Rapporto 2010

sulle attività di prevenzione e promozione alla salute dell'ASL di Brescia

Regione Lombardia

ASL Brescia

Rapporto 2010 sulle attività di prevenzione e promozione alla salute

Progetto a cura dell'ASL della provincia di Brescia

La pubblicazione è stata realizzata
con il contributo di:

Dr. Guglielmino Baitelli
Responsabile dell'Unità Operativa di Prevenzione
Malattie Infettive

Dr. Sergio Carasi
Direttore del servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Dott.ssa Fiorenza Comincini
Responsabile Servizio Educazione alla Salute
e attività sperimentali

Prof. Francesco Donato
Responsabile del Servizio Epidemiologico

Dott.ssa Daniela Feltrinelli
Direttore del Dipartimento Veterinario

Dr. Fulvio Lonati
Direttore del Dipartimento Cure Primarie

Dr. Giuseppe Marelli
Responsabile dell'Unità Operativa di Igiene
degli Alimenti e della Nutrizione

Dott.ssa Michela Moretti
Responsabile Servizio Comunicazione

Dr. Claudio Scotti
Responsabile dell'Unità Operativa di Medicina Preventiva

Dott.ssa Domenica Sottini
Direttore del Servizio Prevenzione e Sicurezza
negli Ambienti di Lavoro

Dr. Fabrizio Speziani
Direttore Dipartimento Prevenzione Medica

La redazione del documento è stata curata da:
Dr. Fabrizio Speziani,
Dott.ssa Fiorenza Comincini,
Dott.ssa Michela Moretti.

© 2011
ASL di Brescia
Sede Legale: Viale Duca degli Abruzzi 15 - 25124 Brescia - tel. 03038381 - fax 0303838233

Ogni uso diverso del presente materiale qui contenuto deve essere preventivamente
autorizzato dall'ASL della provincia di Brescia

Progetto grafico e realizzazione: Color Art

Finito di stampare nel mese di luglio 2011
presso Color Art - Rodengo Saiano (Bs)

Rapporto 2010 sulle attività di prevenzione e promozione alla salute dell'ASL di Brescia

Regione Lombardia

ASL Brescia

Sommario

Pag. 7 **PRESENTAZIONE**
Pag. 9 **INTRODUZIONE**

Pag. 13 **LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE E DELLE LORO COMPLICANZE**
1.Il monitoraggio delle malattie croniche
1.1 Andamento temporale della mortalità per alcune patologie suscettibili di prevenzione
2. Le azioni di prevenzione e il guadagno di salute ottenuto
2.1 Il Governo clinico dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) per il monitoraggio dello stato nutrizionale della popolazione in età dello sviluppo
2.2 Allattamento al seno
2.3 Prevalenza di obesità, sovrappeso e magrezza
3. La Promozione personalizzata degli stili di vita a valenza preventiva
4. Benefici di salute derivanti dall'attività di screening
4.1 Screening tumore colon rettale
4.2 Screening mammografico
4.3 Screening del tumore del collo dell'utero
· Approfondimenti - Screening oncologici per la popolazione in carcere

Pag. 24 **INTERVENTI DI PROMOZIONE ALLA SALUTE**
1. Piano aziendale di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica
1.1 Mangia bene, vivi meglio
1.2 Gruppi di cammino
1.3 Piano triennale per la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso
2. Piano aziendale per la prevenzione ed il trattamento del tabagismo
2.1 Mamme libere dal fumo
2.2 Scuole senza fumo. Una scelta consapevole
2.3 Adolescenti, alcol, fumo e dintorni
2.4 Gli stili di vita dei giovani lavoratori
2.5 Centri per il trattamento del tabagismo
3.Piano aziendale di prevenzione dell'incidentalità
3.1 Incidenti domestici nei bambini
3.2 Incidenti domestici negli anziani
4. Scuole che promuovono salute
5. Alcol, sostanze stupefacenti e luoghi di lavoro

Pag. 31 **SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE**
1. Malattie esantematiche dell'infanzia
2. Meningiti batteriche e Meningo-encefaliti virali
3. Malattia Tubercolare
4. Malattie a trasmissione alimentare
5. Epatiti virali a trasmissione non alimentare
6. Malattie a trasmissione sessuale

