/2001 (Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati) , in collaborazione con la Struttura Semplice di Medicina del Lavoro;
 - Abuso/dipendenza da stupefacenti e stato di detenzione su soggetti sottoposti a misure cautelari e/o detentive, per affidamento minore, adozione per il D.D.D. sostanze illegali, per la Prefettura di Trieste, per la Sanità penitenziaria.
- 2) Tossicologia analitica, con analisi chimico-fisiche specifiche (oltre 440 accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi per 140 incarichi/annui) su materiale non biologico per la Magistratura (Procura della Repubblica del Tribunali di Trieste, Gorizia e Udine);
- 3) Tossicologia analitica per la necropsopia forense (circa 12/15 casi/annui con consulenza tossicologica), in matrici biologiche convenzionali (sangue, urina) ed alternative (formazioni pilifere); monitoraggio di xenobiotici di interesse tossicologico con determinazione quali-quantitativa di farmaci neurodepressori per diagnosi di morte.

Il personale della SSD svolge attività didattica in Corsi di Laurea Triennale (Tecnico di Laboratorio Biomedico), Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni

dell'Università degli Studi di Trieste, inoltre la Struttura è sede di attività di tirocinio per il Corso di Laurea triennale di Tecnico di laboratorio biomedico, di tesi sperimentali e di Dottorati di Ricerca dell'Università degli Studi di Trieste.

Dal 2008 ad oggi si sono svolti i tirocini per la tesi di laurea per 6 professionisti (CdL tecnico di laboratorio biomedico, CdL in Farmacia) con la produzione di dati sperimentali utilizzati oggi nella routine del Laboratorio di tossicologia forense e nell'Oncologia Pediatrica.

Attualmente è in corso il tirocinio per la tesi di laurea di un tecnico di laboratorio.

Viene anche organizzata attività di formazione ed aggiornamento per gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze, e del personale tecnico del laboratorio di Patologia Clinica dell'AOU TS per una corretta gestione e comprensione del dato di laboratorio in campo tossicologico, con particolare attenzione per le nuove droghe sintetiche.

La SSD si dedica ad assidua attività di ricerca in ambito nazionale ed internazionale, imperniata sulle principali tematiche della farmacogenomica, farmacologia clinica, chimico-analitica.

Attualmente si occupa dei seguenti Progetti di Ricerca: Messa a punto e validazione di metodi per la tossicologia forense nel abuso /dipendenza con determinazione urinaria quantitativa della fenciclidina, del tramadolo e dell'ossicodone; individuazione/validazione di marcatori biochimici di uso alcolico con la determinazione urinaria quantitativa dell'etilglucuronide; messa a punto e validazione di metodi per metaboliti/farmaci nello studio della farmacogenomica come i glucuronidi del metotrexato ed il dosaggio dell'attività dell'inosina trifosfato pirofosfatasi nelle malattie autoimmuni.

Tecniche utilizzate

Si eseguono sia test di screening (iniziali, o di I Livello) che test di conferma (di II livello).

L'attività del laboratorio di Tossicologia forense si avvale di strumentazioni analitiche quali la spettrometria di massa per impatto elettronico per la ricerca di sostanze esogene in materiale biologico e non biologico.

Assetto logistico

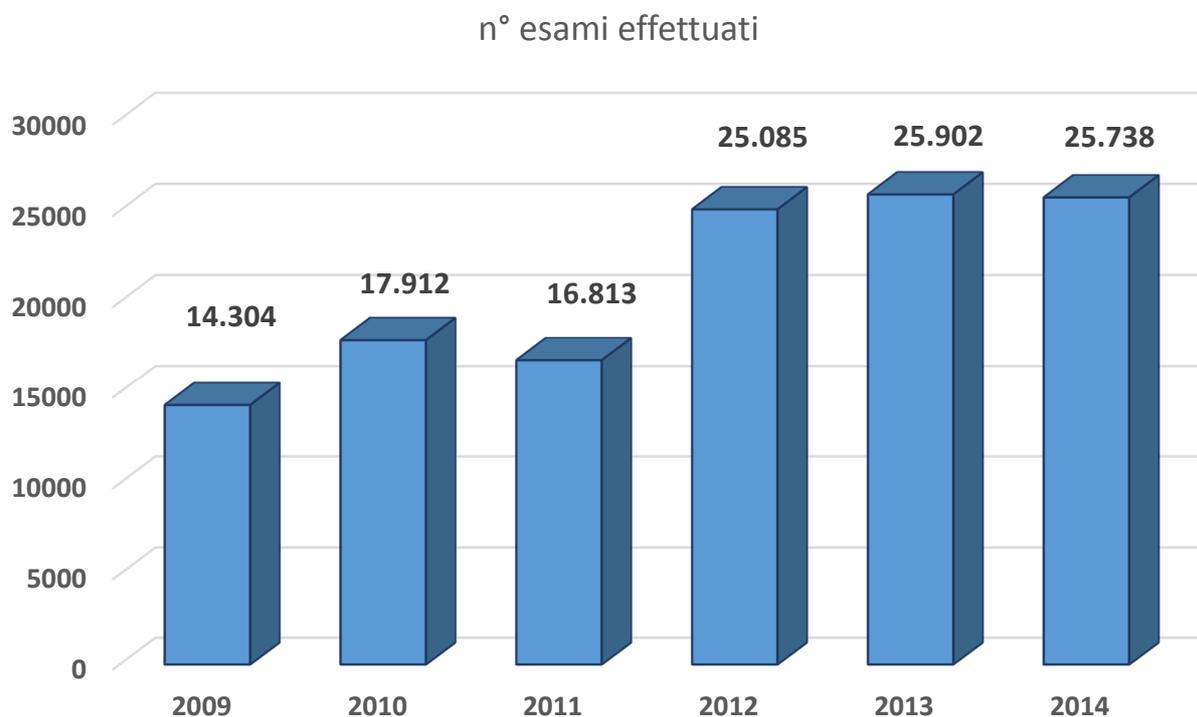
La sede del Laboratorio di Tossicologia forense è presso L'ospedale Maggiore, via Pietà 2/2, secondo piano.

Lo staff comprende un dirigente chimico di 1° livello (ex 10° livello), responsabile della Struttura e di un Tecnico di laboratorio biomedico.

Il personale è disponibile per l'accettazione dei campioni dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 13.00

telefono 040-3992081 - fax 040-3992167

Attività erogata negli ultimi 6 anni



Determinazione di sostanze d'abuso (DDD, i reparti AOTS, altri Enti)	25738
analisi di II° livello	676
determinazioni di etanolo	171
Accertamenti di assenza di tossicodipendenza (lavoratori con mansioni a rischio per SSD Medicina del lavoro: 68 nel 2014)	544
analisi di II° livello	1
Accertamenti di assenza di tossicodipendenza (lavoratori con mansioni a rischio per DDD: 9 nel 2014)	60
analisi di II° livello	5
Analisi su materiale in sequestro (sostanza stupefacente)	674
Analisi autopsie medico-legali	13

Struttura Semplice Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

(S.S.S.A.I.A.P.Z.)

La Struttura Semplice Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle produzioni Zootecniche fa parte della Struttura Complessa Sanità Pubblica Veterinaria e svolge le funzioni che dalla Legge 502/1992 sono attribuite alle aree funzionali di sanità animale (ex area A) e di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (ex area C). Tale scelta è giustificata da un lato dalla particolare conformazione del territorio di competenza, che in una superficie di soli 218 km² comprende la città di Trieste, di circa 204.000 abitanti, e cinque comuni minori di ridottissime dimensioni, e dall'altro dalla limitata consistenza numerica del personale della struttura, ossia quattro veterinari e sei operatori tecnici.

Le attività principali.

Le principali attività istituzionali della Struttura sono le seguenti:

1. profilassi e controllo delle malattie infettive e diffuse del bestiame (comprese le zoonosi)
 - profilassi di Stato
2. gestione dell'anagrafe zootecnica (banca dati nazionale)
 - registrazione delle aziende zootecniche e controllo sulle movimentazioni degli animali, in entrata ed in uscita.
3. controllo e tutela degli animali domestici e sinantropi,
 - lotta al randagismo,
 - anagrafe degli animali d'affezione,
 - apposizione del microchip elettronico ai cani,
 - vigilanza sulla gestione delle colonie feline e la sterilizzazione dei gatti randagi,
 - pronto soccorso agli animali rinvenuti vaganti,
 - osservazione degli animali morsicatori ai fini della profilassi della rabbia,
 - certificazioni sanitarie per movimentazioni intra ed extracomunitarie degli animali,
 - cattura e ricovero dei cani vaganti,
 - censimento e controllo delle colonie feline;
4. rilascio di autorizzazioni sanitarie e nulla osta (es. trasporto animali, detenzione animali, manifestazioni con presenza di animali, strutture veterinarie).
5. controllo della corretta gestione igienico sanitaria degli allevamenti ai fini di tutelare il benessere degli animali e la salute umana e animale.

- vigilanza sull'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali
 - vigilanza preventiva sugli impianti animali, sugli impianti di raccolta, trasformazione, distruzione, risanamento dei sottoprodotti, avanzi di origine animale
 - controllo sull'igiene dei ricoveri animali anche in relazione all'ambiente
 - controllo e vigilanza sulla produzione, distribuzione e impiego dei mangimi e degli integratori
 - ispezione, vigilanza e controllo sulla somministrazione dei farmaci per uso veterinario.
6. tutela del benessere animale
- animali da reddito: durante il trasporto, in allevamento
 - animali d'affezione: casi di maltrattamento o malgoverno
 - animali da esperimento: negli impianti di produzione e utilizzo (stabulari)
 - nell'ambito di traffici in ambito comunitario o in importazione;
7. attività di pet therapy: attività assistite con animali e terapie assistite con animali:
- progetti di terapie assistite con animali
 - progetti di attività assistite con animali
 - attività di zooantropologia didattica
 - creazione di reti, alleanze, convenzioni con altre strutture aziendali, comunali, scuole e associazioni.
 - corso per coadiutori dell'animale sociale: il conduttore cinofilo Primo livello
 - formazione continua per operatori afferenti al gruppo dipartimentale per la pet e formazione sul tema per altri operatori aziendali e operatori delle associazioni di volontariato
 - corsi di aggiornamento sul tema
 - educazione continua dei cani dedicati alle attività di pet therapy
 - inserimento lavorativo in borsa lavoro utenti D.D.D , D.S.M. e Microaree

Esaminiamo di seguito in maggior dettaglio alcune delle attività maggiormente significative.

1. Gli allevamenti di animali da reddito.

Malgrado le dimensioni molto ridotte del territorio di competenza, sono presenti un numero significativo di aziende agricole con attività zootecnica, anche se il numero complessivo di capi presenti è piuttosto modesto.

Bovini.

ALLEVAMENTI BOVINI

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ALLEVAM. BOVINI	72	67	66	61	64	59	56	54	53	54	52
da carne	42	39	40	36	38	34	32	30	29	30	28
da latte	17	16	15	15	17	17	16	16	17	16	15
misto	13	12	11	10	9	8	7	7	7	8	9
TOTALE compresi allev. Senza capi	144	134	132	122	128	118	111	107	106	108	103
CONSISTENZA CAPI	717	666	656	656	644	630	600	607	580	503	510

Come evidenziato nella tabella, l'allevamento bovino è in lento ma costante declino, principalmente per quanto riguarda l'allevamento familiare per autoconsumo, un tempo molto diffuso nel territorio carsico, ed ora quasi scomparso. La produzione lattifera, di modesta entità, è principalmente indirizzata alla trasformazione casearia in caseifici artigianali annessi alle aziende. Annualmente vengono sottoposti a prelievo ematico per brucellosi e leucosi bovina ed a intradermoreazione tubercolinica tutti i bovini destinati alla produzione di latte ed i riproduttori degli allevamenti da carne.

Ovini e caprini

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ALLEVAMENTI OVINI	26	28	32	32	33	35	37	38	41
ALLEVAMENTI CAPRINI	39	42	46	46	46	47	51	41	43
TOTALE ALL. OVI- CAPRINI	65	70	78	78	79	82	88	79	84
TOTALE CAPI OVICAPRINI	978	715	715	671	740	849	840	869	895
- di cui Ovini	573	259	361	382	441	522	547	659	675
- di cui Caprini	405	456	354	264	299	327	294	210	220

L'allevamento di ovini e caprini nel territorio di competenza della Struttura è marginale e sostanzialmente stabile. L'allevamento ovino è concentrato per la maggior parte dei capi in due greggi di notevole consistenza, mentre l'allevamento caprino è principalmente disperso in nuclei di due/tre capi. Poiché tutti gli ovini e caprini devono essere sottoposti annualmente a prelievo ematico per la brucellosi, malgrado la modesta consistenza totale del patrimonio sul territorio, la grande dispersione degli animali comporta un notevole impegno di risorse per raggiungere e testare tutti i capi.

Suini.

L'allevamento suinicolo sul territorio presenta caratteristiche del tutto peculiari. Sono infatti del tutto assenti gli allevamenti intensivi, mentre sono presenti un numero elevato, stabile attorno alle 230 unità, di allevamenti a conduzione familiare, per lo più associati agli agriturismi o alle "osmize", che detengono ed allevano un numero limitato di capi, prevalentemente da ingrasso con ciclo aperto. In fatti non sono presenti allevamenti da riproduzione.

Equini ed asini.

Nel territorio sono presenti un'ottantina (80 nel 2014) di detentori di cavalli ed una decina di detentori di asini. Se si escludono tre o quattro maneggi di notevoli dimensioni, la restante parte consiste in allevamenti amatoriali che comprendono uno o due capi. In lenta ma costante ascesa la presenza di asini, tenuti come animali da compagnia.

Altre specie.

Completamente assente sul territorio l'allevamento avicolo e cunicolo a carattere intensivo o industriale, mentre sono molto diffusi sul territorio i pollai a conduzione familiare, prevalentemente destinati alla produzione di uova e polli per autoconsumo o per essere distribuiti negli agriturismi o nelle "osmize".

Controlli su benessere in allevamento e farmaco vigilanza in allevamento.

Annualmente vengono fissate dal la Direzione Regionale della Salute le numerosità dei controlli da effettuarsi in materia di benessere e farmaco vigilanza in allevamento in applicazione al Piano Quadriennale Sicurezza Alimentare. Ad integrazione dei suddetti controlli vengono usualmente adottati degli obiettivi di risultato che incrementano i controlli in allevamento.

Implementazione della Banca dati Nazionale degli Allevamenti.

La normativa nazionale impone alla sanità Pubblica Veterinaria l'implementazione e la vigilanza sulla Banca Dati Nazionale degli Allevamenti. Considerando il fatto che tutte le nascite, le morti e le movimentazioni degli animali da reddito devono essere registrate tempestivamente nella Banca Dati Nazionale degli Allevamenti, tale attività comporta una notevole mole di lavoro, che deve essere svolta quotidianamente dai veterinari afferenti alla Struttura.2. gli animali domestici da compagnia e sinantropi.

La lotta al randagismo canino.

La lotta al randagismo canino si basa principalmente sulla cattura dei cani vaganti e sull'identificazione dei cani mediante microchip. Tali attività sono sinergiche e strettamente correlate, in quanto l'identificazione dei cani consente una pronta identificazione dei proprietari e restituzione degli animali catturati.

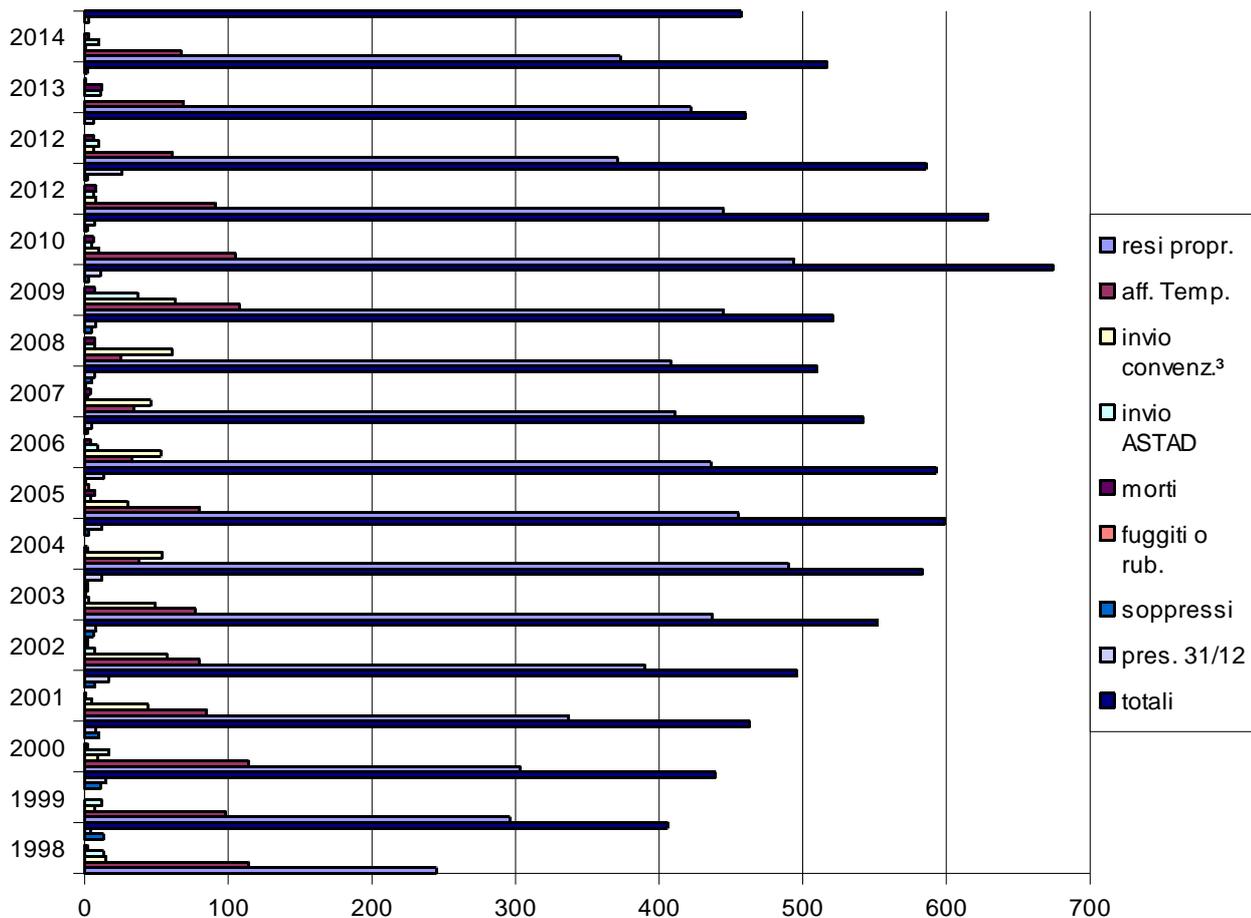
Il Canile sanitario.

Il canile sanitario dell'A.S.S. n.1 Triestina è una struttura di limitate dimensioni risalente ai primi anni sessanta e ristrutturata nel 1993. È provvisto di 12 celle per i cani e di 4 celle per i gatti. Un tempo situato nell'estrema periferia cittadina, è ora pienamente inglobato nel tessuto urbano e circondato da abitazioni, il che crea notevoli disagi alla popolazione a causa del disturbo causato dall'abbaiare dei cani. Le dimensioni della struttura, che non dispone di un ambulatorio attrezzato né di locali di servizio adeguati per il personale, lo rende del tutto obsoleto e non più rispondente ai requisiti minimi previsti dalla normativa vigente.

Pur in condizioni di disagio, riesce a soddisfare una mole non indifferente di attività, come evidenziato dalla tabella sottostante

A fronte di una presenza che negli ultimi anni è oscillata tra i 460 ed i 630 cani all'anno, va rimarcato come la percentuale di animali restituiti ai proprietari si sia stabilizzata intorno all'80%, se però scorriamo i dati degli animali ricoverati al canile per ragioni diverse dalla cattura, ossia gli animali rinunciati dai proprietari, posti in sequestro o ospitati temporaneamente perché i proprietari si trovano impossibilitati ad accudirli (principalmente perché ospedalizzati o sottoposti a provvedimenti restrittivi) la percentuale sale al 90% circa, dato di notevole rilievo, dovuto sia all'elevata sensibilità della popolazione ai problemi del benessere animale, sia all'elevato numero di cani identificati annualmente con microchip (v. sotto).

movimentazioni in usicta dal canile anni 1998 - 2014



Di fatto il problema del randagismo propriamente detto, ossia di cani abbandonati o fuggiti e inselvaticiti, nel territorio della Provincia di Trieste non esiste.

L'elevata percentuale di cani identificati con microchip ha anche l'effetto di rendere la permanenza degli animali al canile di anno in anno progressivamente più breve, e nel 2014 si è attestato su una media di permanenza di 2,64 giorni per cane, a fronte di una durata media di 10,71 giorni per cane nel 1998 e di 5,72 giorni per cane nel 2003. Si osserva altresì un numero crescente di cani che permangono al canile per lunghi periodi (>15 gg.), trattandosi in questo caso di cani i cui proprietari sono impossibilitati ad accudirli perché ospedalizzati o sottoposti a provvedimenti restrittivi.