Pag. 35 **LA TUTELA DEL LAVORATORE**
1. Attività di controllo nei luoghi di lavoro
1.1 Infortuni sul lavoro
2. Malattie correlate al lavoro
3. Promozione della salute e sicurezza

Pag. 40 **LA PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI VITA**
1. La sicurezza alimentare e la tutela del consumatore
1.1 Attività di vigilanza e controllo sulle imprese alimentari
· Approfondimenti - Controlli alle attivita' etniche situate sul territorio di competenza
2. Controlli sulla qualità dell'acqua destinata al consumo umano
3. Attività di vigilanza e controllo per la prevenzione delle intossicazioni da funghi

Pag. 45 **LA SFIDA DELLA MEDICINA AMBIENTALE**
1. Valutazione sanitaria delle criticità ambientali
· Approfondimenti - Indagine nel quartiere San Polo di Brescia

Pag. 47 **IL PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA**
1. Patrimonio zootecnico e attività
2. Controlli sugli animali, in allevamento e sul territorio
3. Controlli sugli alimenti e sulla filiera alimentare
4. Informatizzazione del Dipartimento di Prevenzione Veterinario
5. Attività di formazione

Pag. 52 **IL CONTRIBUTO DEL LABORATORIO DI PREVENZIONE**
1. Controllo parametri chimici sulle acque destinate al consumo umano
2. Controllo parametri chimici sulle matrici alimentari
2.1 Controllo sugli oli di frittura
3. Ricerca di legionella pneumophila
4. La diagnosi oggettiva di abuso alcolico
5. Conferma delle sostanze stupefacenti a valenza medico legale
6. Lotta all'infestazione da zanzara tigre

Pag. 56 **LE AZIONI DI COMUNICAZIONE NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E DELLA PROMOZIONE ALLA SALUTE**
1. Alcol, sostanze stupefacenti e lavoro
2. Intossicazioni da monossido di carbonio. Prevenzione e consigli
3. Incidenti domestici. Come proteggere i nostri figli
4. Prenditi cura della tua salute
5. San Polo
6. Aumenta il tuo benessere un gradino alla volta - Investiamo insieme in salute
7. Riparti con brio. Scegli la leggerezza

Pag. 58 **CONCLUSIONE**

Presentazione

Un cittadino che impara a prendersi cura di sé, ad essere protagonista del proprio benessere: in questa nuova visione va ricercato il principio ispiratore dell'attività dell'ASL di Brescia in campo preventivo, che il Rapporto sulle attività di prevenzione e promozione della salute qui presentato intende fare emergere. Visione strategica, con un ampio orizzonte, resa concreta grazie ai 534 "operatori" che ogni giorno lavorano all'interno dell'Azienda per prevenire le malattie cronico-degenerative e le loro complicanze, programmare ed implementare interventi di promozione alla salute, sorvegliare l'andamento delle malattie infettive, tutelare la salute dei lavoratori, prevenire le situazioni a rischio negli ambienti di vita, affrontare la complessa sfida della "medicina ambientale", creare sistemi di prevenzione e controllo nel campo della sanità pubblica veterinaria, attivare specifiche strategie di comunicazione in quest'ambito.

Il tutto con lo sforzo di adeguarsi ad un ambiente fisico e sociale che manifesta nuovi bisogni e richiede nuove attenzioni rispetto ai problemi della globalizzazione, alla multietnicità, all'identificazione di gruppi di popolazione esposti a rischi per la salute e la sicurezza nei vari contesti di vita.

Per questo motivo è sempre più indispensabile creare percorsi culturali volti a permettere che il cittadino assuma un ruolo attivo nei confronti della propria salute e di quella degli altri. L'Azienda Sanitaria Locale da tempo mette in campo azioni per aiutare a maturare la consapevolezza dell'importanza di stili di vita "salutari"; inoltre, attraverso la propria attività formativa e ispettiva incoraggia gli interlocutori a condividere norme volte a tutelare non solo il singolo, ma la comunità nel suo complesso. L'obiettivo che l'ASL di Brescia intende perseguire con le proprie professionalità e gli strumenti a disposizione è pertanto quello di contribuire alla nascita di un nuovo approccio mentale rispetto allo stato di benessere di ogni persona: un approccio "positivo", fondato non più su una percezione della prevenzione basata sul concetto di "rinuncia" a ciò che piace, ma su una coscienza personale che è un passo obbligato verso uno stato di salute foriero di "felicità".

DR. CARMELO SCARCELLA
DIRETTORE GENERALE ASL DI BRESCIA

Introduzione

Le strategie di prevenzione dell'ASL di Brescia sono in fase di continuo miglioramento: fondandosi sempre più sull'analisi del contesto demografico, epidemiologico e ambientale in cui si applicano, esse mirano a sviluppare interventi ad hoc per fornire risposte adeguate ai bisogni riscontrati. Negli ultimi anni si sono sviluppati un nuovo approccio che, ampliando la visione d'insieme, riguarda la persona, la famiglia e tutta la comunità; un'azione costante e duratura, che coinvolge più realtà sanitarie e socio-assistenziali; nuovi obiettivi condivisi e legati al concetto di "guadagno di salute".

In quest'ottica le risorse e le iniziative sono state predisposte per ottenere risultati efficaci sia a breve termine, con attività di promozione di scelte e stili di vita sani per aumentare il benessere dei cittadini, sia a lungo termine, con progetti che mirano a ridurre le malattie croniche e degenerative e le loro complicanze, e a cercare di eliminare le cause della mortalità in età giovane e adulta.

Per raggiungere un guadagno di salute è necessario da un lato indirizzare la popolazione ad un'abitudine diffusa all'attività motoria, a ridurre l'uso di fumo e di alcol, a controllare la propria alimentazione per evitare il sovrappeso; dall'altro migliorare sempre più i controlli negli ambienti di vita e di lavoro e a tutela della sicurezza alimentare, a rendere efficienti ed efficaci i programmi di screening.

Per il successo di questa nuova cultura della prevenzione è necessario coinvolgere attivamente i cittadini, affinché diventino protagonisti e responsabili del proprio benessere: la comunicazione per la salute occupa un posto di primo piano per sviluppare conoscenze e consapevolezza riguardo scelte salutari. Per agire sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici delle patologie è bene invece rinforzare le alleanze tra forze diverse e creare azioni coordinate e sinergiche.

Il confronto, infine, con le aree di criticità che ancora esistono e con le cause degli insuccessi, è altrettanto utile per moltiplicare gli sforzi al fine di migliorare la qualità della vita di ogni singolo cittadino.