Una notevole mole di impegno e risorse è altresì assorbita dal ricovero dei cani sottoposti a sequestro e/o giudiziale custodia, principalmente, ma non solo, nell'ambito dell'attività di polizia giudiziaria volta al contrasto del traffico illecito di cani. La particolare collocazione geografica della Provincia di Trieste, porta di ingresso dai paesi dell'Est ha fatto sì che, a seguito dell'approvazione della Legge 4 novembre 2010 , n. 201 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea per la protezione degli animali da compagnia, fatta a Strasburgo

il 13 novembre 1987, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno", che fissa sanzioni di natura penale ed amministrativa volte a contrastare il traffico illecito di animali da compagnia, e principalmente di cuccioli di cane, negli ultimi quattro anni le forze dell'ordine hanno effettuato un numero elevato di sequestri di cuccioli che sono stati ricoverati al canile sanitario, ancorché non deputato a tale scopo dalle norme vigenti, in assenza di altre strutture idonee. Va rimarcato che tale attività genera un impegno non indifferente, in quanto, trattandosi per lo più di cuccioli di due/tre mesi di età, spesso in precarie condizioni di salute, le cure cui devono essere continuamente sottoposti impegnano duramente il personale medico veterinario e tecnico, anche al di fuori del normale orario di servizio.

	2011	2012	2013	2014
cani in giudiziale custodia	80	23	52	43

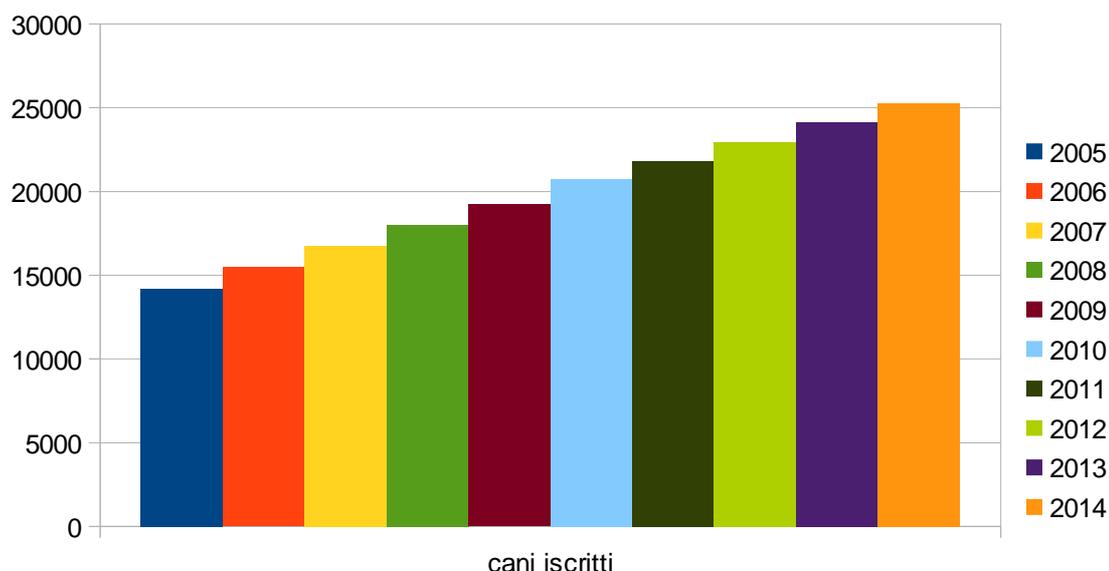
Va altresì rimarcato che, mentre per i cani accalappiati il tempo di permanenza è molto breve, in media poco più di un giorno, per i cani in giudiziale custodia il tempo di permanenza raramente è inferiore a 30 giorni.

Alla luce di quanto sopra esposto appare evidente che la struttura attualmente destinata a canile sanitario, se poteva essere adeguata quando è stata costruita, nei primi anni sessanta, attualmente risulta del tutto inadeguata ed obsoleta, essendo le finalità profondamente mutate nel corso dei decenni.

L'anagrafe degli animali d'affezione.

L'anagrafe degli animali d'affezione, o anagrafe canina, obbligando i proprietari di cani all'identificazione e registrazione degli stessi, contribuisce in maniera determinante a ridurre il problema del randagismo canino.

Nei vent'anni di esistenza l'anagrafe canina ha subito un'importante evoluzione. Dall'anagrafe gestita su base comunale, con identificazione dei cani mediante tatuaggio, dei primi anni novanta, si è passati progressivamente ad un'anagrafe completamente informatizzata su base regionale. L'inoculazione dei microchip, in uso da dal 2001, mentre nei primi anni veniva effettuata quasi esclusivamente dai veterinari dell'Azienda, è progressivamente entrata a far parte della normale attività dei veterinari libero-professionisti.



Con la recentissima apertura ai veterinari libero-professionisti dell'accesso alla Banca dati Regionale degli Animali d'Affezione, è stata attribuita alla Struttura la funzione di amministratore di sistema per la gestione degli accessi da parte dei veterinari libero-professionisti operanti nel territorio provinciale, in ottemperanza alle disposizioni della Legge regionale 20/2012. Nel corso dell'anno 2014 i veterinari del Servizio hanno identificato 1139 cani, mentre i veterinari libero-professionisti ne hanno identificati 964.

Tra i compiti attribuiti esclusivamente ai veterinari della Struttura vi è il rilascio del passaporto internazionale per gli animali d'affezione (cani, gatti e furetti), previsto dal Regolamento CE 998/2003. In considerazione del fatto che la Provincia di Trieste è situata lungo la fascia confinaria, la maggioranza dei cani registrati è in possesso di passaporti internazionali, richiesto anche per gli spostamenti in ambito comunitario e nella zona Schengen. Attualmente, essendo trascorsi nove anni dall'entrata in vigore del Regolamento CE 998/2003, il numero di passaporti rilasciati annualmente si è stabilizzato attorno ai 1200/1300 passaporti. Nell'anno 2014 ne sono stati rilasciati 1223.

Vigilanza sulle colonie feline e sterilizzazione dei gatti randagi.

La Provincia di Trieste, considerata l'elevata urbanizzazione del territorio e l'atteggiamento della popolazione, eccezionalmente sensibile al problema dei gatti randagi, anche in considerazione dell'età media avanzata della popolazione e della presenza di un numero

superiore alla media di cittadini che vivono soli, fa sì che un'attività marginale in altre realtà, sia per la Struttura fonte di notevole impegno.

Nel territorio provinciale sono state censite, ad opera del Servizio, 690 colonie feline, 595 delle quali nel solo Comune di Trieste. Le colonie vengono sottoposte a controlli e verifiche a rotazione, con particolare attenzione a quelle che presentano particolari problematiche, come ad esempio quella stanziata nel giardino interno dell'Ospedale Maggiore di Trieste.

La sterilizzazione dei gatti randagi viene costantemente effettuata mediante convenzioni tra i Comuni e i veterinari libero-professionisti, rimanendo a carico della Struttura l'attività di vigilanza e controllo sulle sterilizzazioni.

Nell'anno 2014 sono stati sottoposti ad intervento di sterilizzazione 608 animali.

Osservazione degli animali morsicatori ai fini della profilassi della rabbia.

Il Regolamento di Polizia Veterinaria prescrive che tutti gli animali che hanno morsicato persone o altri animali devono essere sottoposti ad osservazione ai fini della profilassi della rabbia. Poiché la situazione epidemiologica della rabbia non desta al momento particolari preoccupazioni, salvo casi particolari il periodo di osservazione di dieci giorni si svolge a domicilio del proprietario, il che in pratica significa che l'animale viene visitato due volte, una quanto prima possibile ed una al decimo giorno successivo alla morsicatura.

	2010	2011	2012	2013	2014
animali sottoposti a controllo per la rabbia	163	157	142	170	149

Pronto soccorso agli animali rinvenuti vaganti.

Poiché il canile sanitario non dispone attualmente di un ambulatorio veterinario attrezzato con gli strumenti diagnostici e terapeutici in grado di garantire un adeguato trattamento degli animali rinvenuti feriti o malati, si è optato per la stipula di una convenzione con una clinica veterinaria che garantisca cure adeguate ed in linea con la moderna medicina veterinaria. La struttura ha comunque disposto dal 2006 un servizio di pronta disponibilità, come previsto dalla vigente legislazione che copre tutte le urgenze in orario notturno e festivo.

3. La vigilanza sul benessere degli animali.

Il benessere degli animali da reddito durante il trasporto.

Il Regolamento CE 1/2005 sulla protezione degli animali durante il trasporto ha fissato norme molto rigide sul controllo del benessere animale durante il trasporto per quanto concerne le movimentazioni a carattere commerciale, sia in ambito comunitario che nazionale.

Allo stesso tempo, con l'entrata nella Comunità Europea della Slovenia, le competenze sui controlli prima attribuite al Punto di Ispezione Frontaliero di Prosecco sono state trasferite alla Struttura. Considerato il fatto che presso lo scalo di Prosecco Stazione avveniva una movimentazione estremamente elevata di animali, prima in importazione e poi in transito intra comunitario, la Struttura si è vista aumentare improvvisamente ed in maniera molto rilevante il carico di attività per la vigilanza sul benessere degli animali durante il trasporto. Ancorché dal 2005 ad oggi alcune ditte già attive presso lo scalo di Prosecco Stazione abbiano cessato la loro attività, resta tuttavia in attività la ditta Fratelli Prioglio S.r.l., che, con il control post per bovini, ovini, caprini, suini ed equidi e il centro di raccolta per equidi, rappresenta uno dei maggiori punti di transito a livello europeo per gli scambi di animali da reddito, destinati al macello o alla riproduzione.

Considerato che la normativa impone il controllo su ogni singola partita e su ogni singolo animale in transito, il volume prestazionale dei controlli eseguiti è estremamente elevato. A titolo esemplificativo si allega la tabella dei controlli eseguiti nell'anno 2014 (v. pag. seguente), tenendo conto che i volumi prestazionali sono pressoché costanti negli ultimi anni, con una diminuzione nel transito di bovini a causa del diffondersi dell'epidemia di Bue Tongue nei paesi dell'est europeo con conseguenti limitazioni al traffico di tali animali.

Il controllo su questa tipologia di trasporti deve necessariamente avvenire sette giorni alla settimana per 365 giorni all'anno, anzi la maggior parte dei trasporti avviene durante il fine settimana. Allo scopo di garantire la piena operatività del control point e della stalla di sosta, è stata stipulata una convenzione tra la ditta Fratelli Prioglio S.r.l. e l'Azienda per i Servizi Sanitari per lo svolgimento di attività istituzionale svolta in eccedenza oraria da parte dei veterinari della Struttura, che garantisce la copertura dell'attività di vigilanza ogni giorno dell'anno.

Il personale della Struttura collabora costantemente con gli Organi di Polizia (principalmente Polizia Stradale, Polizia di Frontiera e Guardia di Finanza) nell'effettuazione dei controlli su strada su trasporti commerciali di animali da reddito. A tale riguardo si precisa che il control post di Prosecco Stazione è l'unica struttura riconosciuta nel territorio regionale per lo scarico e stazionamento delle partite di animali fermate nel corso dei controlli su strada. L'intervento dei veterinari della Struttura è richiesto per l'accertamento delle condizioni di

trasporto rispetto al benessere animale e per l'accertamento di eventuali violazioni di natura amministrativa o penale.

RAPPORTO ANNUALE SULLA PROTEZIONE DEGLI ANIMALI DURANTE IL TRASPORTO

Anno 2014

Animali trasportati (n. di capi)	Bovini	Suini	Piccoli Ruminanti	Equini	Volatili domestici e conigli		Altre specie
a Da macello	0	0	0	7180	0	0	0
b Da esportazione	0	0	0	0	0	0	0
c Importati per allevamento	45108	55	18878	0	0	0	0
d Altri animali trasportati	0	0	0	0	0	0	0
Totale							
Numero delle ispezioni	Numero di animali (n. di animali corrispondente al n. di mezzi di trasporto della colonna 1)						
	Sui mezzi di trasporto)	Bovini	Suini	Piccoli ruminanti	Equini	Volatili domestici e conigli	Altre specie
Durante il trasporto stradale	0	0	0	0	0	0	0
Al luogo di arrivo	0	0	0	0	0	0	0
Al mercato	0	0	0	0	0	0	0
Al luogo di partenza	0	0	0	0	0	0	0
Ai punti sosta	620	45108	55	18878		7180	0
Ai punti di trasferimento	0	0	0	0	0	0	0
Totale	620	45108	55	18878	7180	0	0
Controlli documentali	620						
Numero di violazioni	Numero di animali (indicare il n animali oggetto di violazione)						
	Sui mezzi di trasporto	Bovini	Suini	Piccoli ruminanti	Equini	Volatili domestici e conigli	Altre specie

Durante il trasporto stradale	0	0	0	0	0	0	0
Al luogo di arrivo	0	0	0	0	0	0	0
Al mercato	0	0	0	0	0	0	0
Al luogo di partenza	0	0	0	0	0	0	0
Ai punti sosta	0	0	0	0	0	0	0
Ai punti di trasferimento	0	0	0	0	0	0	0
Totale							
Controlli documentali	0	0	0	0	0	0	0

Il benessere degli animali da reddito in allevamento.

Gli allevamenti della Provincia di Trieste vengono monitorati per la verifica del rispetto delle condizioni di benessere degli animali ospitati, sia nel corso degli interventi programmati di attuazione dei piani di profilassi, sia con ispezioni mirate, secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale Benessere Animale.

Poiché il numero di interventi ispettivi richiesti dal Piano Nazionale Benessere Animale è estremamente ridotto, stante la scarsa consistenza del patrimonio zootecnico nel territorio di competenza, ogni anno vengono inseriti negli obiettivi di risultato uno o più obiettivi finalizzati al controllo del benessere animale in allevamento. Nell'anno 2013 sono stati proposti e raggiunti i seguenti obiettivi: "attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie", "Sviluppo di una nuova metodologia di valutazione del benessere dei cavalli durante il trasporto su lunghe distanze con un approccio cognitivo-neuroscientifico (lateralizzazione cerebrale)" e "Verifica del benessere animale dei suini allevati e delle buone prassi di lavorazione nelle aziende agricole con laboratorio artigianale lavorazione carni (osmize ed agriturismi)".

Il benessere degli animali d'affezione: casi di maltrattamento o malgoverno.

Il personale veterinario della Struttura è coinvolto, con frequenza sempre maggiore, nell'accertamento delle condizioni di detenzione di animali da compagnia, principalmente cani, nei casi di sospetto maltrattamento o malgoverno degli stessi.

Normalmente l'intervento del personale della Struttura viene richiesto da altri organi di Polizia Giudiziaria, anche se non mancano interventi di iniziativa della Struttura, a seguito di segnalazione di privati cittadini.

Ancorché numericamente limitati (mediamente una decina di casi all'anno) questi interventi sono particolarmente onerosi, sia per la necessità di coordinare l'attività di più soggetti accertatori, sia perché usualmente ogni singolo caso richiede molteplici interventi ispettivi.

Il benessere degli animali da esperimento.

La particolare presenza nella Provincia di Trieste di numerose ed importanti istituti di ricerca e insegnamento, quali l'Area di Ricerca, La Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati, l'International Center for Genetic Engineering and Biotechnology e l'Università degli Studi, fa sì che nel territorio di competenza della Struttura sia presente un numero particolarmente elevato di stabilimenti utilizzatori e di stabilimenti produttori di animali da esperimento. In base alla normativa vigente, la vigilanza su tali stabilimenti e sugli esperimenti in essi condotti, per quanto concerne il benessere animale degli animali coinvolti, ricade sulla Struttura, come pure le procedure autorizzative per gli stabilimenti produttori. Vengono quindi esaminati i protocolli sperimentali e svolti con frequenza almeno annuale interventi ispettivi presso gli stabilimenti, anche in collaborazione con il competente ufficio del Ministero della Salute.

4. Il Polo Zooantropologico di Prosecco.

A seguito dell'entrata nella Comunità della Slovenia ed alla conseguente drastica riduzione delle operazioni doganali e di controllo sanitario presso lo scalo di Prosecco Stazione la ditta privata che gestiva il macello contumaciale e l'annesso inceneritore per sottoprodotti di categoria I e II e per materiale specifico a rischio, ovvero per le carcasse animali, presso lo scalo di Prosecco Stazione ha cessato la propria attività alla fine dell'anno 2005.

A seguito di tale cessazione, la Provincia di Trieste si è trovata ad essere priva di un impianto autorizzato per il trattamento delle carcasse animali, con problemi di non piccolo momento, sia per le carcasse di animali da reddito, morti negli allevamenti della Provincia o presso il control post di Prosecco Stazione, sia per le carcasse di animali d'affezione, principalmente cani, morti nel territorio provinciale. A tale proposito giova ricordare che lo smaltimento delle carcasse animali sottostà ad un regime particolare e totalmente diverso da quello previsto per i normali rifiuti solidi urbani.

Stante la necessità di porre rimedio a questa grave mancanza, particolarmente preoccupante se si considera che presso lo scalo di Prosecco continuava a transitare un numero molto elevato di animali, la Struttura, con il concorde parere della Direzione Aziendale, nell'anno 2006 provvedeva all'acquisizione delle strutture di proprietà del Demanio dello Stato che comprendevano il macello contumaciale e l'annesso inceneritore. Poiché sia la palazzina comprendente gli uffici ed il macello contumaciale, sia l'inceneritore stesso erano obsoleti e necessitavano urgenti e sostanziali interventi di ripristino e ristrutturazione, si provvedeva a ristrutturare completamente la palazzina, eliminando il macello contumaciale, non più utilizzabile in base alla normativa sull'igiene delle carni, ed utilizzando lo spazio risultante per allestire una sala multimediale specificatamente attrezzata anche per le attività di Pet Therapy (v. sotto). Venivano altresì ristrutturati completamente gli uffici, con la creazione di un ambulatorio veterinario destinato a servire principalmente l'utenza che risiede nell'altipiano carsico, e con servizi ed attrezzature idonee ad utenti disabili.

Il 9 dicembre 2009 veniva inaugurato il Polo Zooantropologico, concepito ed attrezzato per servire quale sede decentrata per l'attività del personale medico veterinario e tecnico in attività sull'altipiano carsico, per soddisfare le esigenze di un bacino di utenti altrimenti destinati a recarsi in città per accedere ai servizi erogati dalla Struttura, e per fornire una sede adeguata dove svolgere gli interventi di Pet Therapy.

Attualmente l'impianto di incenerimento, ancorché perfettamente attrezzato e funzionante, non può essere utilizzato per sopravvenuti problemi e ritardi nel rilascio delle autorizzazioni prescritte da parte della Provincia. Lo smaltimento delle carcasse animali viene svolto tramite una ditta convenzionata con sede a Brescia, mentre presso l'inceneritore è attivo un punto di stoccaggio autorizzato, con ampia cella di congelamento, dove le carcasse vengono stoccate in attesa di smaltimento.

La Pet Therapy

In Italia la Pet therapy è stata riconosciuta come cura ufficiale con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 febbraio 2003, che ha sancito per la prima volta nella storia del nostro Paese il ruolo che un animale può avere nella vita affettiva di una persona, nonché la valenza terapeutica degli animali da compagnia.

Gli interventi mediati dagli animali sono considerati l'espressione più moderna e qualificata dell'interazione uomo-animale e sono stati inclusi nell'offerta terapeutica del

Sistema Sanitario Nazionale che riconosce la Pet therapy e prevede la sua applicazione in vari ambiti, come ad esempio quelli fisiologici - riabilitativi, sociali, cognitivi e psicologici. A seguito della normativa nazionale, la Regione Friuli Venezia Giulia ha emanato nel 2007 un primo decreto e successivamente la L.R. n. 8 dd. 12 Aprile 2012, che all'art.1 definisce e promuove la terapia assistita con gli animali (TAA) e l'attività assistita con gli animali (AAA), riconoscendone il valore terapeutico e riabilitativo, sancendone gli ambiti applicativi e le modalità di intervento e stabilisce i parametri da adottare al fine di assicurare il benessere psicofisico dei fruitori dell'intervento terapeutico o ludico-ricreativo e la salute e il benessere degli animali coinvolti.

L'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina (ASS 1 Triestina), in linea con la normativa regionale e coerentemente con la sua mission, che nell'atto aziendale del 2006, valorizza la promozione della salute delle persone e delle comunità dell'area di riferimento e individua tra gli obiettivi da raggiungere da parte del Dipartimento di Prevenzione la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e il miglioramento della qualità della vita; ha inserito la Pet therapy tra le attività istituzionali dell'ASS1 Triestina.

L'inizio delle attività risale al 2008, su proposta del responsabile della Struttura di Sanità Animale del Dipartimento di Prevenzione al Direttore Generale dell'ASS1, il quale ha approvato con delibera, l'attivazione di un gruppo di lavoro dipartimentale dedicato agli Interventi Assistiti con gli Animali e Zooantropologia Didattica ² (Delibera ASS 1 n 473 dd. 11.7.2008, integrata successivamente con delibera n. 272 del 30/04/2013, "l'attivazione di un gruppo di lavoro dipartimentale di Interventi Assistiti con gli Animali e Zooantropologia Didattica".)

Il gruppo, le cui finalità sono quelle di progettare, coordinare, attuare e valutare attività di Pet-therapy, è costituito da diverse figure professionali, capaci di interagire costruttivamente secondo le rispettive competenze, ed integrato con ulteriori figure professionali individuate in funzione dei singoli progetti.

Le reti

Già da diversi anni l'ASS1 Triestina e il Comune di Trieste hanno avviato una collaborazione per realizzare Progetti condivisi finalizzati alla realizzazione di Interventi Assistiti con Animali (IAA) presso le Strutture Residenziali per Anziani e Disabili del Comune di Trieste. Tale

2

Delibera ASS 1 n 473 dd. 11.7.2008, integrata successivamente con delibera n. 272 del 30/04/2013, "l'attivazione di un gruppo di lavoro dipartimentale di Interventi Assistiti con gli Animali e Zooantropologia Didattica".

collaborazione è stata formalizzata nel 2013 con la stipula di una convenzione quinquennale (deliberazione del Direttore Generale n. 83 del 11/03/2013 Convenzione tra l'A.S.S. N. 1 "Triestina" e il Comune di Trieste per la realizzazione di interventi Assistiti con Animali Pet Therapy).

Dal 2003 l'ASS 1 "Triestina" è presente nelle scuole dei vari ordini e gradi sui diversi temi di salute, vengono quindi ogni anno proposte a tutte le Scuole del territorio di Trieste, dai nidi d'infanzia alle scuole secondarie di II grado, le "Linee di lavoro aziendali", da utilizzare come riferimento nella costruzione di obiettivi responsabilmente condivisi.

Per l'anno scolastico 2013-2014 oltre alle linee di lavoro sui temi di prevenzione e Zooantropologia Didattica: "amici animali", è stato proposto un nuovo progetto di Zooantropologia Didattica: "Una squadra a sei zampe" finalizzato all'integrazione scolastica di alunni BES.

Formazione

Nel 2011 è stato avviato un Corso per COADIUTORI DELL'ANIMALE SOCIALE: IL CONDUTTORE CINOFILO I Livello.

Il corso di formazione è stato organizzato dall'Associazione Crescere Insieme con la collaborazione scientifica del Polo Zooantropologico dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina, ed è stato realizzato grazie al supporto economico dell'Assessorato all'istruzione, università, ricerca, famiglia, associazionismo e cooperazione della Regione Friuli Venezia Giulia e del Centro Servizi Volontariato del Friuli Venezia Giulia".

Obiettivi del corso

Il corso si poneva l'obiettivo di formare dei coadiutori dell'animale, ovvero dei professionisti dell'equipe operativa dei programmi di Terapie Assistite con gli Animali che lavorano in sinergia con le altre professionalità coinvolte nei progetti di AAT (Medici, Medici Veterinari, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori, Fisioterapisti, Terapisti della Riabilitazione, altre professioni sanitarie).

Il corso ha fornito delle nozioni teoriche e pratiche di base relative al comportamento, all'intelligenza, all'educazione ed alla gestione degli animali sociali, con particolare riferimento al cane. Sono state trattate altresì le basi di progettazione dei programmi di Intervento Assistito con gli Animali, analizzando il processo dal punto di vista medico, veterinario, psicologico, fisiologico-riabilitativo e sociale. Inoltre, si sono analizzati gli strumenti utili al monitoraggio del benessere del cane durante l'attività assistenziale sanitaria.

Progetti

- Dal 2010 “Un cane per Amico” Progetto di AAA presso le residenze per anziani del comune “Gregoretto” e Casa Bartoli
- Dal 2013 “Mi affido a te” a seguito di una convenzione quinquennale con il Comune di Trieste progetto di AAA dedicato ad anziani e disabili residenti presso le strutture residenziali del comune Gregoretto, Casa Bartoli e Residenza Campanelle
- “Settimana verde in scuderia” centro estivo organizzato dall’associazione sportiva dilettantistica equilandia aia trieste onlus e l’azienda per i servizi sanitari per la promozione della salute prevedeva esperienze di accudimento di animali e vita all’aria aperta per gruppi di bambini e ragazzi di età compresa tra i 6 e 14 anni. Il mandato dell’ass1 era di organizzare degli incontri alternati di ZAD e dei laboratori di educazione alimentare.
- “Una zampa per sorridere”: a seguito di una convenzione con l’associazione contro il dolore Giuseppe Mocavero, progetto di AAA per pazienti cardiopatici in fase riabilitativa post intervento chirurgico
- “A spasso con Daisy”: Progetto di AAA in collaborazione con il Centro Disturbi Cognitivi dell’Anziano del D4
- TAA presso la residenza per anziani “Gregoretto” per un utente donna di 86 anni con diagnosi di depressione involutiva a sfondo delirante, parkinsonismo, emiparesi dx, ridotta mobilità, presenza movimenti pendolari, oscillazioni ripetute e autolesionistiche, del tronco .
- “Fiera Cavalli 2012” Partecipazione su richiesta dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZsVe) Centro di referenza nazionale per gli interventi assistiti dagli animali (pet therapy) al loro stand di Fiera Cavalli Verona. Mandato per l’A.S.S. 1: gestione delle attività di 2 pomeriggi dedicati uno ad un target “famiglie” e uno ad una visita da parte di un’associazione che segue bambini oncologici. Presentazione di Poster, video e materiale vario: La Nostra Proposta Di Laboratorio: Io di cosa ho bisogno? Un incontro alla scoperta delle necessità reali dei nostri amici a 4 zampe
- Una squadra a 6 zampe: Progetto Educativo di Integrazione ed Inclusione scolastica, pilota approvato nel 2011 dalla Commissione Tecnico Scientifica Etica dell’IZS delle Venezie (centro di referenza nazionale per i progetti di PET THERAPY) Accolto nella nostra realtà dall’Istituto Italo Svevo
Obiettivi: Sviluppo di relazioni positive all’interno della classe Incontro con la diversità e originalità di ciascuno, cambiamento di prospettiva verso la disabilità, recupero dell’autostima

Il cane diventa “motore di emozioni” condivise, il ragazzo BES sperimenta “dal vivo”, nella relazione con l’animale, la possibilità di assumere un nuovo ruolo nella classe, diventando “competente” rispetto a ciò che i suoi compagni stanno imparando durante le lezioni.

– Progetto Cabau. Il progetto Cabau è rivolto a soggetti con diagnosi di Disturbo pervasivo dello sviluppo e Sindrome di Down ospiti presso il centro educativo occupazionale Mitja Cuk che, con l'aiuto di operatori esperti, seguiranno un percorso di riabilitativo terapeutico attraverso l'utilizzo di IAA che presentano un aspetto di novità in termini di esperienza sociale ed emotiva in quanto l'animale diventa un polo d'interesse, una presenza intermedia, rispetto a quella umana, che può incidere nell'area emotivo-relazionale.

Obiettivi generali

- Incentivare l’iniziativa spontanea
- Migliorare le capacità espressive
- Limitare le manifestazioni d’ansia
- Migliorare le funzioni della comunicazione
- Aumentare i tempi d’attenzione
- Aumentare i momenti di scambio ed interazione (nelle situazioni di gruppo)

Gli obiettivi per ciascun utente saranno valutati dopo la seduta di osservazione e la definizione dei gruppi e potranno essere modificati in corso d’opera.

Destinatari del progetto

- Soggetti con diagnosi di Disturbo pervasivo dello sviluppo e Sindrome di Down ospiti presso il centro educativo occupazionale Mitja Cuk
- La scelta dei ragazzi da includere nel trattamento sarà a cura dell’equipe progettuale e subordinata al gradimento della compagnia di un animale.

Di seguito ed a titolo meramente esemplificativo viene inserita una tabella riassuntiva delle principali attività con relativi volumi prestazionali relativa all'anno 2014.

Iscrizione cani di proprietà all'anagrafe canina	1139
Identificazione dei cani mediante apposizione del trasponder elettronico	667
Registrazione nella banca dati regionale delle iscrizioni all'anagrafe canina effettuate da veterinari libero-professionisti	1272
Rilascio passaporti per animali d'affezione	1223
Cattura cani vaganti	350
Affido cani rinvenuti vaganti e non reclamati	67
Controllo su animali morsicatori	149
Censimento delle colonie feline	14
Soccorso cani vaganti e gatti randagi feriti o in pericolo di vita	24
Rilascio autorizzazioni trasporto animali vivi tipi 1 e 2	4
Vidimazione autodichiarazione trasporto "conto proprio" di equidi	2
Omologazione automezzi per trasporto commerciale animali	0
Rilascio certificato idoneità per conducenti e guardiani	2
Esecuzione controlli presso punti di sosta trasporti commerciali animali da reddito	668
Certificato attestante l'avvenuto controllo di bestiame in partenza/in arrivo da o in partenza per paesi comunitari o extracomunitari	668
Verifiche sanitarie su animali oggetto di importazione o scambi intracomunitari	677
Rilascio pareri o nulla osta per stabulari allevamento animali da esperimento	2
Rilascio pareri o nulla osta per l'esercizio di attività di vendita, toelettatura, custodia in pensione animali da compagnia	8
Rilascio nulla osta o autorizzazione per allevamenti, scuderie, stalle di sosta ricoveri o cencentramenti di animali	7
Parere o altro atto di assenso per case di cura zoiatriche, ambulatori veterinari, cliniche veterinarie e laboratori veterinari	5
Certificato attestante l'avvenuto controllo sanitario del bestiame in partenza in ambito nazionale	2
Accertamenti diagnostici e trattamenti immunizzanti su animali da reddito in attuazione di piani nazionali o regionali	430
Accertamenti diagnostici e trattamenti immunizzanti su animali da reddito su richiesta del proprietario	0
Registrazione aziende zootecniche	7
Registrazione animali da reddito nella banca dati nazionale	177
Parere o altro atto di assenso ai fini del rilascio dell'autorizzazione per commercio all'ingrosso di medicinali veterinari, vendita diretta di medicinali veterinari, detenzione scorte medicinali	3
Sopralluoghi per la verifica di inconvenienti igienico-sanitari dovuti alla presenza di animali	12
Rilascio pareri e valutazione progetti, Commissione regionale per le terapie e le attività assistite con gli animali	0
Rilascio pareri e valutazione progetti, Commissione bioetica regionale per lo sviluppo di metodiche alternative alla sperimentazione animale	0
Monitoraggio sanitario e la sorveglianza sanitaria sulle zoonosi dei mammiferi marini e delle tartarughe marine spiaggiati lungo le coste della Provincia di Trieste in collaborazione con la Riserva Marina di Miramare - Ministero dell'Ambiente	0

sedi ed orari: Segreteria: via Paolo de Ralli, 3 (Dipartimento di Prevenzione) stanza 30 -
Comprensorio di San Giovanni - 34128 Trieste
Tel.: 040 3997505 Fax: 040 3997508.
Orario di apertura al pubblico: da lunedì a venerdì 8.30 - 10:00
lunedì anche 14.00 15.00

Ambulatori:

Sede: via Paolo de Ralli, 3 (Dipartimento di Prevenzione) stanza 21 - ingresso
posteriore - Comprensorio di San Giovanni - 34128 Trieste - Tel.: 040 3997545
Fax: 040 3997508

Orario di apertura al pubblico:
da lunedì a venerdì 9:00 - 10:00
martedì anche 14:00 - 15:00

Polo Zooantropologico

Sede: Località Prosecco Stazione, 20 - 34010 Sgonico (TS) - Tel.: 040 3998139 -
040 3998142 Fax: 040 3998143

Orario di apertura al pubblico:
lunedì e mercoledì 12:00 - 13:00

Canile sanitario

Sede: via Orsera, 8, 34145 Trieste

Orario di apertura al pubblico; Orario: lunedì - sabato: 7.30 – 9.00 tel: 040 820026
- viene garantita la risposta telefonica dalle 7.30 alle 9.00. In ogni caso dalle ore
7.30 alle 13.00 gli operatori sono raggiungibili al numero di cellulare 348 4487013.
Fax: 040 383598

Personale:

medici veterinari:

dr. Massimo Erario (responsabile)
dr.ssa Maria Teresa Colasanto
dr. Alessandro Paronuzzi
dr. Paolo Zucca

operatori tecnici:

Paolo Cilio
Vania Claut
Mauro Martin
Danilo Mezgec
Davide Palmeri
Marco Suber

S. Semplice Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale (S.S.T.I.S.A.O.A.)

La Struttura Semplice tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale, parte integrante della Struttura Complessa Sanità Pubblica Veterinaria, ha come mission ufficiale la tutela della salute del consumatore mediante lo strumento del Controllo Ufficiale di filiera in tutte le fasi della produzione, commercializzazione, trasporto e vendita dei prodotti di origine animale.

La normativa europea (pacchetto igiene), le linee guida nazionali e la programmazione Regionale racchiusa nel PRISAN (Piano Integrato della Sicurezza Alimentare e Nutrizionale) costituiscono la base legislativa per garantire un livello elevato di tutela della salute umana stabilendo principi comuni, competenze, procedure e meccanismi organizzativi atti a programmare interventi nel campo di sicurezza degli alimenti. Con il Reg. CE n. 178/2002 si stabiliscono i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare e si fissano le procedure nel campo della sicurezza alimentare. Il consumatore è visto dal servizio come il più importante utente; a noi autorità competente e ufficiale corre l'obbligo di informarlo della natura di un eventuale rischio per la presenza in un alimento di un pericolo (agente di natura biologica, chimica e fisica). A tutela del consumatore esiste quindi un sistema di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti (servizi veterinari e medici delle Aziende Sanitarie), rivolto a quello che in campo alimentare è definito l'OSA, "Operatore del Settore Alimentare" che è il diretto responsabile dell'impresa alimentare posta sotto il suo controllo e a cui spetta garantire la salubrità dell'alimento in tutte le fasi della produzione, trasformazione e della commercializzazione.

ATTIVITÀ ISTITUZIONALI

- Controllo di tutte le filiere produttive mediante atti di prevenzione sanitaria (salubrità dell'alimento e rischio alimentare), nonché atti di polizia veterinaria.
- Controllo ufficiale pianificato – audit, ispezione e vigilanza - nelle filiere di produzione e commercializzazione dei prodotti di origine animale (inquadrate nell'ambito della normativa comunitaria, nazionale e regionale).

- Interventi in caso di inconvenienti igienico-sanitari o di tossinfezioni.
- Nodo regionale nella Gestione delle allerta sanitarie comunitarie e nazionali.
- Prelievo programmato di campioni nell'ambito del Piano Nazionale Residui, Monitoraggio sentinella per la radioattività, Piano Regionale di Campionamento Ufficiale alimenti di origine animale, oltre all'effettuazione di iniziativa di prelievo non programmato.
- Reperibilità (notturna e festiva).
- Gestione banche dati: SISAVER, BDN, FVG-GIS, SINVA, SINTESI, TRACES
- Educazione Continua in Medicina: organizzazione di corsi su Area Vasta diretti al personale sanitario.
- Educazione sanitaria: corsi e materiale informativo per l'Operatore del Settore Alimentare (OSA).

RETI DI COLLABORAZIONE ISTITUZIONALE

All'interno del DIP come da programmazione PQSA Regionale è prevista una serie di interventi ispettivi congiunti con il SCIAN (Struttura Complessa di Igiene degli Alimenti e Nutrizione), l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, con sede centrale a Padova, e la sede periferica di Cordenons assicurano l'attività analitica sulle matrici alimentari fornendo anche di pari passo consulenza scientifica e collaborazione per alcune attività di monitoraggio sanitario su progetti condivisi.

Inoltre collaborazione con:

- il NAS e il NOE per interventi ispettivi ;
- l'Università degli Studi di Padova - facoltà di medicina Veterinaria – per il Tirocinio pratico degli studenti pre-laurea e specializzazione;
- le associazioni di categoria (Coldiretti, Alleanza contadina, Cogiumar (mitilicoltori), associazione dei consumatori);
- la Capitaneria di Porto, la Guardia di Finanza, la Polizia di Stato e l'Arma dei Carabinieri, Corpo forestale dello Stato;

- l'ARPA di Trieste fornisce supporto di campionamento ai fini del monitoraggio sanitario a mare nelle mitilcolture del Golfo di Trieste;
- le Pubbliche Amministrazioni;

CONTROLLO SANITARIO NELLE FILIERE PRODUTTIVE E VOLUMI DI ATTIVITA'

L'attività ispettiva nelle imprese alimentari è finalizzata alla verifica della corretta applicazione dei Regolamenti comunitari, racchiusi nel cosiddetto "pacchetto igiene" anche in considerazione che l'attuale normativa attribuisce al produttore, come evidenziato in premessa, un ruolo di primo garante della sicurezza degli alimenti prodotti ed esitati al consumo. Pertanto la verifica ispettiva prende in considerazione diverse tipologie di indicatori quali gli esami documentali dei processi di autocontrollo (prerequisiti ed HACCP) effettuati dall'OSA e il controllo visivo delle conformità strutturali degli Stabilimenti di produzione, le buone prassi di lavorazione da parte degli operatori e l'idoneità igienico sanitaria della materia prima.

I controlli sanitari vengono effettuati dai veterinari ufficiali dell'Azienda Sanitaria appositamente incaricati ed eseguiti periodicamente così come indicato dalla programmazione Regionale racchiusa nel PRISAN (piano regionale integrato per la Sicurezza Alimentare e Nutrizionale).

La frequenza delle visite ispettive tiene conto di una preliminare valutazione del livello del rischio delle imprese alimentari come strumento efficace per garantire la sicurezza degli alimenti. Tale categorizzazione viene effettuata annualmente, sia nelle imprese alimentari riconosciute (stabilimenti con bollo CE), che in quelle registrate (macellerie, pescherie, depositi all'ingrosso, laboratori artigianali...) e può variare di categoria a seguito di cambiamenti di ciclo produttivo, di variazioni strutturali o di non conformità sanitarie.

La classificazione delle imprese in base a una categorizzazione del rischio, diventa pertanto propedeutica ad una elaborazione dei piani regionali di programmazione del controllo ufficiale.

Filiera delle carni fresche congelate, preparate e dei prodotti a base di carne:

- controllo ispettivo nei macelli;
- visita premacellazione, controllo sul benessere animale, farmaco-vigilanza, ispezione delle carni macellate e licenziamento al consumo;
- controllo sanitario nei depositi frigoriferi e nei laboratori di sezionamento carni;
- controllo sanitario nei salumifici e negli stabilimenti di produzione di preparati di carne;
- attività di vigilanza sulla vendita delle carni e derivati nelle macellerie, nei supermercati e sulle aree pubbliche;
- controllo sanitario sul trasporto delle carni;
- controllo sanitario delle carni prodotte e lavorate negli agriturismi e nelle aziende agricole;
- ispezioni e controlli sanitari sulle carni di pollame, di coniglio, di selvaggina cacciata e allevata;
- controllo sanitario sui sottoprodotti di origine animale (ossa, grasso ecc.);
- AUDIT

Controllo ispettivo nell'impianto di macellazione di Prosecco

Il macello è una struttura fortemente radicata nel territorio in quanto un vasto bacino costituito da titolari di aziende usufruisce del servizio di macellazione (circa 250/300 allevatori), i cui allevamenti sono localizzati nel carso triestino, nel territorio goriziano e della bassa friulana.

Il macello svolge un ruolo di osservatorio epidemiologico con la finalità di verificare la sanità animale. Il monitoraggio delle malattie riscontrate in sede di macellazione determina verifiche sanitarie sull'allevamento da cui provengono gli animali malati per il miglioramento delle condizioni gestionali e ambientali.

Bestiame macellato nel 2014 sottoposto a controllo veterinario

	2014 <i>n° animali macellati</i>
Bovini adulti	110
Vitelli	1
Solipedi/equidi	2
Suini	1250
Agnelli	186
Capretti	38
Ovini adulti	98
Caprini adulti	18

Nel corso del 2014 tutti gli ungulati domestici inviati al macello sono stati sottoposti a controllo veterinario ante e post mortem.

I capi macellati sono stati testati per le sotto citate analisi:

- Ricerca del parassita trichinella nei suini e negli equini.
- Ricerca di residui di farmaci e contaminanti su differenti matrici (muscolo, fegato e urine dei bovini e suini) nell'ambito del Piano Nazionale Residui.

- Il campionamento ai fini del controllo ufficiale dei *residui di antiparassitari organoclorurati e organofosforati* nelle carni di suino.
- Nell'ambito dei piani di controllo per la *malattia di Aujeszky sui maiali* sono stati effettuati prelievi per la ricerca di anticorpi Ig B (immunoglobuline vaccinali).

Programma di controllo BSE (malattia della mucca pazza)

Sono stati effettuati test per la BSE su bovini classificati nelle categorie a rischio (macellati d'urgenza e di età superiore ai 48 mesi d'età) e test Scrapie (encefalite ovi-caprina) su ovi-caprini macellati, in base al programma della sorveglianza EST ovi-caprina definito dalla Regione Friuli Venezia Giulia per l'anno 2014.

In occasione delle macellazioni d'urgenza sui bovini che hanno subito un incidente o affetti da turbe metaboliche funzionali sono state esperite analisi per la ricerca di patogeni e sostanze inibenti.

Tutte le analisi esperite hanno dato esito rispondente e le relative carni degli animali sono state esitate al consumo. Sono stati prelevati anche linfonodi intestinali di maiali per la ricerca di salmonella per il piano di monitoraggio del Carso.

Nell'ambito del benessere animale alla macellazione gli operatori del macello hanno frequentato il corso di formazione tenutosi a Noale (VE) indirizzato al personale addetto all'abbattimento e alle operazioni correlate.

Attività ispettiva di controllo ufficiale negli stabilimenti riconosciuti (bollo CE)

Il controllo ufficiale negli stabilimenti di produzione di prodotti di origine animale viene effettuato dai veterinari della Azienda Sanitaria Triestina. Ogni Stabilimento ha un veterinario ufficiale, incaricato dal Responsabile del Servizio, dedicato al controllo ufficiale che opera sulla base dei regolamenti comunitari 854/2004 e 882/2004.

Le ispezioni effettuate durante l'attività riguardano la verifica di eventuali non conformità relative a:

- requisiti strutturali ed igienico sanitari degli stabilimenti
- igiene delle attrezzature e dei piani di lavoro
- materie prime
- prodotti finiti e loro conservazione
- buone prassi lavorative ed igiene nell'abbigliamento del personale
- applicazione corretta dell'HACCP
- verifica dei monitoraggi previsti.

numero di atti ispettivi per singolo stabilimento :

	2014
macello	124
sezionamenti	48
salumifici	375

Salumifici e prodotti a base di carne

Si riporta a titolo esemplificativo l'attività di vigilanza espletata dal veterinario ufficiale.