DR. FRANCESCO VASSALLO
DIRETTORE SANITARIO ASL DI BRESCIA

534 nomi per la Prevenzione

Antonio Abbianoni, Luca Abruzzese, Anna Adorni, Maria Agnelli, Paola Alberti, Fiorella Albini, Paolo Albini, Isabella Albisinni, Ezio Amadei, Antonio Amato, Luca Ambrosi, Emanuele Amodio, Rita Anderboni, Paolo Andreis, Emanuela Antonelli, Laura Antonelli, Marzia Antonioli, Oscar Apostoli, Maria Aquino, Francesco Arena, Sara Arici, Aurelio Astri, Guglielmino Baitelli, Mariella Baldi, Elena Bani, Daria Barberis, Roberto Barbiera, Pietro Barbieri, Massimiliano Baresi, Francesca Baresi, Fiorina Barone, Maria LuCia Baselli, Maria Luigia Basile, Roberto Bassi, Alberta Battagliola, Giampaolo Battistella, Laura Belli, Florinda Belotti, Maria Teresa Bertocchi, Massimiliano Benassa, Laura Benedetti, Lorena Benini, Flavio Bennati, Emanuele Bertocchi, Eleonora Bertocchi, Claudio Bertocchi, Fabrizio Bertolini, Pierangelo Bertolini, Luigina Beschi, Tiziana Bettenzoli, Afdera Bianchetti, Mariagrazia Bianchi, Marco Biasin, Ivana Binda, Gian Mario Biselli, Daniele Boerci, Anna Boldrini, Lorena Boldrini, Carla Bologna, Elena BOlognesi, Enrica Bona, Giuliana Bonardi, Elena Bonardi, Giovanna Bonera, Esmeralda Bonetti, Simona Bonetti, Darlene Boninsegna, Raffaella Bonometti, Gisella Bonometti, Giuliano Bontempi, Alessandro Bonu', Sara Bordiga, Erika Borghesi, Gianfranco Borghetti, Emanuela Boroni, Ana Borsari, Francesco Bottone, Rosalia Boventi, Cristina Bozuffi, Angelo Bozzoni, Maria Cristina Bragantini, Mirella Braione, Monica Bray, Luana Brame', Marina Bravo, Michela Bregoli, Claudia Bregoli, Donatella Bresciani, Elisa Bresciani, Rachele Brescianini, Rosalia Brocchetti , Italo Brocchi, Maria Brunelli, Ettore Brunelli, Angela Buccella, Daniele Bulgari, Giuseppina Bulgarini, Laura Burato, Massimo Cacace, Brunella Caccavello, Romano Cagni, Sabrina Calabria, Beatrice Callegari, Cecilia Campana, Simone Camporeale, Giancarlo Carasi, Sergio Carasi, Andrea Caridi, Melissa Carini, Francesca Carminati, Elena Carrara, Paolo Carugati, Michela Carrubba , Alberto Casale, Gessica Casanova, Cristina Casella, Germano Castellani, Giulietta CastelluCchio, Maria Cattaneo, Giovanna Cavazzoni, Sonia Cellich, Stefania Chiari, Raffaello Chiari, Piersandro Chiodini, Antonia Marina Chirco, Anna Maria Cioli, Isidoro Circolo, Michela Cirimbelli, Giovanni Battis Cisterna, Andreina Citroni, Antonella Coggi, Maria Cristina Colombo, Giuliana Maria Colossi, Cristina Cominardi, Claudio Comincini, Raffaella Comincini, Roberto Comincini, Fiorenza Comincini, Romano Comini, Luisa Consolati, Maria Audenzia Conti, Guido Coppe, Giuditta Coppini, Matteo Corini, Annika CorinI, Donata Stefania Corsetti, Margherita Corsini, Marina Crisetig, Ester Cristini, Agnese Dagani, Annarita Dagani, Daniele D'andrea, Raniero D'avelli, Albino De Angeli, Anna De Cicco, Arcangela De Giacomo, Maria De Leo, Norma De Maron, Mirella De Siena, Milena Del Bono, Barbara Della Valle, Damiano Delledonne, Donatella De Vincenzi, Nunziata Deufemia, Marcello Di Buono, Lino Di Eleonora, Iolanda Maria Di Feo, Simonetta Di Meo, Maria Grazia Di Vetta, Monica Dinelli, Francesco Donato, Vanna Dolci, Nicola DonnaBella, Maria Lucia Donzelli, Stefania Doronzo, Laura Draghi, Mauro Duca, Giuseppina Ducoli, Mauro Facchi, Elena Facchini, Massimo Faccio, Giuseppe Fattori, Amelia Fausti, Lorena Faustini, Laura Fava, Calogero Favata, Cecilia Ferandi, Donatella Feretti, Lidia Ferrari, Fabrizio Ferrari, Maria Clementina Ferremi, Roberto Festa, Cristina Festino, Maria