Attività di ispezione e vigilanza su prosciuttificio Principe di San Daniele

Attività ispettiva giornaliera sulla filiera produttiva dello stabilimento Principe sia linea wurstel che linea pancetta e prodotti cotti. Lo scopo è la rispondenza igienico sanitaria ai requisiti

del Reg. CE 853/04.

In particolare vengono ispezionate le strutture e attrezzature adibite a produzione e viene esercitata vigilanza sulle modalità operative e gestionali del personale, vengono inoltre controllati i monitoraggi documentali predisposti dallo stabilimento secondo i principi HACCP.

Lo stabilimento è in possesso di autorizzazione all'esportazione in USA, Giappone, Messico, Hong Kong, Corea, Vietnam e altri paesi terzi, ne consegue una attività di certificazione destinata ai paesi terzi.

Vengono inoltre controllati i manuali HACCP, i relativi monitoraggi e le analisi svolte in autocontrollo.

Attività ispettiva nelle imprese alimentari registrate – macellerie e pescherie (commercio al dettaglio):

Sono state sottoposte a controllo sanitario 100 imprese alimentari registrate, nella fattispecie : macellerie ,pescherie e depositi all'ingrosso di generi alimentari. I controlli ufficiali (Reg CE 882/2004) vengono giornalmente inseriti nel Sistema Informativo Regionale - SISAVR.

Attività di Audit

Nell'ambito della struttura Igiene degli Alimenti di Origine Animale vengono svolte attività di audit di terza parte (quindi su aziende di produzione) secondo le modalità previste dal Reg. CE 882/04. La frequenza degli audit è stabilita dal Prisan della Regione Friuli Venezia Giulia in base alla tipologia produttiva e all'analisi del rischio e viene svolta da Veterinari Ufficiali con formazione specifica sulle procedure di Audit e rientranti in un elenco ufficiale auditors riconosciuti dalla Regione secondo il progetto regionale approvato da delibera (decreto 7 ottobre 2013 n. 849/VETAL).La frequenza degli audit è stabilita dalla Regione e si basa sulla valutazione del rischio effettuata dalla Struttura nel corso dei controlli ufficiali annuali.

Nel 2014 si sono svolte attività di audit presso il mercato ittico di Trieste, presso una Struttura di ricezione agrituristica, un salumificio, un centro di spedizione e confezionamento galleggiante di mitili e un deposito all'ingrosso di prodotti della pesca.

Filiera del latte e dei prodotti a base di latte:

- controllo sanitario del latte alla produzione;
- controllo sanitario negli stabilimenti di trattamento e trasformazione del latte;
- controllo sanitario nei centri di raccolta del latte;
- controllo sanitario sul trasporto del latte;
- controllo sanitario nelle aziende agricole autorizzate alla produzione e alla vendita diretta di latte crudo e di prodotti a base di latte;
- attività di vigilanza nei depositi e sulla vendita del latte e dei prodotti a base di latte;
- Audit.

Controlli sulla filiera del latte e dei prodotti lattiero caseari destinati al consumo umano

Il patrimonio zootecnico destinato alla produzione del latte della provincia di Trieste è costituito da 16 allevamenti di bovini, ed altri piccoli allevamenti di ovini e caprini concentrati soprattutto sul territorio del Carso Triestino. Gli allevamenti bovini sono costituiti da un numero di animali che varia dai 5-10 delle stalle più piccole fino ai 80-90 capi delle stalle più grandi. La potenzialità produttiva di latte alimentare del territorio è pari a circa 1350 tonnellate di latte/anno (dati estratti dal Sistema Informativo Agricolo Nazionale).

Una parte consistente del latte prodotto viene destinato alla lavorazione di prodotti lattiero-caseari in caseifici aziendali, appartenenti alle stesse aziende agricole che producono il latte. Infatti, nel territorio di nostra competenza esistono 7 “mini caseifici” che lavorano latte bovino e latte ovi caprino producendo formaggi freschi e stagionati. Questi prodotti sono venduti direttamente al consumatore negli spacci dei caseifici e nei mercati di prodotti agricoli tipici, nel territorio della Regione Friuli Venezia Giulia (circa 59500 Kg./anno di prodotti da latte bovino, e circa 1700 Kg./anno di prodotti dal latte ovi caprino – dati raccolti sul campo nel corso dell’anno 2011). Gli allevatori, inoltre, hanno la possibilità di vendere il loro latte “crudo” direttamente al consumatore finale, in azienda o tramite i distributori automatici di latte crudo.

Secondo le disposizioni della Direzione Regionale della Salute, inserite nel PRISAN, i nostri controlli ufficiali sulla filiera del latte e dei prodotti lattiero caseari si integrano con l’attività di controllo dei colleghi veterinari che operano nell’area di Sanità Animale. Infatti, la filiera produttiva è controllata dal nostro servizio a partire dall’igiene della mungitura delle bovine in lattazione, fino alla produzione e vendita del latte e dei formaggi derivati.

Ogni anno il PRISAN prescrive la frequenza dei controlli ufficiali di filiera. Inoltre, la vigilanza ufficiale è rafforzata da una serie di circolari emanate dalla Direzione Regionale della Salute, dirette ad aumentare i controlli in merito ad alcune problematiche sanitarie che sono emerse in questi ultimi anni nel settore del latte: la prevenzione dei rischi microbiologici legati al consumo di latte crudo, la contaminazione del latte da Aflatossina M1.

Nel 2014 i controlli ufficiali (19 atti ispettivi) sono stati fatti su molteplici aspetti sanitari e di sicurezza alimentare legati alla filiera del latte:

- Salubrità del latte e dei formaggi derivati;
- Igiene della mungitura delle bovine in lattazione;

- Mantenimento delle caratteristiche di idoneità igienico sanitaria, previste dai Regolamenti Comunitari del cd. "Pacchetto Igiene", delle strutture e delle attrezzature utilizzate per la produzione del latte e dei formaggi (caseifici aziendali e depositi latte);
- Applicazione delle Buone pratiche igieniche di lavorazione da parte degli addetti e grado di formazione degli stessi in campo di sicurezza alimentare; gestione corretta del prodotto aziendale a garanzia della sicurezza del consumatore (analisi in autocontrollo, informazioni per il consumatore, garanzia di tracciabilità lungo tutta la filiera produttiva).
-

Filiera dei prodotti ittici:

- controllo sanitario ed ispettivo nei mercati ittici all'ingrosso, barche da pesca e sull'igiene dello sbarco dei prodotti della pesca;
- controllo sanitario nei depositi frigoriferi e negli stabilimenti di lavorazione dei prodotti ittici;
- controllo sanitario nei centri di depurazione e spedizione dei molluschi bivalvi vivi, anche a bordo di natanti;
- controllo sanitario sul trasporto;
- attività di vigilanza sulla vendita dei prodotti ittici (pescherie);
- sorveglianza sanitaria sulle zone di produzione dei molluschi bivalvi vivi
- AUDIT.

ATTIVITA DI ISPEZIONE E VIGILANZA SUL MERCATO ITTICO ALL'INGROSSO DI TRIESTE (MIPI)

Da parte del veterinario ufficiale viene attuata una attività ispettiva bisettimanale sulla filiera della pesca presso il mercato ittico di Trieste sito in Piazzale Legnami n.1, vengono sottoposte a sorveglianza le attività di sbarco dei prodotti ittici con particolare riguardo alla manipolazione del pescato a bordo (incassettamento e ghiacciatura) e si effettuano ispezioni congiunte con personale della Capitaneria di Porto di Trieste in altrettanti motopescherecci.

In sala aste si procede all'ispezione sul pescato locale con controlli di specie, dimensioni,

freschezza e a campione apertura di cavità celomatica di tutte le specie a rischio per controllo sulla presenza di parassiti (in particolare *Anisakis* spp. e *Pseudoterranova*). Inoltre si controllano le etichette di identità poste sulle cassette per evidenziare la rispondenza alle normative sulla etichettatura.

Dal 2006 per la Slovenia e dal 2013 per la Croazia vi è un accordo tra Autorità sanitarie dei suddetti Paesi e Regione Friuli Venezia Giulia per svolgere attività di prima visita presso il MIPI di Trieste sui prodotti pescati da imbarcazioni slovene e croate e trasportate presso il MIPI di Trieste via terra. Tutte le attività previste per il pescato locale vengono quindi svolte anche per questi prodotti, tranne ovviamente il controllo delle imbarcazioni. Di conseguenza il prodotto movimentato in prima vendita è notevolmente aumentato in particolare dall'entrata in vigore dell'accordo con la Croazia.

Presso il MIPI si procede anche alla vendita di prodotti provenienti da mercati esteri e da altri stabilimenti italiani, in questo caso vengono svolte attività di controllo sia documentale che fisico per assicurare la rispondenza dei documenti con quanto prescritto dalla vigente normativa, controllare le etichettature poste sugli involucri e la rispondenza di queste con quanto riportato sui documenti commerciali e controllare che pesci molluschi e crostacei siano in condizioni ottimali di freschezza e non presentino lesioni parassitarie o di altro tipo. Vengono inoltre controllate le attività del personale afferente alla struttura, in particolare la modalità di movimentazione e gestione dei prodotti ittici.

Si procede anche alla vigilanza sulla idoneità igienico sanitaria dei mezzi di trasporto sia dei venditori che degli acquirenti

Vengono inoltre svolti periodicamente sopralluoghi sulla struttura del Mercato Ittico e pertinenza per accertare la rispondenza ai requisiti strutturali e igienico sanitari previsti dal Reg. CE 853/04.

Viene inoltre controllato il manuale HACCP i relativi monitoraggi e le analisi svolte in autocontrollo.

Alcuni dati sul controllo ufficiale:

mercato ittico – 102 ispezioni

5 motopescherecci adibiti alla pesca locale sono stati sottoposti a controllo sanitario per la verifica delle condizioni igienico sanitarie delle attrezzature impiegate e per il corretto stoccaggio a bordo dei prodotti ittici

Molluschicoltura , centri di spedizione galleggianti e centri di depurazione

La molluschicoltura in provincia di Trieste è rappresentata unicamente dalla coltivazione di mitili della specie *Mytilus Galloprovincialis*. Su tale attività si procede ad un controllo bi-annuale nei punti di sbarco presso la banchina del Villaggio del Pescatore ispezionando in particolare l'integrità del sito e delle attrezzature per la movimentazione dei mitili. Un controllo accurato viene riservato agli esiti analitici eseguiti da ARPA e Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie relativi al monitoraggio algale delle specie tossiche e alla idoneità microbiologica dei prodotti.

I centri di spedizione galleggianti, particolari imbarcazioni che procedono alla cernita, lavaggio e confezionamento dei mitili provenienti da zone classificate A (e quindi idonei alla immediata commercializzazione), vengono ispezionati al minimo 6 volte all'anno ma spesso con maggiore frequenza nel periodo estivo che è quello di attività più intensa. In tali imbarcazioni si controllano le idoneità strutturali igienico sanitarie e gestionali sia del ponte di coperta e delle aree di lavorazione sia delle attrezzature adibite alla manipolazione dei molluschi. Viene inoltre controllato il manuale HACCP i relativi monitoraggi e le analisi svolte in autocontrollo.

Nel centro di depurazione sito presso il Villaggio del Pescatore in aggiunta alle attività di controllo previste per i centri di Spedizione si procede ad una verifica sulla modalità di depurazione dei mitili provenienti da aree classificate B (e quindi con obbligo di depurazione prima di essere messe in commercio) con particolare attenzione sui modi e i tempi di permanenza nelle vasche e sulle verifiche analitiche svolte in autocontrollo e le relative validazioni. Si controllano inoltre le celle di stoccaggio dei prodotti confezionati e la documentazione obbligatoria di accettazione in entrata dei lotti di mitili. Per tale struttura la frequenza prevista è 6 volte all'anno.

Per i Centri di Spedizione e Depurazione molluschi è prevista una verifica analitica per la ricerca di tossine algali, residui chimici e tenori microbiologici in particolare *Salmonella* ed *Escherichia Coli* così ripartiti:

- 10 controlli per ricerche biotossicologiche
- 1 controllo chimico (presenza di contaminanti: piombo, mercurio, idrocarburi....)
- 5 controlli microbiologici.

La molluschicoltura, come già sottolineato nella premessa, rappresenta storicamente, nelle regioni del nord-est, una realtà produttiva di grande rilevanza. In Friuli Venezia Giulia (FVG). Tale attività è concentrata principalmente nel Golfo di Trieste e da sempre caratterizzata

dalla produzione di mitili di elevata qualità con un circuito commerciale ben definito. Nel 2010 tale settore produttivo è stato parzialmente compromesso a seguito di un episodio di intossicazione alimentare che ha coinvolto circa 150 persone, conseguente al consumo di mitili contaminati da biotossine algali (acido okadaico) provenienti da alcuni allevamenti del Golfo di Trieste. Questo episodio ha reso improcrastinabile l'attivazione e la gestione di adeguati piani di monitoraggio in grado di evidenziare precocemente la presenza di biotossine algali in molluschi e di minimizzare il rischio di intossicazioni alimentari.

Piano ufficiale di monitoraggio su molluschi bivalvi vivi

I molluschi bivalvi vivi, per la caratteristica biologica di filtratori, sono in grado di accumulare nel loro organismo batteri, tossine ed elementi chimici. Pertanto sono alimenti che presentano un certo grado di rischio per il consumatore, soprattutto se vengono consumati crudi.

Il Piano ufficiale di monitoraggio viene effettuato annualmente e prevede una serie di campioni nel settore della produzione (presso il centro di depurazione e confezionamento ubicato nella zona del Villaggio del Pescatore e presso i centri di spedizione a bordo delle imbarcazioni ormeggiate nei porti di Grignano e Santa Croce), e nel settore commercializzazione (soprattutto nel mercato ittico di Trieste).

I controlli microbiologici vertono sulla verifica di una eventuale contaminazione fecale di origine antropica dovuta soprattutto a malfunzionamento dei depuratori (ricerca nei mitili di *Escherichia Coli* e *Salmonella*).

I controlli biotossicologici prevedono la ricerca delle biotossine algali (prodotte dal fitoplancton tossico) ed in particolar modo dell'acido okadaico responsabile nell'uomo di una sintomatologia diarroica.

Il piano di campionamento per il controllo dei contaminanti chimici viene effettuato ricercando soprattutto i metalli pesanti (piombo, mercurio, cadmio...)

Nel 2014 sono riscontrate alcune non conformità in zone di produzione dei mitili e in particolare a giugno è stata emessa una ordinanza con divieto di commercializzazione dei mitili provenienti dagli impianti di Santa Croce per inquinamento delle acque di origine antropica (presenza di *E. coli*), e ad ottobre chiusura della zone di produzione in località Filtri (costiera triestina) per presenza nei mitili di acido okadaico prodotto dalla proliferazione di alghe tossiche.

Controllo sanitario sulla produzione del miele

- controllo sanitario sui laboratori di smielatura ed invasettamento
- vigilanza sanitaria in fase di commercializzazione e vendita

Gli addetti che operano sul territorio dell'AAS nel settore apistico sono circa una sessantina. La maggior parte è costituita da produttori primari che svolgono le attività di allevamento api, raccolta miele e confezionamento nel contesto dell'azienda di apicoltura.

Alcuni apicoltori posseggono laboratori di smielatura registrati ai sensi del Regolamento CE 852/ 2004.

Nell'ambito dei progetti delle Piccole Produzioni Primarie (vedasi il Decreto Presidente Regione n. 167/2011 poi abrogato e il Decreto Presidente Regione n. 23/ 2014), a partire dal 2012, nel territorio dell'AAS triestina, si realizzano laboratori di smielatura anche in locali accessori alle abitazioni private, agevolando di fatto l'attività dei produttori del settore.

Sotto il profilo sanitario il miele e derivati hanno un alto livello di sicurezza alimentare per le caratteristiche intrinseche del prodotto, l'unico rischio è costituito dalla presenza di eventuali residui di farmaci utilizzati per prevenire e combattere alcune delle malattie delle api. Al fine di garantire la salute dei consumatori e le stesse produzioni, si effettuano nell'ambito del Piano Nazionale dei Residui, analisi secondo la programmazione disposta dalla Regione.

Gestione del sistema di allerta regionale per alimenti destinati al consumo umano

Il sistema rapido di allerta comunitario è una rete di collegamenti tra gli Stati Membri, a cui partecipano anche l'EFSA e la Comunità Europea, istituito dalla Comunità Europea stessa (Regolamento 178/2002 CE e Regolamento 16/2011 CE) allo scopo di notificare in tempo reale i rischi diretti e indiretti per la salute del consumatore legati agli alimenti destinati al consumo umano o ai mangimi che vengono assunti da animali da allevamento che entrano poi nella catena alimentare. Il Ministero della Salute ha emanato nel 2008 "Le linee guida per la gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati al consumo umano" che sono state poi adottate nel 2009 dalla Regione Friuli Venezia Giulia. Le procedure stabilite nelle linee guida sono state poi rimaneggiate dopo l'entrata in vigore del Regolamento 16/2011 che definisce chiaramente le disposizioni di applicazione del sistema di allerta rapido. Tali procedure permettono la gestione omogenea in ambito Nazionale/Regionale dei Sistemi di Allerta, consentendo un rapido scambio di informazioni riguardo alle misure

adottate ed alle azioni intraprese in relazione ad alimenti, e a mangimi per animali, già immessi sul mercato che possono rappresentare un grave rischio per la salute umana, animale e per la salubrità dell'ambiente.

La Struttura, quindi, funziona come "Punto di contatto" nell'ambito di una rete regionale, nazionale e comunitaria che gestisce l'intero sistema di notifiche.

Le azioni che la Struttura intraprende sono diverse a seconda che il problema che genera l'allerta si verifica in un'impresa alimentare che opera nel territorio di competenza dell'AAS1 (allerta in partenza) oppure se il problema si verifica nel territorio di competenza di altre AAAASS della Regione Friuli Venezia o extra regionale (allerta in arrivo). In ogni caso vengono adottate, nel più breve tempo possibile, le misure più opportune per fronteggiare il rischio per la salute pubblica (informazione alla ditta, sequestro di prodotti eventualmente presenti sul mercato, ecc., controlli ufficiali presso le imprese coinvolte, verifica della tracciabilità del prodotto oggetto dell'allerta), e comunica nel più breve tempo possibile, alla Direzione Regionale della Salute le azioni intraprese in modo che l'informazione possa raggiungere tempestivamente tutti i livelli della rete.

L'attività svolta dalla Struttura come "Punto di Contatto" per la gestione del sistema di allerta a livello regionale, collegato con i livelli nazionale e comunitario, richiede molte energie e competenza sia per l'importanza dell'azione di prevenzione a tutela della sicurezza del consumatore sia per la mole di informazioni che, ogni volta, vengono trasmesse alle varie Autorità Competenti.

Piano di campionamento ufficiale di alimenti di origine animale – secondo la programmazione regionale-

Annualmente il Servizio Regionale di Sanità Pubblica Veterinaria trasmette al Servizio competente il Piano Regionale di campionamento ufficiale degli alimenti di origine animale conformemente al regolamento CE/882/2204 affidando a ciascuna Azienda Sanitaria un numero indicativo di campioni per ogni singola matrice alimentare.

La programmazione Regionale nell'attribuzione dei campioni tiene conto del numero delle imprese alimentari presenti sul territorio di ogni singola AAS della tipologia delle imprese e del numero di abitanti intesi come consumatori.

Il campionamento è finalizzato prevalentemente a verificare il rispetto dei criteri di sicurezza alimentare e non è fine a se stesso, ma è compreso in un processo più articolato di controllo ufficiale.

PNR - piano nazionale residui -

Finalità: il Piano Nazionale Residui (PNR) è un piano di sorveglianza predisposto per verificare o svelare l'utilizzo di sostanze vietate, la somministrazione abusiva di sostanze autorizzate e la conformità dei residui di medicinali veterinari con i limiti massimi di residui (LMR) fissati dalla normativa nazionale e comunitaria.

PIANO DI MONITORAGGIO SUI RESIDUI DI PRODOTTI FITOSANITARI

Finalità. Il Piano sui fitosanitari è un piano di sorveglianza predisposto al fine di verificare le quantità massime di residui di antiparassitari fissate dalla normativa nazionale e comunitaria presenti negli alimenti di origine animale. Dall'anno 2009 al 2013 sono stati campionati n. 5 alimenti di origine animale per anno. Le matrici campionate nel corso degli anni in riferimento hanno riguardato muscolo di maiale e bovino, fegato di bovino, burro, formaggio bovino, latte vaccino, uova di gallina. Tutti gli esiti analitici hanno dato riscontro negativo.

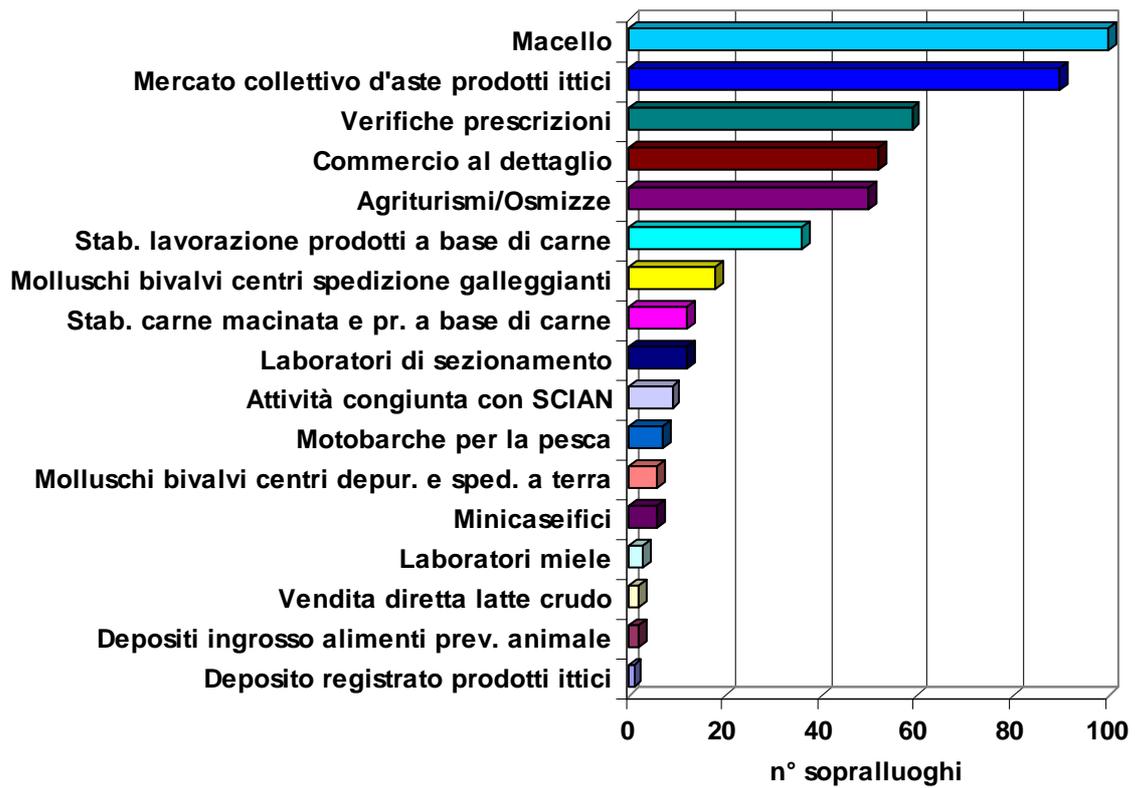
Controllo della radioattività ambientale su campioni di matrici alimentari

A seguito dell'evento di Chernobyl (1986) è stata istituita una attività di monitoraggio, effettuata in modo sistematico. Tale attività su tutto il territorio regionale viene coordinata dal laboratorio di fisica ambientale dell'Arpa che esegue anche l'attività analitica. Il programma di monitoraggio prevede un campionamento non solo sull'ambiente, ma anche un campionamento di matrici alimentari effettuato con cadenza trimestrale su alimenti che in qualche modo entrano in maggior misura nella dieta. Tale campionamento viene effettuato secondo un piano concordato con la Direzione regionale della salute.

Nei campioni di prodotti alimentari controllati non sono stati rilevati livelli significativi di radionuclidi tali da allertare la Rete di Sorveglianza Regionale e Nazionale. Questo Servizio a seguito dell'incidente nucleare della centrale di Fukushima ha prelevato campioni di prodotti della pesca provenienti dalle zone FAO del Pacifico al fine di verificare la

contaminazione radioattiva presente in tale catena alimentare. La radioattività era sotto i livelli massimi ammissibili previsti dalla normativa.

Attività istituzionale di controllo ufficiale svolta nel 2014



– Progetto Piccole Produzioni Locali

Progetto regionale piccole produzioni locali

A partire dal 2010 la nostra Struttura ha collaborato attivamente con la Regione Friuli Venezia Giulia che, assieme alle altre Aziende Sanitarie Locali, ai produttori e all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, ha promosso un progetto di sicurezza alimentare, denominato "Piccole Produzioni Locali" (PPL), che tiene conto dei principi di flessibilità e proporzionalità per consentire la produzione di alimenti sicuri senza un carico burocratico eccessivo per le piccole aziende agricole.

Il Progetto PPL è un'opportunità offerta agli allevatori/produttori che producono "prodotti di nicchia". Si pone vari obiettivi: sicurezza per il consumatore, creazione di nuovi spazi di mercato, valorizzazione del territorio. Il Progetto prevede l'applicazione flessibile e proporzionata della normativa comunitaria sulla base della ricerca scientifica.

A tal scopo, la Direzione Regionale della Salute ha emanato varie Delibere che hanno stabilito le regole per la produzione, nell'ambito del Progetto, di prodotti alimentari "agricoli" tenendo conto delle richieste del consumatore e delle esigenze di diversificazione stagionale delle aziende agricole: prodotti carnei (salumi e carni fresche avicunicole), prodotti lattiero-caseari tipici di malga, confetture, conserve vegetali, prodotti da forno, miele e prodotti a base di miele.

Anche in questo caso, la sicurezza e la corretta informazione per il consumatore costituiscono una esigenza imprescindibile, coniugata alla valenza sociale del Progetto nella valorizzazione del lavoro del piccolo imprenditore agricolo.

E' stato inoltre creato, per aumentare la visibilità e le potenzialità del Progetto, un sito "Piccole Produzioni Locali" nell'ambito della pagina web ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia. L'obiettivo è costruire il cosiddetto "pacchetto territorio" per attirare il visitatore/consumatore con l'offerta di risorse culturali, naturali, gastronomiche legate ad uno specifico territorio della Regione Friuli Venezia Giulia che grazie alla sua posizione di confine e la presenza di turisti nelle località costiere per almeno 4 mesi all'anno, potrebbe essere un buon esempio di "pacchetto territorio". Un esempio che riguarda il territorio di nostra competenza è l'Altopiano Carsico con le sue peculiarità paesaggistiche e storiche e la sua offerta di prodotti tipici, sia carnei che vegetali, prodotti nelle "osmize", aziende agricole con caratteristiche uniche e legate fortemente al territorio.

La Struttura ha partecipato a riunioni organizzative e ad eventi di divulgazione del progetto, ha effettuato sopralluoghi ispettivi per la verifica dei requisiti strutturali ed igienici previsti dalla normativa regionale e necessari alle aziende agricole per poter essere inserite nell'elenco PPL, ha organizzato incontri di formazione per i produttori aderenti al Progetto e sta tuttora partecipando alle fasi di progettazione dei futuri incontri formativi per l'evoluzione e lo sviluppo del Progetto stesso. Nell'ambito del progetto di valorizzazione delle PPL sono state realizzate linee guida di "buone pratiche di igiene" che ogni produttore potrà adattare alla propria realtà .

Sedi ed orari della Struttura Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale

sedi ed orari SEGRETERIA
via Paolo de Ralli,3 (Dipartimento di Prevenzione) stanza 30 – Comprensorio di
S. Giovanni – 34128 Trieste
tel. 040 3997506 FAX tel. 040 3997508
Orari di apertura la pubblico: da lunedì a venerdì, dalle 8.30 alle 10.00, il lunedì
anche dalle 14.00 alle 15.00

personale medici veterinari:
dr. Maurizio Cocevati (Responsabile)
dr. Antonio Fiordelisi
dr.ssa Paola Devescovi
dr.ssa Maria Rosaria Ferone

tecnici della prevenzione:
Maurizio Bresciani
Giuliano Sain

Struttura complessa Igiene, Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale (S.C.I.S.P.P.A.)

Origini storiche

La Sanità Pubblica Triestina affonda le proprie solide radici in un passato remoto che indica come la sua origine provenga da lontano, attraversando secoli di storia, percorrendo con visione moderna quelli che saranno i dettati igienico sanitari del futuro, con grande anticipo su altre realtà.

A questo proposito gli antichi Statuti del 1315 della Trieste medioevale, contengono degli elementi preziosi e lungimiranti di Sanità Pubblica, di cui in effetti si può essere orgogliosi.

Alcune disposizioni dell'epoca risultano sorprendenti per attualità:

- I MEDICI, FISICI ED IL CHIRURGO SONO *“salarati dal pubblico e sono tenuti a medicar con somma fede e diligenza, e senza alcun premio tutti li cittadini, ed abitanti della città e del territorio di Trieste; e debbano ogni giorno visitar gli ammalati e denoncieranno al banco dé maleficj i feriti con effusion di sangue...”* Omissis
- I CAVALIERI DELLA COMUNITA *“che siano obbligati ad investigare con diligenza, quelli che buttano, spargono o tengono acqua puzzolente, sordidezza e immondizia”*
- IGIENE AMBIENTALE *“...proibito lavare panni appresso qualche pozzo o fontana la cui acqua si adoperi per il bere degli uomini”*

Tutto ciò in un'epoca in cui le conoscenze scientifiche erano ridottissime e la nascita della microbiologia era di là da venire.

Descrizione del mandato della Struttura

La Struttura Complessa Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale ha il compito di tutelare la salute collettiva, intervenendo nella prevenzione delle malattie infettive diffuse nonché dei fattori di rischio connessi con l'inquinamento ambientale o presenti negli ambienti di vita. Sviluppa interventi e programmi finalizzati a favorire la salvaguardia ambientale di enti e/o privati cittadini.

Nello specifico ne fa parte la Struttura Semplice Tutela della Salute negli Ambienti di Vita, che ha il compito di tutelare la salute collettiva intervenendo sui fattori di rischio connessi con l'inquinamento ambientale o presenti negli ambienti di vita.

Un tempo era conosciuta come "Ufficio Igiene" e i cittadini erano abituati a rivolgersi a tale struttura per segnalare i loro problemi, per lo più di tipo ambientale, ma limitati ad un ambiente molto ristretto e conseguenti, quasi sempre, a conflitti con il vicinato.

Le competenze della Struttura al giorno d'oggi sono ovviamente molto cambiate, in virtù del cambiamento del contesto culturale ed economico nazionale ed europeo.

Analisi del contesto sociale

La nostra provincia, si caratterizza principalmente per i seguenti aspetti emergenti:

- progressiva variazione della composizione della popolazione (in particolare dell'età, con forte tendenza all'invecchiamento, provenienza e stato sociale);
- forte tendenza al fenomeno immigratorio di persone che fuggono da fame e guerre (con aumentato rischio del diffondersi di malattie trasmissibili ormai ritenute scomparse nel mondo occidentale);
- frammentazione dello stato sociale con impoverimento in alcune fasce legato alla crisi economica e al mutare della politica del lavoro che si riflette sul cambiamento delle abitudini di vita della popolazione e causa un atteggiamento più rivendicativo e acritico nei confronti delle Istituzioni (tipologie contrattuali che portano a precarietà, invecchiamento della popolazione lavorativa, disoccupazione giovanile, aumento delle persone che vivono da sole, con aumento della dipendenza delle stesse dal "sistema"), mantenimento di un elevato tenore di vita in altre fasce che porta ad una scarsa percezione di problemi socio – sanitari emergenti;
- elevata conflittualità sociale;
- buona scolarizzazione;
- progressivo emergere di una diffusa diffidenza culturale nei confronti delle iniziative di Sanità Pubblica, derivante anche dal diffondersi di un'informazione mediatica (via WEB) spesso non corretta nei contenuti (campagne contro le vaccinazioni, adozione di terapie alternative senza documentata validità, promozione di diete scorrette e pericolose per la salute);
- diffusione di modelli di vita scorretti che vedono da una parte la diminuzione di alcuni fattori di rischio e dall'altra l'emergere di nuovi, per affrontare i quali

- necessitano nuove strategie preventive (es. scorrette abitudini alimentari e di vita, con conseguente obesità dilagante e sue conseguenze in termini di salute, ecc.);
- elevata urbanizzazione, che determina rapporti con il personale sanitario di tipo “metropolitano”, con depersonalizzazione dei rapporti ed isolamento;
 - inquinamento diffuso dell’ambiente.

In questo contesto di radicale cambiamento sociale, economico e culturale la Sanità Pubblica ha modificato i suoi interventi per adeguarsi alle nuove richieste ed alle nuove sfide che le mutate condizioni hanno fatto emergere. Costantemente, di conseguenza, è necessaria la collaborazione con altre Strutture Aziendali per raggiungere un target di efficacia e di efficienza negli interventi effettuati.

Attività congiunte

La Struttura si occupa di problematiche complesse per affrontare le quali sono essenziali due fattori:

- la specializzazione
- l’interdisciplinarietà

La Struttura opera con una logica interprofessionale che vede la stretta collaborazione di medici, tecnici della prevenzione, assistenti sanitari, amministrativi, ecc. e si relaziona operativamente con le altre Strutture Dipartimentali ed Aziendali (ad esempio in caso di situazioni fonte di grande allarme sociale e mediatico, quali focolai tossinfettivi, epidemie, fenomeni di inquinamento, ecc.).

Di seguito vengono brevemente descritte le principali attività svolte in collaborazione con le altre Strutture Dipartimentali e non:

Con la Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione:

- commissione asili;
- gestione interdisciplinare delle tossinfezioni alimentari applicando il protocollo congiunto dipartimentale (indagini epidemiologiche, esami coproculturali, campioni alimentari, valutazione esiti microbiologici);
- pareri congiunti sui requisiti igienico sanitari e verifica dell’igiene degli alimenti nelle mense, negli esercizi pubblici, residenze assistenziali, ecc..

Con la Struttura Complessa Sanità Pubblica Veterinaria

- gestione congiunta di inconvenienti igienici correlati alla presenza di animali;
- verifica congiunte sui requisiti igienico sanitari degli alimenti di origine animale;
- gestione interdisciplinare delle morsicature;
- gestione congiunta, sia per quanto riguarda gli animali che le persone, dei casi di antropozoonosi (leptosirosi, leishmaniosi).

Con la Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro:

- pareri congiunti riguardanti requisiti igienico sanitari degli ambienti di lavoro (attività produttive);
- gestione congiunta di situazioni di rischio per la salute dei cittadini derivanti da insediamenti produttivi.

Con i Distretti Sanitari:

- le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia nei bambini sino ai sei anni vengono effettuate nelle strutture distrettuali, in coordinamento con la S.C.I.S.P.P.A..

Con la Struttura Complessa Assistenza Farmaceutica

- vigilanza sui depositi dei farmaci;
- vigilanza sulle farmacie.

La Struttura, inoltre è deputata alla verifica di conformità alla normativa vigente di molte attività di interesse collettivo.

All'interno della S.C. Igiene, Sanità Pubblica e Prevenzione ambientale operano i seguenti organismi:

- Centro Vaccinale Unico
- Ufficio Profilassi e Prevenzione delle Malattie Infettive
- Ambulatorio Anti Tuberculare di primo livello
- Ufficio Disinfezione e Disinfestazione
- Struttura Semplice Tutela della Salute negli Ambienti di Vita

Di seguito si riporta un breve elenco delle attività svolte dalla Struttura negli ultimi sei anni, corredato della numerosità delle prestazioni stesse.

Tipologia di attività	2009	2010	2011	2012	2013	2014
S.S. Tutela della Salute negli Ambienti di Vita						
rilascio attestazioni permessi di soggiorno *	295	214	59	27	/	aboliti
rilascio attestazioni anti-igienicità per bando ATER	18	27	/	/	13	3
rilascio pareri conformità alberghi **	13	11	14	13	6	1
rilascio pareri conformità locali d'affari **	6	23	14	7	10	1
rilascio pareri conformità stabilimenti balneari	15	11	15	17	16	16
rilascio pareri conformità attività sanitarie *	32	22	25	36	42	aboliti
autorizzazione strutture sanitarie	24	9	25	15	14	17
proposte ordinanze sindacali	5	9	14	14	3	4
rilascio conformità capienza aule scolastiche	8	3	1	/	/	3
rilascio parere conformità centri estivi, comunità alloggio	/	4	10	9	9	3
sopralluoghi solo per il rilascio di parere attestazione	547	470	252	216	121	69
rilascio pareri edili	509	436	341	353	320	322
rilascio pareri pubblicità sanitaria	5	14	/	8	/	8
rilascio pareri alla Prefettura radiazioni ionizzanti	3	2	2	4	1	1
visione stazioni radio-base per riconfigurazione	/	3	6	24	42	101
richieste interventi da privati per inconvenienti igienico sanitari di varia natura	285	271	241	264	241	309
sopralluoghi e verifiche effettuate per inconvenienti igienico sanitari di varia natura	1.425	1355	1.205	1.320	1.205	1220
richieste telefoniche per interventi da parte di enti (ACEGAS, Comune, ATER, Microaree, Distretti, CSM) per inconvenienti igienico sanitari di varia natura	180	210	195	180	205	200
sopralluoghi e verifiche effettuate per interventi da parte di enti (ACEGAS, Comune, ATER, Microaree, Distretti, CSM) per inconvenienti igienico sanitari di varia natura	360	420	390	360	410	382
valutazione comunicazioni di detenzione di apparecchi o sostanze radioattive	145	164	155	111	70	68
NUOVE VOCI						
richiesta pareri vari / relazioni tecniche						101
commissioni / tavoli di lavoro / conferenze servizi						146
attività didattiche						ore 417
consulenze privati / professionisti						1100

valutazioni elettromagnetiche, emissioni – VIA-VAS-VIS-AIA-AUA	documentazione atmosfera	campi siti inquinati					224
Ufficio Disinfezione e Disinfestazione							
interventi di disinfezione e disinfestazione							
	2.680	2.920	5.121	3.245	3.098		3594
Centro Unico Vaccinale							
libretti sanitari	31	100	105	110	109		89
counselling viaggiatori internazionali	233	459	407	422	500		802
vaccinazioni	11.380	10.905	11.579	10.614	10.821		10.728
vaccinazioni oggetto di campagne	2.523	2.589	4.944	2.689	1.100		1.643
vaccinazioni antirabbiche	150	201	183	190	150		124
Ufficio Profilassi e Prevenzione delle Malattie Infettive							
ammissioni in comunità	106	105	53	58	190		433
indagini epidemiologiche	428	426	341	386	412		305
interventi di educazione sanitaria	435	426	340	380	400		308
notifiche di malattie infettive	1.484	1.398	1.032	1.077	968		501
Ambulatorio Anti – Tuberculare di I Livello							
test secondo Mantoux	1.940	625	1.790	1.050	1.000		1.000
test Quantiferon	135	80	105	120	140		140

* abolito

** facoltativo

Si può notare che alcune voci hanno subito dei cambiamenti sostanziali a livello numerico e che sono state inserite voci nuove.

Le normative subiscono modifiche ed integrazioni, e qualche compito d'ufficio viene di fatto cancellato e/o modificato, come ad esempio i permessi di soggiorno, che ora sono diventati di competenza del Comune.

I pareri di conformità per gli alberghi, ad esempio sono diventati facoltativi, in quanto possono essere sostituiti dalla presentazione della SCIA al Comune, che stabilisce il rilascio dell'attestazione finale; anche il rilascio del parere di conformità per i locali d'affari è facoltativo e può essere richiesto, sia dal Comune che dal privato.

Le voci nuove che sono state inserite nella tabella sono invece compiti già svolti da questa Struttura ma che da quest'anno hanno raggiunto un peso rilevante nelle attività d'ufficio.

La voce “richiesta pareri vari / relazioni tecniche” comprende le richieste effettuate da parte dell’utenza, su argomenti che però non trovano una collocazione dettagliata nella griglia.

Le voci commissioni / tavoli di lavoro / conferenze servizi, attività didattiche e consulenze privati e professionisti, comprendono attività che i nostri tecnici hanno sempre svolto, ma sono aumentate in modo esponenziale, tanto da diventare una parte importante delle attività lavorative, come peraltro lo sono diventate le **valutazioni sulla documentazione riguardante i campi elettromagnetici, le emissioni in atmosfera, i siti inquinati e VAS (Valutazione Ambientale Strategica)-VIA (Valutazione Impatto Ambientale)-AIA (Autorizzazione Integrata Ambientale)-AUA (Autorizzazione Unica Ambientale)-VIS (Valutazione Impatto Ambientale).**

CENTRO UNICO VACCINALE

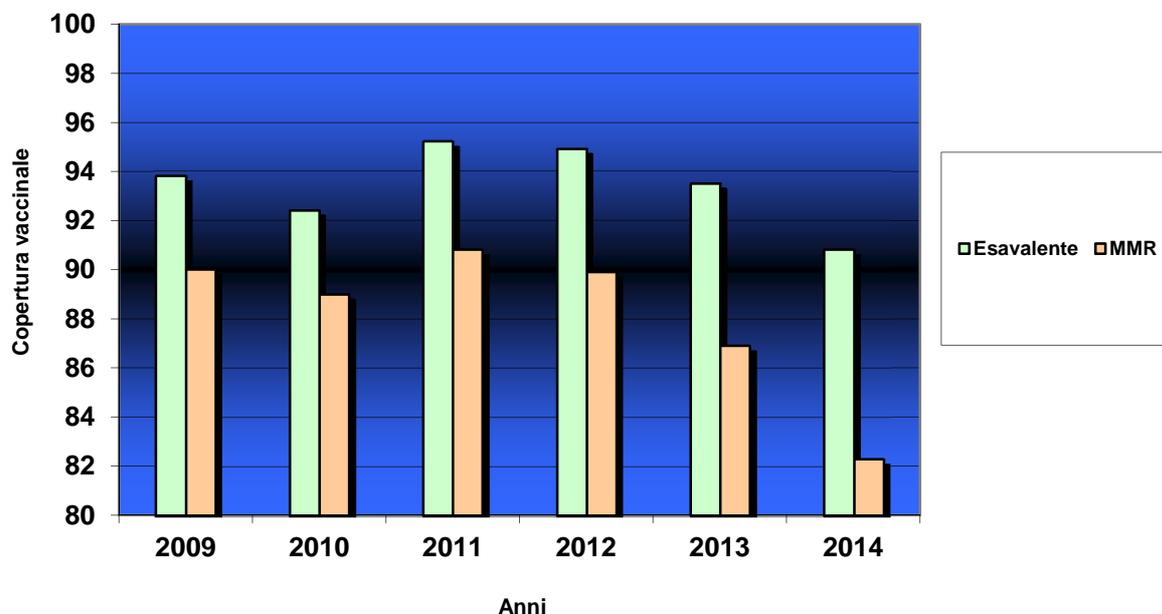
Suo compito fondamentale è quello di organizzare le campagne di vaccinazione promosse dallo Stato e dalla Regione (ad esempio: campagne di vaccinazione annuale contro Influenza e Pneumococco, campagne di vaccinazione nell’età evolutiva e nei soggetti a rischio), esecuzione delle vaccinazioni nei soggetti a partire dai sei anni di età (al di sotto di tale età operano le S.S. Tutela Salute Bambini ed Adolescenti distrettuali), monitoraggio dell’andamento delle campagne di vaccinazione, comunicazione alla popolazione, aggiornamento del personale a vario titolo coinvolto, partecipazione ai gruppi tecnici propedeutici alle scelte di politica vaccinale regionali, sorveglianza dell’adesione all’obbligo vaccinale nei nuovi nati.