Fieni, Gabriella Filippini, Maria Rosa Filippini, Tiziano Finoli, Isabella Fiorin, Dario Folegatti, Alessandra Fontana, Antonella Fontanive, Maurizio Forcella, SImona Fornoni, Fiorenza Fortunato, Eleonora Fraccaro, Anna Fraioli, Michela Franceschini, Alessandro Franceschini, Paolo Franchi, Patrizia Franchi, Francesco Saver Franchi, Daniela Francinelli, Anna Maria Frassine, Rosanna Fratus, Antonella Friggi, Maria Giulia Frutta, Elena Gafforini, Sandra Gaioni, Emanuela Galli, Lucia Galli, Paolo Galli, Graziella Gallina, Patrizia Galloni, Marisa Galvagni, Miriam Gambarini, Marco Gandolfi, Siria Zelinda Garattini, Federica Garello, Francesca Gasparini, Mario Gatta, Umberto Gelatti, Alberto Gavazzoni, Lucia Gentili, Claudia Gerevini, Armando Gervasi, Maria Angela Gheda, Umberto Pierino Gheda, Antonella Ghilardi, Cristina Giacomelli, Laura Giacomini, Giovanna Gianesini, Alessia Giarrusso, Luigi Giordani, Andreina Giovinetti, Roberto Girelli, Daniela Giugno, Maria Giuliano, Rossella Giurato, Giovanni Glisenti, Itala Giulia Goldani, Caterina Graifembergh, Elena Grassi, Cinzia Grasso, Carla Grazioli, Susanna Gregori, Ivan Gregorini, Luca Gringiani, Giuseppina Grippi, Enrica Grumi, Lidia Guarneri, Valentina Guarnieri, Antonella Invernizzi, Silvia Inzoli, Laura Janni, Giancarlo La Monica, Natala Laface, Antonella Lancellotti, Antonella Lavo, Elide Lazzari, Mariapaola Lazzari, Lucia Leonardi, Silva Leoni, Maria Angela Lerose, Raffaella Levorato, Rosamaria Limina, Marco Lipparini, Elena Loda, Sandra Lombardi, Gigliola Lonati, Alessandra Lonati, Fulvio Lonati, Antonella Loria, Virna Lorini, Antonella Lupi, Marta Lusardi, Anna Maria Mafferetti, Michela Maffina, Annarita Magazza, AmeRigo Maggi, Franca Magnacca, Ornella Mainetti, Maria Concetta Mancini, Anna Mangerini, Enrichetta Mangerini, Cristina Marconi, Margherita Marella, Giuseppe Marelli, Alessandra Marino, Monica Marmentini, Massimo Martinazzoli, Paolo Martini, Paola Marzi, Carolina Massi, Desiree Matteotti, Fernanda Maturilli, Valentina Mazzanti, Claudia Mazzi, Antonella Mazzoli, Annamaria Mazzotti, Gian Pietro Medeghini, Linda Mellini, Miria Meloni, Antonella Melotti, Francesca Merola, Crescenzo Messino, Graziella Migliorati, Ilaria Migliorati, Giuseppe Milini, Roberta Milini, Nicola Milione, Tiziana Mogavero, Mauro Moggia, Franca Moletti, Marco Molinari, Giancarlo Molinelli, Giovanna Mombelli, Gianpiero Montagnoli, Danila Monteverdi, Damerino Montini, Michela Morani, Maria Rosaria Moreschi, Michela Moretti, Emma Moretti, Lina Moschini, Annamaria Motta, Maria Milena Musati, Adriano Neri, Francesco Nicolo', Carla Noci, Giovanni Antonio Novelli, Giulio Orio, Emanuela Orioli, Giancarlo Orlandi, Giuliano Pacilli, Annamaria Pagani, Rosa Pagano, Maria Teresa Paghera, Paola Paglierini, Mauro Palandi, Michele Palermo, Celestino Panizza, Patrizia Panzeri, Giorgio Papa, Guido Parigi, Daniela Parolari, Stefano Pasotti, Armida Pasquali, Costanza Pasquali, Raffaele Passacantando, Angela Passador, Rossana Patelli, Federico Paterlini, Maria Elsa Pe, Domenica Pedretti, Luisa Pedretti, Francesco Pedrini, Margherita Pedrotti, Maria Elena Pegorer, Mariateresa Peli, Vilma Pelizzari, Daniela Pensa, Anna Penso, Adriana Perani, Gianpaolo Peri, Luciana Peri, Ruggero PettOello, Fabio Pezzaioli, Antonio Pezzaioli, Franco Pezzali, Paola Pezzetta, Enrica Pezzotti, Chiara Pezzotti, Fabiena Piazza, Roberto Piccinali, Roberto Picco, Giovanna Piccoli, Maria Emanuela Piceni, Franco Pini, Antonio Francesco Piro, Tiziana Pizzoni, Mariairina