L’impegno profuso in tale settore è stato negli scorsi anni rilevante; i risultati, in termini di copertura vaccinale della popolazione, non sono stati altrettanto incoraggianti, anche se la tendenza al ribasso è comune al resto di Italia: questo dipende verosimilmente da due aspetti fondamentali: da una parte, la mancata percezione del rischio, in una parte della popolazione, che un abbassamento del livello di copertura vaccinale determina sulla salute pubblica; a ciò si aggiunge il nefasto intervento di organizzazioni vere e proprie che si oppongono alla pratica vaccinale adducendo argomentazioni pretestuose e regolarmente smentite dalla letteratura medica; dall’altra parte si assiste ad una scarsa collaborazione di

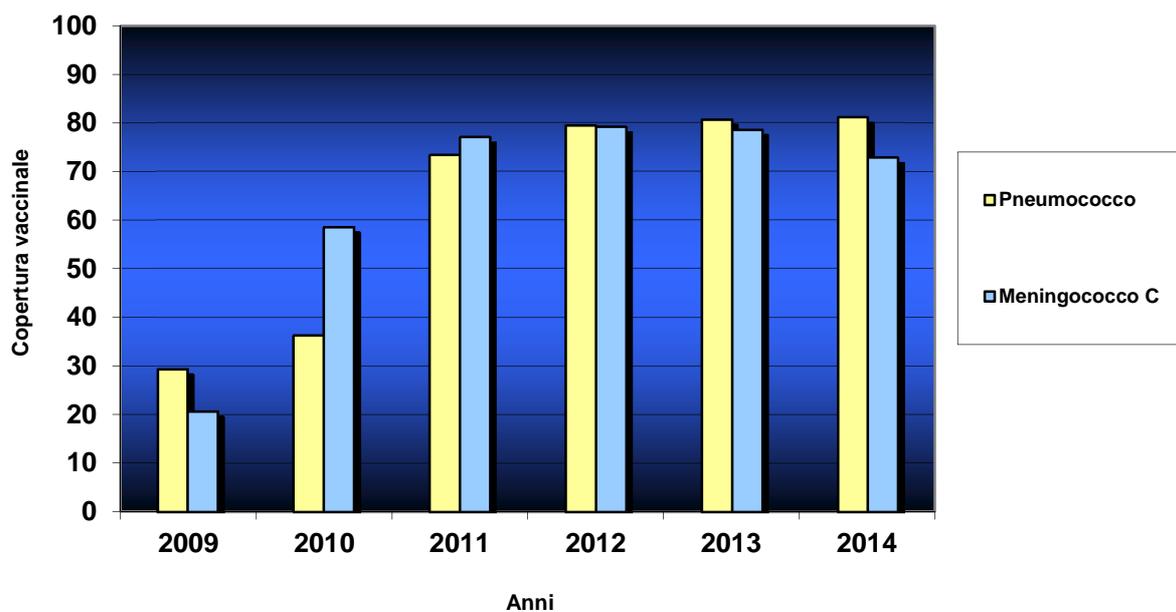
alcuni operatori sanitari non direttamente impegnati sul fronte vaccinazioni, ma fortemente coinvolti nel processo decisionale degli utenti. Nonostante i numerosi interventi comunicativi nei confronti degli operatori sanitari, non si è, inoltre, concretizzato il superamento dell'idea che le vaccinazioni sono appannaggio esclusivamente dell'età evolutiva: infatti, una proporzione sempre maggiore di soggetti a rischio nell'età adulta si potrebbe giovare dell'intervento vaccinale, stante l'emergere di sempre più sofisticati vaccini indicati proprio per queste categorie.

A seguito del decremento delle coperture vaccinali ed al fine di correggere tale tendenza, questa Struttura ha attivato un percorso di confronto e collaborazione con gli Operatori Sanitari a vario titolo coinvolti sull'argomento, in particolare con i Pediatri di Libera Scelta e gli Operatori Sanitari dei Distretti Sanitari, ma anche con i Medici di Medicina Generale, gli Operatori Sanitari Ospedalieri e gli Operatori del Sociale, che si è sostanziato in corsi di aggiornamento, comunicazioni formali delle nuove indicazioni Ministeriali e Regionali in materia, collaborazione fattiva in casi specifici.

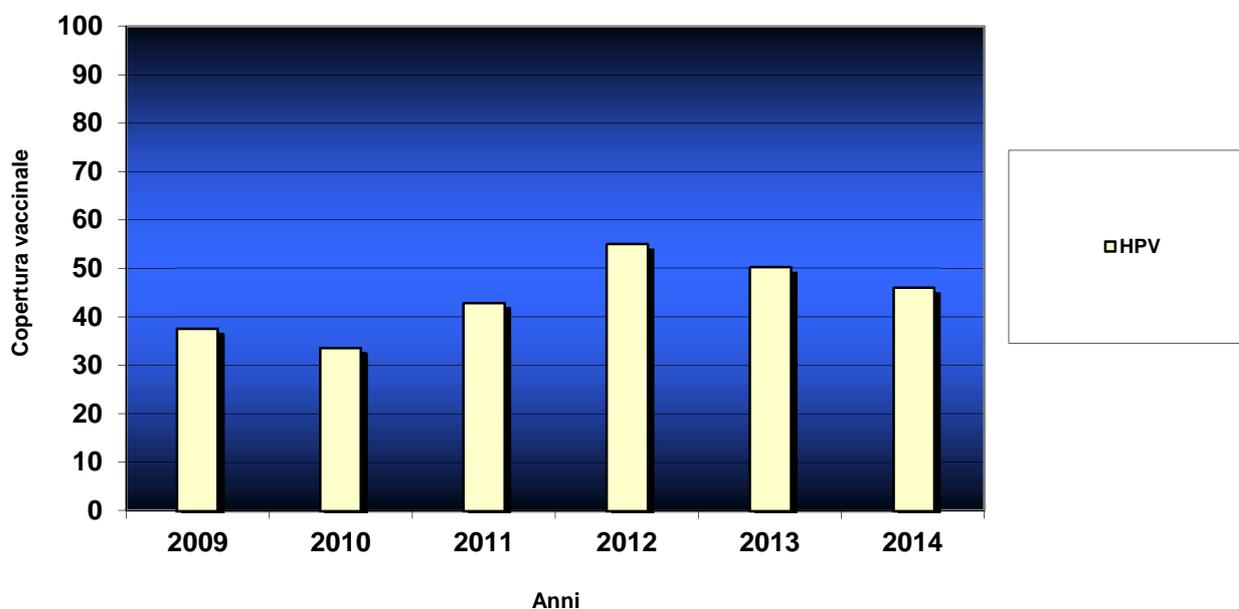
A titolo esemplificativo forniamo l'andamento delle coperture vaccinali nella popolazione pediatrica della provincia di Trieste negli ultimi anni.



Come si può notare, le coperture vaccinali per Esavalente e MMR hanno avuto un picco nel 2011, per poi ridursi in maniera sostanziale negli anni seguenti, tendenza che si è confermata nel corso del 2014.



Viceversa, le coperture vaccinali per Pneumococco hanno raggiunto un picco nel 2011 e si sono attestate su una copertura media dell'80% senza dimostrare un calo negli anni successivi, a dimostrazione del fatto che l'utenza sviluppa una diversa sensibilità nei confronti del rischio di ammalarsi relativo a specifiche malattie infettive. Le coperture vaccinali per Meningococco C, viceversa, risentono del calo di copertura per MMR in quanto si tratta di vaccini che vengono somministrati nell'ambito della stessa seduta vaccinale.



Diverso è l'argomento riguardante le coperture vaccinali per HPV: la compliance dei genitori delle dodicenni risente tuttora degli iniziali dubbi e perplessità sulla opportunità di vaccinare e sul vaccino stesso, per cui nella Provincia di Trieste il dato medio di copertura si consolida

intorno ad una media del 50%, con tendenza al ribasso, livello che risulta essere oggettivamente insoddisfacente.

UFFICIO PROFILASSI E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

L'ufficio si occupa della sorveglianza dei casi di malattie infettive notificati dai medici, dei conseguenti provvedimenti atti a prevenirne la diffusione e della verifica dell'efficacia degli interventi attuati. L'ufficio opera sovente mediante interventi che assumono il carattere d'urgenza (si pensi ad esempio alla profilassi nei casi di meningite batterica o nelle tossinfezioni alimentari); in altri casi, comunque, l'intervento deve essere sufficientemente rapido per risultare efficace (si pensi alla proposta di vaccinazione negli esposti suscettibili ad un caso di morbillo o di varicella o di epatite virale B). Le linee guida base che orientano il lavoro fondamentale dell'Ufficio sono la Circolare del Ministero della Salute n. 4 del 13 marzo 1998 "Misure di Profilassi per esigenze di Sanità Pubblica". Una parte importante del lavoro di questo Ufficio è la messa in opera dei sistemi di sorveglianza speciale sulle malattie infettive istituiti dal Ministero della Salute negli anni, che rivestono un importante ruolo epidemiologico nel sistema salute. Enumeriamo i principali sistemi di sorveglianza speciale che prevedono un accurato follow-up sui casi stessi ed un flusso informativo verso la Regione e da questa verso il Ministero della Salute:

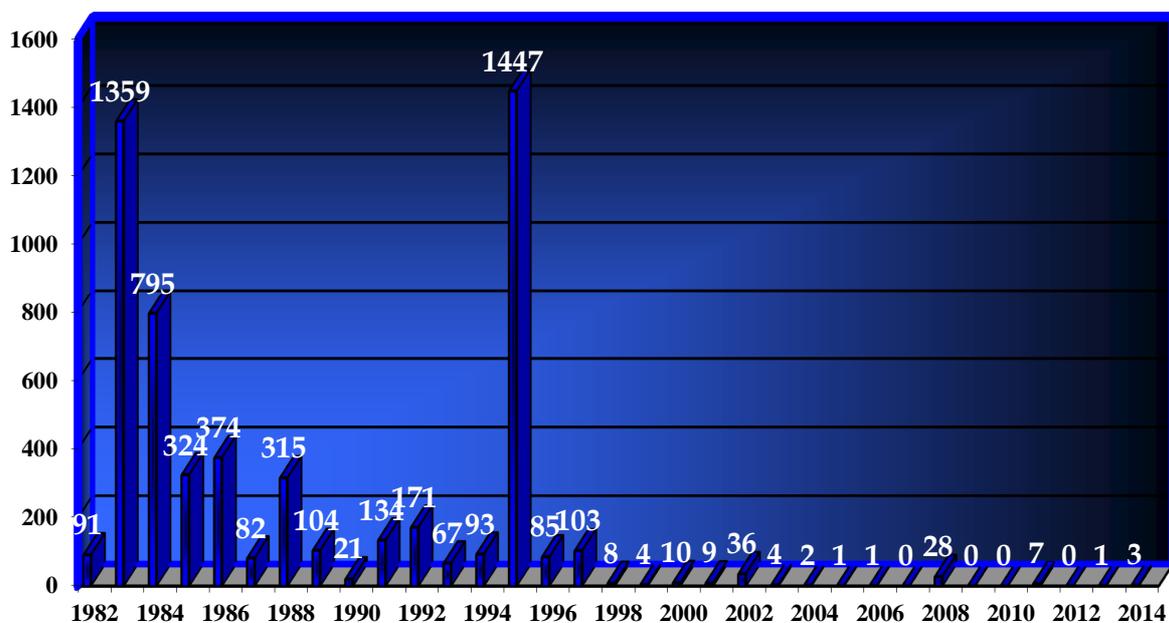
- Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (quali indicatrici di possibili casi di Poliomielite Anteriore Acuta)
- Sorveglianza della Rosolia Congenita e dell'Infezione da Virus della Rosolia in gravidanza alla luce del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015
- Sistema di Sorveglianza integrato per il Morbillo e per la Rosolia alla luce del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015
- Sorveglianza dei casi di Influenza con isolamento virale
- Sorveglianza delle forme gravi e complicate e dei decessi da virus respiratori (con particolare riferimento ai virus dell'Influenza ed ai nuovi Coronavirus (MERS CoV)
- Sorveglianza dei casi di infezione da virus della Tick Borne Encephalitis
- Sorveglianza della Sindrome Respiratoria Acuta Severa (SARS)
- Sorveglianza dei casi umani di malattie neuroinvasive trasmesse da vettori, con particolare riferimento alla West Nile Disease

- Sorveglianza delle Malattie Invasive da Meningococco, Pneumococco ed Emofillo e delle Meningiti Batteriche
- Sorveglianza dei casi di Botulismo
- Sorveglianza dei casi di Legionellosi
- Sorveglianza delle Infezioni da Batteri produttori di Carbapenemasi (CPE)
- Sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob
- Sorveglianza delle infezioni da Salmonella, E. coli produttori di Verocitotossina (VTEC) e Campylobacter (rete ENTER-NET - Enteric Pathogen Network)
- Sorveglianza delle Epatiti Virali Acute (S.E.I.E.V.A.)

Per quanto riguarda l'andamento delle notifiche di malattie infettive nei recenti anni 2012, 2013 e 2014 si possono formulare le seguenti considerazioni in merito alle patologie più rilevanti: ogni anno vengono notificate 6 o 7 casi di Influenza con isolamento virale ad indicare che la ricerca del virus viene eseguita in casi molto selezionati, mentre, ovviamente, la malattia è di gran lunga più diffusa; nel 2013 abbiamo avuto la notifica di un caso di Colera importato, episodio del tutto isolato ed assente dalla nostra Provincia da molti decenni; le notifiche di Epatite virale B ormai sono rare e si attestano sui 2 – 3 casi all'anno, anche se nel 2014 abbiamo registrato 7 casi, mentre l'Epatite virale A, anch'essa ridotta abitualmente a qualche caso all'anno, ha avuto un'impennata nel 2013 con 10 casi in occasione dell'epidemia diffusa in molti paesi europei e conseguente alla presenza del virus in alcune confezioni di frutti di bosco congelati, per poi rientrare a 3 casi nel 2014; vi sono stati nel 2012 2 casi di febbre tifoide di importazione, ma anche questo è stato un caso isolato; ormai ogni anno riceviamo la segnalazione in media di 5 – 6 casi di Legionellosi, verosimilmente a seguito di una migliore attenzione diagnostica da parte dei clinici, unita alla disponibilità di indagini di laboratorio facilmente fruibili, anche se nel corso del 2014 ne abbiamo registrati solo 2; nel 2012 abbiamo avuto 2 casi di Meningite da Meningococco, mentre negli anni successivi la malattia sembra scomparsa; negli ultimi 3 anni sono stati notificati alcuni casi di Meningite da Pneumococco, a conferma del fatto che la malattia continua a colpire soprattutto le persone anziane, mentre la Meningite da Haemophilus è diventata una rarità, grazie alla vaccinazione estensiva dei nuovi nati con lo specifico vaccino; per il Morbillo si è passati da 0 casi nel 2012, ad un caso nel 2013 ed a 3 casi nel 2014 ad evidenziare che l'attenzione nei confronti della malattia non deve calare: non è escluso che la diminuzione delle coperture vaccinali che registriamo ormai da alcuni anni e che, soprattutto per il Morbillo, sono arrivate a livello di allarme, ci conducano nei prossimi anni ad una nuova

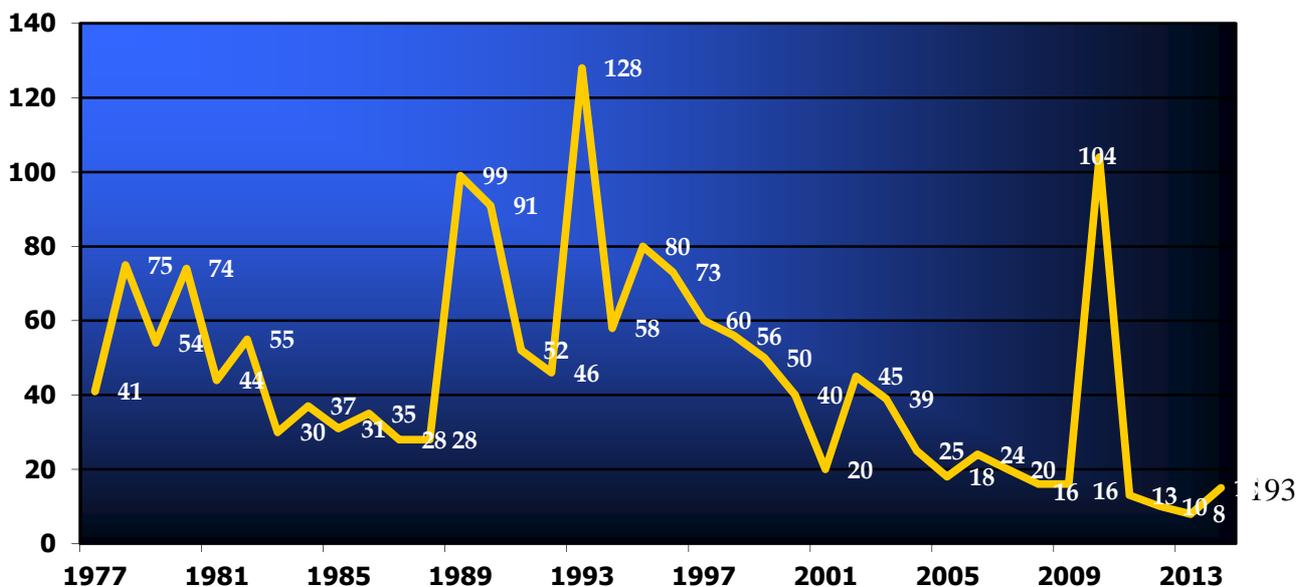
epidemia che coinvolgerà, verosimilmente, individui adulti, più esposti dei bambini a gravi complicanze;

Numero di casi di Morbillo nella Provincia di Trieste per anno



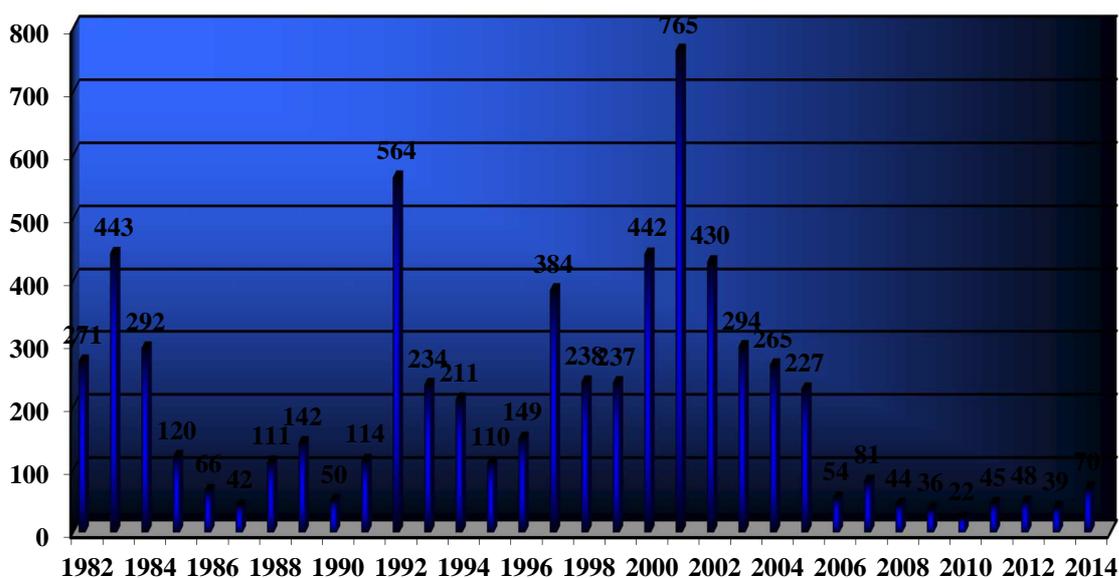
La segnalazione di Salmonellosi non tifoidee risulta essere abbastanza stabile con un numero medio di 10 casi all'anno anche se nel 2014 abbiamo assistito ad un incremento nel numero delle notifiche; Il picco di 104 casi nel 2010 indica come sia sufficiente un solo grande episodio tossinfettivo per modificare la curva epidemiologica indicando che non si deve mai abbassare la guardia.

Numero di casi di Salmonellosi non tifoidee nella Provincia di Trieste per anno



Sempre molto elevato il numero di infezioni da Varicella notificate ogni anno, numerosità che dovrebbe drasticamente diminuire se le coperture vaccinali nei nuovi nati aumenteranno a livelli soddisfacenti nei prossimi anni: un primo effetto della campagna di vaccinazione dei nuovi nati iniziata nel 2013 potrebbe essere il calo delle notifiche nel 2014 (127 casi), a fronte di un numero di notifiche negli anni passati variabile dalle 350 alle 650; ogni anno registriamo qualche caso di Malaria: si tratta di casi di importazione appannaggio per lo più di immigrati, molto più raramente di turisti internazionali di ritorno da zone di endemia; si assiste ad una costanza nel numero di notifiche di Tubercolosi (21 nel 2012, 15 nel 2013, 23 nel 2014), ma il forte flusso immigratorio da paesi endemici ci fa temere una recrudescenza della malattia; abbastanza stabile nel tempo il fenomeno delle tossinfezioni alimentari che ci fa registrare alcuni casi ogni anno; per quanto riguarda le ectoparassitosi, permangono costantemente elevate le segnalazioni (sempre molto sotto notificate) di pediculosi (una cinquantina all'anno con tendenza all'incremento), mentre le segnalazioni di Scabbia variano da 13 nel 2012, a 19 nel 2013, a 6 nel 2014;

Casi di Pediculosi a Trieste

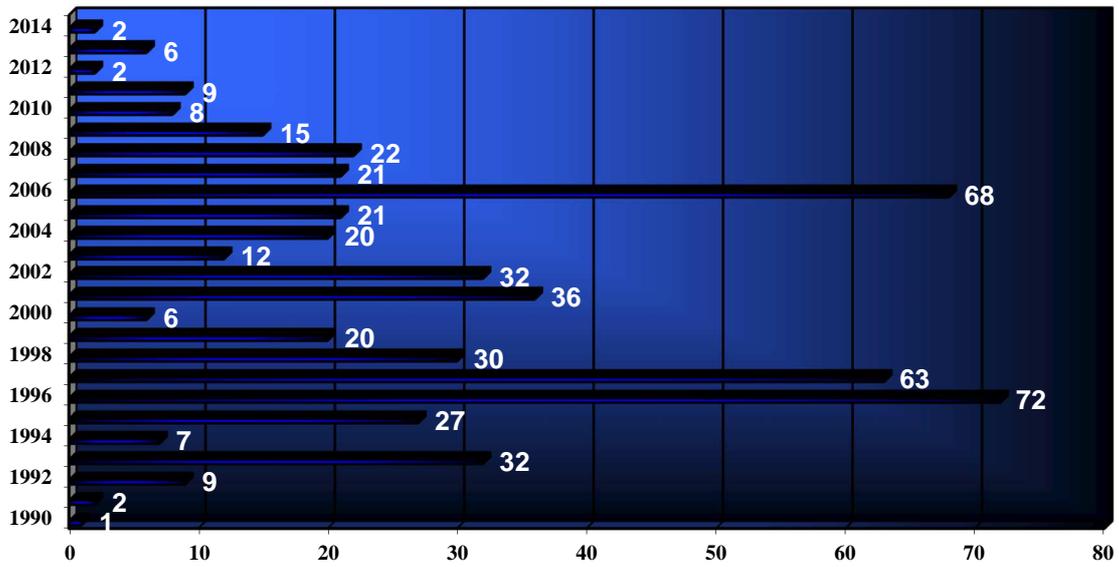


sempre molto elevato e tendenzialmente stabile il fenomeno delle morsicature da animali (cui è connessa la necessaria valutazione del rischio di trasmissione della Rabbia in un territorio che negli anni passati ha visto a più riprese numerosi casi di Rabbia silvestre) il cui numero varia da 210 nel 2012, a 255 nel 2013 per arrivare nel 2014 a 204 segnalazioni: il fenomeno è legato in gran parte a forme di mancata vigilanza dei possessori di animali domestici, nonostante i ripetuti inviti da parte delle Autorità a rispettare un adeguato codice di comportamento.

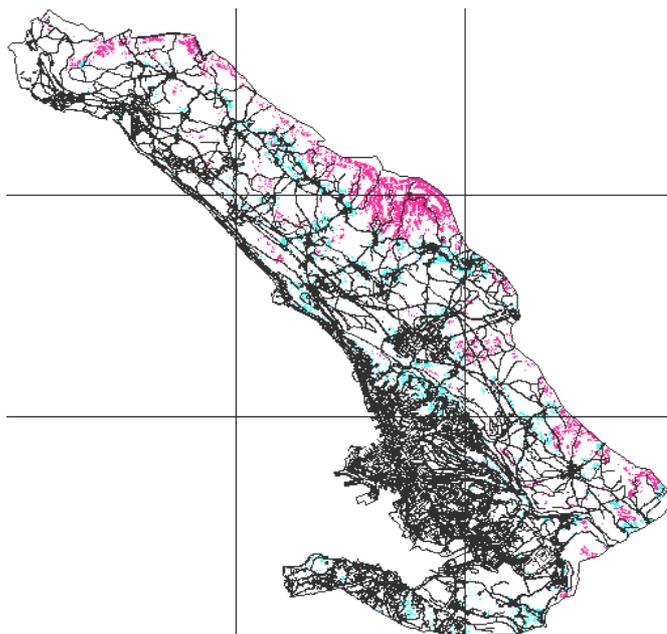
Altra malattia, meglio sindrome, abbastanza caratteristica del nostro territorio è quella causata dalla *Borrelia Burgdoferi* che causa la malattia di Lyme.

Le zecche *Ixodes ricinus*, soprattutto, vengono infettate e quindi possono trasmettere questi batteri all'uomo, essendo ematofaghe. Ogni anno un certo numero di residenti contrae questa malattia.

Numero di casi di malattia di Lyme nella Provincia di Trieste per anno



La mappa del rischio in Carso, frequenza di zecche infette con la Borrelia che causa il Morbo di Lyme



L'Ufficio ha inoltre gestito, in collaborazione con il Ministero della Salute e la Regione, l'organizzazione delle risposte operative alle più recenti emergenze infettive internazionali:

- 2003 SARS
- 2005 Influenza Aviaria
- 2009 Nuova influenza
- 2014 Ebola

a fronte delle stesse il Sistema Sanitario Regionale, incentrato sulle Strutture di Igiene, Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale delle Aziende Sanitarie ha messo in atto importanti campagne di informazione ed ha gestito sia il sistema delle vaccinazioni, che quello della collaborazione e formazione del personale di primo soccorso.

CASI DI MALATTIE INFETTIVE NOTIFICATE NELL'ANNO 2012

Provincia di Trieste - A.S.S. n°1 Triestina

CLASSE 1^a		CLASSE 3^a	
Colera		AIDS	
Febbre gialla		Lebbra	
Febbre ricorrente epidemica		Malaria	2
Febbri emorragiche virali		Micobatteriosi polmonare	5
Peste		Tubercolosi	21
Poliomielite			
Tifo esantematico		CLASSE 4^a	
Botulismo		enterite da virus	1
Difterite		Phthirus pubis	4
Influenza con isolamento virale		Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare	14
Rabbia			
Tetano		Pediculosi del capo	48
Trichinosi		Scabbia	13
CLASSE 2^a		CLASSE 5^a	
Blenorragia	13	Malattie infettive e diffuse notificate all'A.A.S. e non comprese nelle classi precedenti:	
Brucellosi		Echinococcosi	1
Diarree infettive non da salmonelle		Enteriti	
Epatite virale A		Impetigine	1
Epatite virale B	4	Meningite da Haemophilus	
Epatite virale NANB		Meningite batterica	2
Epatite non specificata		Mononucleosi	21
Febbre tifoide	2	Morbo di Lyme	2
Legionellosi		Mollusco contagioso	1
Listeriosi	1	Herpes zoster	15
Leishmaniosi cutanea		Coxsackie	1
Leishmaniosi viscerale		Meningite pneumococcica	2
Leptospirosi		IV° e IV malattia	
Meningite meningococcica	2	V° malattia	2
Morbillo		Micosi cutanea	
Parotite	2	Malattia citomegalica	
Pertosse	1	Infezioni altri elminti	
Rickettsiosi diversa da tifo esantematico		Meningoencefalite	4
Rosolia	1		
Salmonellosi non tifoidee	10	Eritema streptococcico	1
Scarlattina	203		
Sifilide	3	Colite enterite e gastroenterite infettive	4
Tularemia		Morsicature di animali sospetti rabidi	210
Varicella	343	Meningite da altri e non specificati virus	4
		Aspergillosi	1

CASI DI MALATTIE INFETTIVE NOTIFICATE NELL'ANNO 2013

Provincia di Trieste - A.S.S. n°1 Triestina

CLASSE 1^a		CLASSE 3^a	
Colera	1	AIDS	
Febbre gialla		Lebbra	
Febbre ricorrente epidemica		Malaria	3
Febbri emorragiche virali		Micobatteriosi polmonare	
Peste		Tubercolosi	15
Poliomielite			
Tifo esantematico		CLASSE 4^a	
Botulismo		Dermatofitosi	
Difterite		Enterite da virus specificati	
Influenza con isolamento virale		Intossicazione alimentare	2
Rabbia		Pediculosi del capo	39
Tetano		Pediculosi e ftiriasi	2
Trichinosi		Scabbia	19
CLASSE 2^a		CLASSE 5^a	
Blenorragia	8	Malattie infettive e diffuse notificate all'A.A.S. e non comprese nelle classi precedenti:	
Brucellosi			
Diarree infettive non da salmonelle		Acariasi non specificata	1
Epatite virale A	10	Amebiasi	2
Epatite virale B	2	Colite enterite e gastroenterite infettive	3
Altre epatiti virali specificate	3	Coxsackie virus	1
Epatite virale non specificata	1	Encefalite virale da zecche	2
Febbre tifoide		Eritema infettivo quinta malattia	1
Legionellosi	6	Herpes zoster	24
Listeriosi	1	Impetigine	
Leishmaniosi viscerale		Infestazione da elminti non specificati	2
Leptospirosi		Infezione da campylobacter	1
		Lyme	6
Meningite meningococcica		Malattia di Creutzfeld-Jacob	1
Morbillo	1	Meningite da altri e non specificati virus	2
Parotite epidemica	2	Meningite pneumococcica	4
Pertosse	1	Meningite da batteri non specificati	
Rickettsiosi diversa da tifo esantematico		Meningite da haemophilus	1
Rosolia	2	Meningite da virus dell'Herpes zoster	2
Salmonellosi non tifoidee	8	Meningite streptococcica	2
Scarlattina	77	Meningoencefalite causa non specificata	18
Sifilide	11	Mononucleosi infettiva	14
Tularemia		Morsicature di animali sospetti rabidi	255
Varicella	653	Polmonite da altri organismi specificati	6
		Schistosomiasi	1
		Strongiloidiasi	1

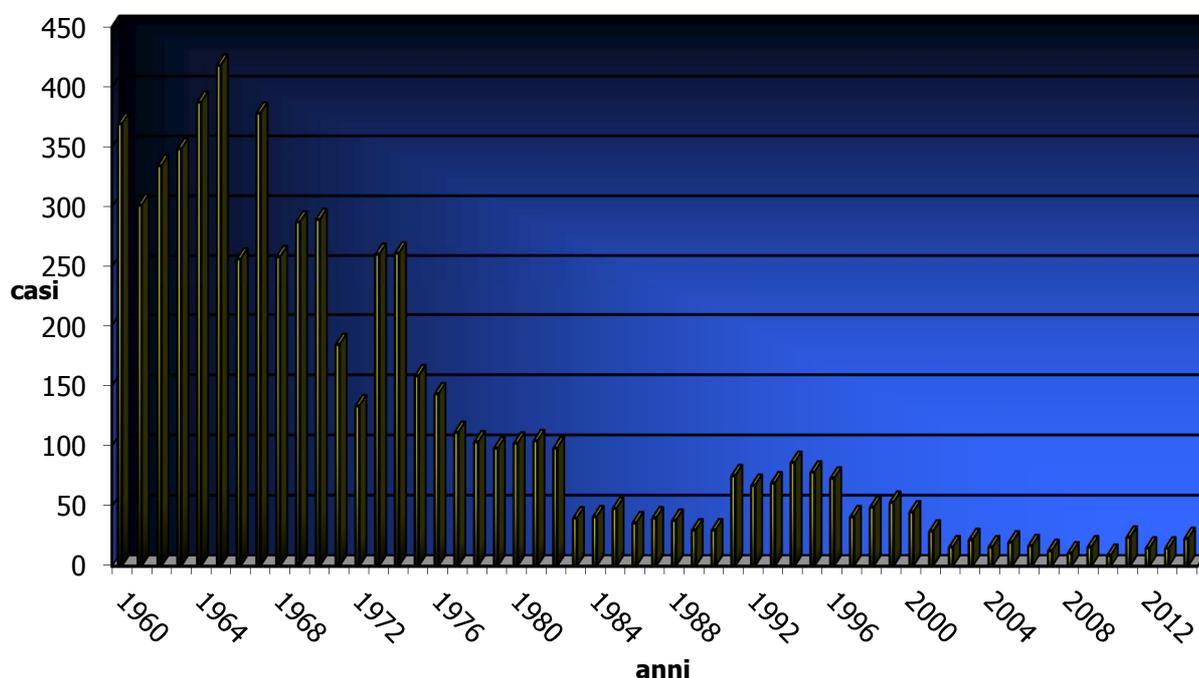
CASI DI MALATTIE INFETTIVE NOTIFICATE NELL'ANNO 2014*Provincia di Trieste - A.A.S. n°1 Triestina*

CLASSE 1^		CLASSE 3^	
Colera		AIDS	
Febbre gialla		Lebbra	
Febbre ricorrente epidemica		Malaria	3
Influenza virale	5	Micobatteriosi non tubercolare	
Peste		Tubercolosi	23
Poliomielite			
Tifo esantematico		CLASSE 4^	
Botulismo			
Difterite		Dermatofitosi (tigna)	
Influenza con isolamento virale		Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare	5
Rabbia			
Tetano		Pediculosi	70
Trichinosi		Scabbia	6
CLASSE 2^		CLASSE 5^	
Blenorragia	11	Malattie infettive e diffuse notificate all'A.A.S. e non comprese nelle classi precedenti:	
Brucellosi		Malattia di Creutzfeld Jacob	2
Diarree infettive non da salmonelle		Colite enterite e gastroenterite infettive	1
Epatite virale A	3	Congiuntivite	
Epatite virale B	7	Meningite da Haemophilus	
Epatite virale NANB	1	Meningite batterica	
Epatite non specificata		Mononucleosi	13
Infestazioni intestinali da altri organismi	1	Morbo di Lyme	2
Legionellosi	2	Mollusco contagioso	
Listeriosi	1	Herpes zoster	45
Leishmaniosi cutanea		Coxsackie	19
Leishmaniosi viscerale		Meningite pneumococcica	1
Leptosirosi		IV° e V° malattia	
Meningite ed encefalite acuta virale		V° malattia	1
Meningite meningococcica		Micosi cutanea	
Morbillo	3	Malattia citomegalica	
Parotite epidemica	2	Infestazione da elminti	4
Pertosse	2	Meningite da altri batteri specificati	1
Rickettsiosi diversa da tifo esantematico	1	Meningoencefalite	1
Rosolia			
Salmonellosi non tifoidee	15		
Scarlattina	76	Setticemia streptococcica	1
Sifilide	12	Morsicature di animali sospetti rabidi	204
Tularemia			
Varicella	127		

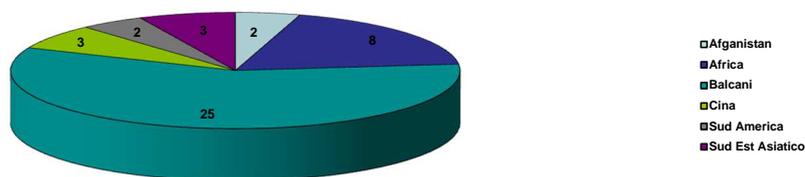
Ambulatorio Anti Tuberculare di I livello

L'Ambulatorio Anti Tuberculare di I livello si occupa della prevenzione della malattia Tuberculare affrontando gli aspetti ad essa connessi: prevenzione primaria (educazione sanitaria, esecuzione dell'intradermoreazione secondo Mantoux alle categorie di soggetti esposti al rischio di malattia, vaccinazione BCG limitata ai casi previsti dalla normativa vigente), prevenzione secondaria (esecuzione di screening nei soggetti materialmente esposti al contagio e relativo follow-up dei soggetti arruolati con eventuale invio dei soggetti infettati alle Strutture Ospedaliere Specialistiche per approfondimento diagnostico, profilassi farmacologica o terapia); dal 2012 al 2014 l'Ambulatorio ha gestito 59 casi di Tuberculosis, 5 casi di Micobatteriosi non tuberculare, ha effettuato 3050 intradermoreazioni secondo Mantoux, programmato 400 Test Quantiferon.

Numero di casi di Tuberculosis nella Provincia di Trieste per anno



**Provenienza dei casi di Tubercolosi in immigrati extracomunitari
Provincia di Trieste
(43 casi su 158 complessivi – anni 2004 – 2014)**



Ufficio Disinfezione e Disinfestazione

Presso la SCISPPA opera l'Ufficio Disinfezione e Disinfestazione, che garantisce in particolari situazioni di sanità pubblica interventi a supporto dei Comuni della provincia. Gli interventi riguardano la lotta ai roditori (muridi), che costituiscono il vettore di molte malattie, alle zecche, alle zanzare, alle blatte (scarafaggi nell'accezione comune).

La Struttura svolge inoltre un'importante attività di informazione/educazione nei confronti dei cittadini e di supporto alla Scuola. Nel 2012 ha effettuato 3245 interventi, nel 2013 3098 e nel 2014 3594.

S.S. Tutela della Salute negli Ambienti di Vita

Contesto provinciale in cui opera la Struttura:

	n° strutture in provincia
residenze polifunzionali	78
case di riposo / residenze protette	18
RSA	4
case di cura	3
laboratori analisi	8
dermatologi e piccola chirurgia	3
poliambulatori	5
studi fisioterapici	17
studi odontoiatrici	185
ambulatori Medicina dello Sport	4
studi radiologici	7
strutture sanitarie varie	2
tatuaggio e piercing	16
day surgery	2
saloni di parrucchiere	312
attività di estetista	99
farmacie	67
depositi farmaci	8
produttori / importatori cosmetici	15
piscine	23
stabilimenti balneari	17
scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di 1° grado	204
scuole secondarie di 2° grado	23
asili nido	41
altri istituti	26
strutture ricettive alberghiero turistiche	332

Di seguito si richiamano le principali linee di attività istituzionali della Struttura:

Prevenzione degli infortuni in ambiente domestico

Gli infortuni in ambiente domestico rappresentano la maggior causa di morte per incidente in Italia, più degli incidenti stradali, anche se le fasce di età delle persone coinvolte sono rappresentate dai bambini e dagli anziani, questi ultimi particolarmente fragili in funzione delle disabilità legate a situazioni fisiologiche o patologiche.

Le Strutture del Dipartimento di Prevenzione e dei Distretti Sanitari hanno da molti anni attivato un percorso di prevenzione mirato alla sicurezza delle abitazioni ed all'informazione dei cittadini, dei portatori di interesse e dei caregivers in merito alla conoscenza dei rischi ed ai corretti comportamenti da adottare al fine di prevenire gli incidenti. Questa attività è

stata svolta in collaborazione con le istituzioni del territorio, le Onlus e le associazioni professionali.

Vigilanza sulle strutture residenziali per anziani.

Nella nostra città vi è un alto numero di persone anziane, spesso, se non nella maggior parte sole, che non hanno la possibilità di vivere autonomamente e, di conseguenza vengono accolte in strutture residenziali, molto diffuse in ambito cittadino (99 strutture in totale).

Da sei anni questa Struttura, nell'ambito di una collaborazione con le altre Strutture dipartimentali, monitora le condizioni sanitarie e di igiene delle Strutture in esame. I risultati di questo lavoro sono stati peraltro pubblicati in un recente documento disponibile sul sito WEB aziendale. Il mantenimento di questa attività rappresenta un'importante azione di prevenzione messa in atto dalla Struttura a fronte del mutato contesto sociale della provincia.

Igiene negli ambienti domestici

La particolare caratteristica demografica di Trieste (età media elevata) e la frequenza di nuclei familiari costituiti da un solo componente, causa una situazione di allarme sociale che può manifestarsi con grave degrado abitativo igienico sanitario tale da coinvolgere non solo la persona che vi abita, ma l'intero stabile e vicinato. I Tecnici della Prevenzione intervengono a supporto degli Enti locali, dei Distretti e del Dipartimento di Salute mentale al fine di effettuare le corrette valutazioni e suggerire gli interventi correttivi più idonei.

Verifiche sugli sversamenti fognari

Gli sversamenti di acque la cui natura o provenienza è sconosciuta, vengono valutati dai Tecnici della Prevenzione che, anche attraverso l'uso di specifici coloranti (fluoresceina sodica), ne accertano la provenienza.

Ciò permette di porre in atto gli idonei interventi atti ad eliminare il problema e soprattutto ad evitare danni ambientali e per la salute.

Amianto

La provincia di Trieste ha visto negli anni '60-'90 il massiccio impiego/manipolazione di materiali contenenti amianto, sia nell'ambito delle attività industriali, cantieristiche e portuali che nell'ambito delle costruzioni. La conseguenza di questo passato determina da una parte un gravissimo tributo in termini di vite umane, dovuto agli effetti di questo cancerogeno sulla salute dei lavoratori, dall'altro comporta allo stato attuale la presenza di molti manufatti che devono essere rimossi, anche e soprattutto nell'ambito delle civili costruzioni (caldaie, isolamenti vari, manufatti in Eternit, ecc.). La SCISPPA, operando in collaborazione con la Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, con gli operatori

dell'ARPA o della Provincia, interviene in quelle situazioni in cui si verificano abbandoni illegali di manufatti in amianto, effettuando sopralluoghi e campionamenti.

Emissione di pareri edili

Vengono espressi pareri igienico sanitari su progetti edili, sia residenziali che produttivi, su richiesta di privati ed enti pubblici. Tale attività di valutazione, di elevata competenza specifica, viene richiesta in casi particolari e complessi, quali ad esempio recuperi e riqualificazioni edili ed interventi nel centro storico; molti di questi pareri, inoltre, non possono essere sostituiti da autocertificazione da parte dei progettisti.

Pareri di conformità ed attestazioni

Per avviare alcuni tipi di attività commerciale o artigianale, oppure esercitare una professione sanitaria, il cittadino deve richiedere un parere che attesti la conformità igienico sanitaria dei locali in cui dovrà esercitare l'attività stessa. I Tecnici della Prevenzione della Struttura effettuano le verifiche del caso, anche con sopralluoghi mirati, e valutano la conformità dei locali al fine del rilascio del parere di conformità.

Parere di conformità per gli stabilimenti balneari

Lo stesso viene rilasciato ogni inizio stagione, a valle di una verifica tecnica effettuata in collaborazione con l'ARPA, che misura i parametri chimico-fisici e microbiologici delle acque.

Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private

Chi intende aprire una struttura sanitaria privata (case di cura, poliambulatori, laboratori di analisi, studi radiologici, studi dentistici, di medicina dello sport, ecc..) deve ottenere un'autorizzazione da parte del Comune di appartenenza, che si appoggia per la valutazione del caso al Dipartimento di prevenzione. Conseguentemente, per poter esercitare l'attività, il titolare deve fare una richiesta a questa Struttura per ricevere l'autorizzazione sanitaria, che viene rilasciata dopo un sopralluogo eseguito dalla Commissione di Vigilanza sulle Strutture Sanitarie Private nominata dal Sindaco.

La Struttura infine, nell'ambito della collaborazione con le istituzioni del territorio partecipa alle attività di:

- **Valutazione Impatto Ambientale (VIA):** è la valutazione e l'espressione di un parere in merito ad una documentazione tecnica descrittiva dei potenziali significativi impatto derivanti da attività produttive industriali ed infrastruttura sulle matrici ambientali, con particolare riferimento alle eventuali ricadute sullo stato di salute nella popolazione del territorio.

- **Valutazione impatto sulla salute (VIS):** che permette di considerare un ampio spettro di determinanti della salute, intesa non come semplice assenza di malattia ma come stato di “benessere fisico, psichico e sociale” (Oms, 1948), ed è allargata a tutti i soggetti che partecipano alla gestione di problematiche ambientali, in particolare dalle conferenze dei servizi, ed è mirata all’assessment onnicomprensivo di grossi impianti industriali e di progetti di pianificazione territoriale.
- **Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA):** E’ una valutazione di documentazione, espressione di parere e partecipazione e Conferenze dei Servizi indette dalla Regione per la concessione, in un’unica soluzione, delle necessarie autorizzazioni ambientali per gli insediamenti industriali che superino determinate soglie produttive, secondo quanto previsto dalla specifica normativa del settore.

Si segnala, infine, che operatori afferenti alla Struttura nel 2011 si sono laureati in “Tecniche della Prevenzione nell’ambiente e nei Luoghi di Lavoro”, presentando tesi inerenti l’attività della Struttura stessa.

La dott.ssa Isabella ABBONA ha presentato la sua tesi dal titolo ”Criticità emerse nel corso delle ispezioni effettuate presso le Strutture sanitarie odontoiatriche nella provincia di Trieste - Principali cause e possibili soluzioni”

Il dott. Claudio VANCHERI ha presentato la sua tesi dal titolo “ Problemi di igiene pubblica nella città di Trieste. Gli interventi del Servizio Igiene, Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale”

Riferimenti per l’utenza

Struttura Complessa Igiene, Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale

Sede – via de Ralli n. 3 (Comprensorio di San Giovanni)

Struttura Semplice Tutela della Salute negli Ambienti di Vita

Stanza 124 – 1° piano

Orario di apertura al pubblico

consegna/ritiro atti - protocollo:

lunedì, mercoledì e venerdì: 8.30-9.30

martedì e giovedì: 11.30-13.00

Tel: 040 3997486 - 7483 **Fax:** 040 3997487

tecnici della prevenzione,

stanza n. 115 – 1° piano

per informazioni e/o chiarimenti

su progetti edili, ricevono nelle giornate di

martedì e giovedì dalle ore 11.30 alle ore 13.00

Ufficio Disinfezione – Disinfestazione

stanza 122 - primo piano

Orario di apertura al pubblico:

da lunedì a giovedì: 7.15 - 8.30 e 13.00 - 14.30

venerdì: 7.15 - 8.30

Tel: 040 3997495 - 7528

Fax: 040 3997496

Centro Vaccinale Unico

stanza 2 – piano terra

Per prenotare vaccinazioni facoltative o obbligatorie:

presso **sportelli CUP dell'ASS1** (Aurisina, Opicina, Muggia, Farneto) o **Farmacie abilitate**

telefonicamente allo **0403995020**

da lunedì a venerdì dalle 10.00 alle 13.00.

Orario di apertura al pubblico:

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 13.00

Tel: 040 3997512 - per informazioni di carattere generale

Fax: 040 3997494 - 7497

Orario di apertura al pubblico per certificati di vaccinazione

(con accesso libero):

stanza 2 – piano terra

da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 13.00

Profilassi e Prevenzione delle Malattie Infettive

stanza n. 17 piano terra

Orario: lunedì-venerdì: 8.30-12.30

Tel.: 040 3997490-7492

Fax: 040 3997497

Ambulatorio Profilassi Antitubercolare di 1° livello - per intradermoreazione tubercolinica secondo Mantoux previo appuntamento telefonico
stanza n. 5 piano terra

Orario: lunedì-venerdì: 8.30-13.00

Tel.: 040 3997566 - **Fax:** 040 3997497

Organigramma della Struttura Complessa Igiene, Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale

Direttore della Struttura Complessa Igiene, Sanità
Pubblica e Prevenzione Ambientale

dott. Fulvio ZORZUT

Medici:

dott.ssa Giulia CANDINI

dott.ssa Francesca FRANCESCHINI

dott. Franco MICHIELLETTO

Personale Amministrativo:

Lucio CAPRONI

Tecnici della Prevenzione:

dott.ssa Isabella ABBONA

Giovanni ALESSIO

Lucio PETRONIO

Assistenti Sanitarie:

Barbara BAN

Flaviana HAGLICH

Claudia KRAJNIK

Alessandra PAHOR

Assistenti/Operatori Tecnici:

Fabio CATTARUZZA

Franco CUMBAT

Struttura complessa Accertamenti Clinici Di Medicina Legale

(S.C.A.C.M.L.)

In una realtà sociale come quella attuale, caratterizzata da relazioni e rapporti complessi tra gli interessi del singolo cittadino e quelli della collettività, la corretta applicazione delle regole che disciplinano tali rapporti in ogni specifico campo assume un'essenziale importanza per la salvaguardia dei diritti di tutti.

Per quanto attiene l'ambito del diritto applicato a situazioni giuridiche determinate da fenomeni di carattere biologico non si può prescindere da valutazioni mediche mirate a quel fine. Tali valutazioni sono l'oggetto della Medicina Legale.

Un primo settore di attività è rappresentato dagli accertamenti clinici medico legali al fine di verificare nei richiedenti la sussistenza di requisiti di carattere psicofisico in relazione a specifici benefici di legge (idoneità a svolgere determinate attività, invalidità lavorativa, cause di morte, ecc.). A seconda della complessità degli accertamenti, questi possono essere suddivisi in attività di base e in attività di secondo livello.

L'attività accertativa di base consiste nelle visite mediche per il rilascio di certificati medici attestanti idoneità alla guida, idoneità al porto d'armi, altre forme di idoneità per adozioni, cessione del quinto dello stipendio, collocamento lavorativo degli invalidi, contrassegno per le autovetture al servizio di disabili motori, ecc.. Tale attività viene svolta ambulatorialmente presso la sede di via Farneto.

Come si può osservare nella seguente tabella, negli ultimi anni si è avuto un decremento nel rilascio di tale tipologia di certificazioni, decremento dovuto all'abolizione di numerosi atti a seguito di norme di semplificazione amministrativa regionali e nazionali.

	2013	2012	2011	2010	2009
Certificazioni rilasciate	1167	1470	1444	1715	1700

Un'altra attività di primo livello è rappresentata dalle visite di controllo dell'inabilità temporanea per malattia dei lavoratori dipendenti, le cosiddette "visite fiscali", richieste dai datori di lavoro. Tale attività comporta un impegno particolare dei medici addetti perché viene svolta prevalentemente con visite domiciliari in tutto il territorio della provincia.

	2013	2012	2011	2010	2009
Visite fiscali effettuate	5.533	5.746	7.475	8.862	11.001

Si ricorda che nel 2009 era stato istituito l'obbligo dell'effettuazione della visita fiscale per tutti gli assenti nel pubblico impiego, obbligo poi decaduto, per ritornare al sistema di richiesta mirata.

Le attività di secondo livello corrispondono alle visite collegiali, forme di accertamento medico legale previste dalla legge in ambiti di particolare complessità, ove è preferibile che il giudizio non risenta, per quanto possibile, della soggettività del singolo medico, ma derivi da una sintesi delle valutazioni di una pluralità di sanitari. Tali accertamenti si riferiscono in particolare all'invalidità civile, alle revisioni per le patenti e alle patenti speciali di guida, alle visite per il cambio di mansioni lavorative, alle CTU per giudizi pensionistici richieste dalla Corte dei Conti, ai ricorsi per l'inidoneità al porto d'armi. Le prestazioni, erogate presso gli ambulatori divisionali in via Farneto o anche al domicilio degli interessati (in caso di invalidità civile) impegnano contemporaneamente almeno 3 medici.

	2013	2012	2011	2010	2009
Invalidità civile	5.183	5.522	4.482	4.910	6.041
Commissioni patenti	5.329	5.333	6.016	5.403	4.707
Visite collegiali	185	131	134	156	162

Oltre alle attività sul "vivente", secondo le tradizioni, la Medicina Legale ha competenza anche sugli accertamenti necroscopici e sulle prestazioni connesse (certificati per i trasporti funebri e le cremazioni). L'attività, di norma, viene effettuata dai medici necroscopi presso l'Obitorio Comunale di Trieste, mentre la segreteria del servizio, alla quale si rivolge il pubblico per il rilascio di atti, ha sede in via Farneto.

	2013	2012	2011	2010	2009
Visite necroscopiche	1.470	1.547	1.442	1.410	1.358

Da ultimo una competenza particolarmente delicata, la valutazione, su richiesta del Tribunale di Sorveglianza, della compatibilità dei detenuti con lo stato di reclusione, in caso di richiesta di detenzione domiciliare per motivi di salute.

	2013	2012	2011	2010	2009
Valutazioni per il Tribunale di sorveglianza	1.470	1.547	1.442	1.410	1.358

Un secondo settore di attività svolto in autonomia di una articolazione della Struttura Complessa in Struttura Semplice, denominata Deontologia e Responsabilità Professionale, riguarda appunto le valutazioni medico legali e le consulenze rese agli altri servizi dell'Azienda e, in convenzione, anche nei confronti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria OO.RR di Trieste, in materia appunto di aspetti medico legali delle attività sanitarie cliniche, con particolare riferimento alla responsabilità professionale, compresa l'assistenza in giudizio penale e civile. I medici legali dell'Azienda garantiscono consulenze tecniche di parte anche agli operatori coinvolti in vicende processuali per presunta malpractice, senza oneri a carico degli interessati.

	2013	2012	2011	2010	2009
Responsabilità professionale	61	60	62	60	81

La Struttura infine svolge anche pratiche di carattere amministrativo, quali l'attività concessoria dei benefici economici relativi alla L. 210/92, la registrazione delle dichiarazioni di volontà relative ai trapianti d'organo e l'emissione dei provvedimenti di congedo per maternità anticipata per le donne con gravidanza a rischio.

	2013	2012	2011	2010	2009
L. 210/92	15	20	23	32	40

Sede della Struttura

La Struttura è ubicata al III piano dello stabile di via Farneto n° 3, del quale occupa circa $\frac{3}{4}$ dell'ala lato strada, dispone di 2 ambulatori, st. 301 e st. 302, e i seguenti uffici occupano le stanze indicate:

Direzione st. 323 bis

Segreteria st. 323

- Commissione Locale Patenti st. 325
- Invalidi Civili st. 304
- Medicina Necroscopica st.320
- Deontologia e Responsabilità Professionale st. 322
- Visite Fiscali st. 321
- Congedi Anticipati per Maternità st. 330

Il personale occupato presso la Struttura è il seguente:

- 1 Dirigente Medico di II Livello
- 2 Dirigenti Medici di I Livello (di cui 1 a tempo determinato)
- 1 Medico Specialista Ambulatoriale
- 1 Coordinatore Infermieristico
- 2 Assistenti Sanitari
- 3 infermiere Professionali
- 1 Tecnico di Anatomia Patologica
- 1 Collaboratore Amministrativo
- 3 assistenti amministrativi
- 6 operatori della Cooperativa Sociale La Collina, con compiti amministrativi di supporto, per un totale settimanale di ore 150.

Struttura Semplice Dipartimentale Medicina del Lavoro

(S.S.M.d.L.)

La struttura semplice di Medicina del Lavoro, avviata nell'aprile del 1996 con delibera 736 del Direttore Generale dell'ASS 1 Triestina e collocata nel Dipartimento di Prevenzione, offre ai Datori di lavoro, prioritariamente delle istituzioni pubbliche, le prestazioni di sorveglianza sanitaria ai sensi del decreto legislativo D.Lgs. 81/2008. La Struttura svolge inoltre attività di formazione, nell'ambito di progetti svolti autonomamente e/o in collaborazione con altre Strutture aziendali ed extraaziendali (ad es. corsi di formazione per RSPP/RLS organizzati dalle scuole, sportello informativo per le problematiche correlate alla sorveglianza sanitaria nella scuola, formazione dei mediatori culturali convenzionati con l'A.S.S. 1, formazione sulle problematiche correlate alle malattie professionali in collaborazione con l'INAIL, l'INPS e la Direzione Territoriale del Lavoro, oltre che con le altre Strutture dipartimentali)-

Nell'ambito dell'attività di medico competente del responsabile della Struttura viene svolta attività formativa/informativa e di promozione alla salute nei confronti dei lavoratori che accedono alla struttura, ed è stata potenziata l'attività di counselling degli operatori (si cita, ad esempio, la formazione sul campo in materia di problematiche relative al consumo di alcol, sostanze psicotrope e stupefacenti, ed il lavoro effettuato dagli operatori della struttura con il Dipartimento delle Dipendenze legali ed illegali, oltre che l'attività di formazione sul campo riguardante le criticità relative al peso corporeo, che ha coinvolto i colleghi del Dipartimento di Salute mentale ed il centro diabetologico del Distretto 3.

Negli ultimi tre anni la Struttura ha implementato l'offerta rivolta agli utenti esterni non convenzionati, effettuando i seguenti accertamenti:

- Ricerca di sostanze psicotrope/stupefacenti urinarie (test di I livello) eseguita ai sensi dell'art. 15 della Legge 125/2001 (Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati) anche per aziende non convenzionate, su richiesta del medico competente, in collaborazione con la Struttura Semplice dipartimentale di Tossicologia forense.
- Esecuzione di esami strumentali (audiometria, spirometria, test ergo-oftalmologico) anche per aziende non convenzionate, su richiesta del medico competente.
- Esecuzione di test ergovisivi per l'idoneità alla patente di guida, in collaborazione con la S.C. Accertamenti Clinici di Medicina Legale.

Assetto logistico

L'attività si svolge in parte negli ambulatori ubicati all'interno della S.C. Distretto 4, in parte sul territorio, in ambito provinciale e regionale.

La struttura dispone di attrezzatura fissa (spirometro, audiometro, Ergovision-strumento per l'esplorazione della funzione visiva, ed elettrocardiografo) e portatile, per le prestazioni erogate direttamente sul luogo di lavoro.

Lo staff comprende un medico specialista in medicina del lavoro, responsabile della Struttura, un coordinatore infermieristico e tre infermieri.

Gli operatori della struttura collaborano e supportano il medico competente in tutte le attività proprie della sorveglianza sanitaria, nell'ambulatorio aziendale e nei luoghi di lavoro, in ambito provinciale e regionale, gli stessi inoltre gestiscono gli eventi legati ad infortuni attribuiti ad agenti biologici e promuovono e sviluppano l'attività progettuale riguardante la promozione alla salute.

Orari al pubblico e orari di lavoro

orario al pubblico: 8.00 - 13.00

orario di lavoro: 7.30 - 14.30

Attività svolte

- visite mediche, prelievi, esami strumentali, volti ad accertare l'idoneità alla mansione dei dipendenti delle Ditte/PMI/Enti/P.A. convenzionati*;
- visite mediche, prelievi ed esami strumentali, su richiesta specifica, vengono effettuati direttamente sul luogo di lavoro;
- visite ai luoghi di lavoro, relazioni sanitarie, consulenze, stesura di protocolli, come previsto dal D.L.81/2008;
- tenuta degli archivi, gestione cartacea ed informatizzata delle cartelle cliniche di rischio e dello scadenziario degli utenti;
- invio dei pareri di idoneità ai datori di lavoro ed invio dei referti agli utenti visitati;
- visite mediche ed esecuzione di esami strumentali per il rilascio di certificati di idoneità per impiego di gas tossici, attività di fochino ecc., nei termini previsti dalla legge regionale 18 agosto 2005, n. 21;
- esami strumentali, ricerca di stupefacenti / sostanze psicotrope (test di primo livello) su richiesta di medici competenti esterni;

- test visivi per idoneità alla patente di guida in collaborazione con la S.C. medicina legale;
- Attività formativa, su richiesta dei datori di lavoro delle aziende/Enti/P.A. convenzionati o per conto di Associazioni Datoriali;
- Attività formativa, in tema di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro, in collaborazione con l'Ufficio progetti di area sanitaria, rivolta ai lavoratori stranieri;
- La collaborazione con il medico competente aziendale comprende l'esecuzione di prelievi, esami strumentali sul personale aziendale, la tenuta dell'archivio, la gestione cartacea ed informatizzata delle cartelle cliniche di rischio e dello scadenziario dei dipendenti dell'ASS 1 Triestina;
- La collaborazione con il medico competente aziendale comprende la gestione degli infortuni "biologici" e dei programmi di promozione alla salute del personale aziendale.

Modalità di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni, effettuate nell'ambito della sorveglianza sanitaria, vengono erogate a valle di una convenzione stipulata con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione e su appuntamento concordato direttamente con i datori di lavoro.

Le prestazioni al di fuori della sorveglianza sanitaria (esami strumentali, ricerca stupefacenti/sostanze psicotrope) vengono effettuate a valle di una richiesta di medici competenti/datori di lavoro, su appuntamento concordato con i datori di lavoro

Gli appuntamenti per i test visivi, finalizzati al rilascio della patente di guida, vengono gestiti dal CUP, i tempi d'attesa sono in media di tre giorni.

Le visite mediche con rilascio di certificazioni di idoneità per la conduzione generatori a vapore, l'impiego di gas tossici, ecc., vengono effettuate su appuntamento concordato con gli utenti.

La certificazione di idoneità per il rilascio del patentino per gas tossici e quella relativa alla conduzione di generatori a vapore viene rilasciata lo stesso giorno della visita medica.

Aziende seguite

Al 30.08.2014 risultano in carico 163 fra Aziende, Enti e Pubbliche Amministrazioni

Obiettivi

In un'ottica di miglioramento continuo, per migliorare la gestione degli esami strumentali ed aggiornare le conoscenze in materia di patologie d'origine professionale, in stretta collaborazione con gli specialisti aziendali la Struttura programma annualmente un'attività formativa con modalità di formazione sul campo.

Attualmente la nostra attività viene focalizzata sulle Pubbliche Amministrazioni e su categorie di lavoratori il cui coinvolgimento nella legislazione in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro è indirizzato verso pubblici servizi e formazione: studenti delle scuole professionali, volontari di Protezione civile, categorie per le quali diventano essenziali l'informazione e la formazione non solo riguardo alle patologie da lavoro ma anche riguardo la promozione alla salute (corretti stili di vita).

Al fine di eseguire il monitoraggio sanitario sui volontari di protezione civile nel 2014 sono state stipulate delle apposite convenzioni con i Comuni di Duino Aurisina, Sgonico, Monrupino.

Sintesi dell'attività della Struttura

prestazioni	2010	2011	2012	2013	2014*
visite mediche di idoneità lavorativa	1232	1594	1400	1362	1400**
esami strumentali	1404	2495	3115	2201	3250 °

*ad agosto 2014

** sono comprese 139 visite eseguite per i volontari della protezione civile dei comuni di Duino Aurisina, Sgonico, Monrupino, e delle associazioni ANA e Ass. psicologi per i popoli.

° sono compresi i 135 esami strumentali effettuati per i volontari della protezione civile dei comuni di Duino Aurisina, Sgonico, Monrupino, e delle associazioni ANA e Ass. psicologi per i popoli.