Pochetti, Sandro Poggio, Tiziana Poli, Pasquale Politi, Antonio Polito, Nunzia Polizzi, Armanda Porretti, Luisa Porta, Natascia Prasciolu, Stefania Premi, Sonia Premrl, Daniela Puggese, Maria Jose Puleio, Marzia Raffelli, Anita Rampini, Adriano RaVelli, Chiara Ravizzola, Francesca Rizzini, Severo Robolini, Roberta Rocca, Delia Rocca, Anna Maria Rocco, Diego Giovanni Rodolfi, Chiara Maria Romano, Luigi Rossetti, Maria Angela Rossi, Angelo Rossi, Michela Rossini, Rosalia Rosso, Pierangela Rota, Emanuela Rota, Francesco Angel Rovetta, Fabio Ruggeri, Cristina Sabatti, Silvia Sacchetti, Marino Sain, Nadia Sala, Antonio Salerno, Paola Saltalamacchia, Ornella Salvi, Gabriella Salvoni, Cristina Sambugaro, Rosaria Santagati, Giuseppe Santalucia, Marinella SaNtini, Domenico Sanzogni, Michela Sarnico, Sabrina Sartorelli, Sabrina Sarzi Sartori, Maurizio Sauda, Francesco Savassi, Rosilla Savoldi, Linda Savoldi, Bianca Scaglia, Ivan Scalfi, Franca Scalmana, Sara Scalvini, Marisa Scarpelli, Filomena Schettino, Luisa Scolari, Claudio Scotti, Maria Scuderi, Giulia Dora Scutari, Lolita Sebastianelli, Daniele Segata, Daude Shteewi, Chiara Silistrini, Raffaele Silvestro, Elena Soardi, Luigia Soldati, Domenica Sottini, Antonino Spadaro, Francesca Spagiari, Fulvia Spalenza, Fabrizio Speziani, Nerina Stagnoli, Eva Stoffler, Francesca Tartara, Silvia Taroli, Lamberto Tavelli, Roberta Tavelli, Monica Tavelli, Sergio Tebaldini, Olivia Tebaldini, Emanuela Tellaroli, Franco Tenchini, Luca Tengattini, Maria Teruzzi, Maria Grazia Tocchella, Cinzia Tolotti, Loretta Tomasini, Rosanna Tomasoni, Giulia Tomasoni, Giuseppina Tomasoni, Siria Tomasoni, Elena Toninelli, Francesco Torosani, Pierangelo Torosani, Maria Torri, Renato Tosini, Manuela Tottoli, Maria Grazia Tracconaglia, Aldo TrapuZzano, Guido Trevaini, Fabio Trevisani, Antonio Trippitelli, Silvia Turrini, Michele Vaini, Irena Vales, Fabrizio Valli, Angelo Valli, Lorena Vallini, Paolo Vavassori, Saul Venni, Paola Eleonora Vergani, Sonia Vertua, Marcellina Vezzoli, Severo Vicini, Giovanna Vilardo, Maria Villa, Patrizia Vincenti, Carla Vincenzi, Aldo Viola, Saverio Violante, Agostina Volpe, Antonella Zaina, Giovanna Zamboni, Annia Zanetta, Lucilla Zanetti, Marcella Zangani, Giuseppe Zani, Maria Rosa Zaniboni, Corrado Zanini, Maria Grazla Zanini, Vincenzo Zannicolo', Alberto Zanoni, Graziella Zeni, Denise Zini, Luisa Zorat, Elisa Zizioli, Nicole Zucca, Vincenzo Zuccaro, Maria Zulian, Francesco Zummo.

LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE E DELLE LORO COMPLICANZE

1 IL MONITORAGGIO DELLE MALATTIE CRONICHE

Al fine di monitorare la dimensione e le caratteristiche delle sottopopolazioni composte dagli assistiti presi in carico per una o più patologie croniche, l'ASL di Brescia ha messo in atto una metodologia che utilizza le informazioni di esercizio (esenzioni, farmaceutica, ricoveri, specialistica), chiamata Banca Dati Assistito (BDA).
Con tale metodologia, per ogni assistito, si procede ad individuare ogni patologia cronica presa in carico, oltre ad indicatori di consumo di risorse sanitarie, espressi in termini di costo lordo a carico del Servizio Sanitario di ogni assistito. La Banca Dati Assistito permette inoltre, sempre per ogni assistito, di individuare informazioni a carattere generale (età, sesso, residenza, distretto di appartenenza, medico curante), indici di spesa per tipo di trattamento (ricovero ospedaliero, day hospital, ricovero riabilitativo, specialistica, farmaceutica) e la particolare combinazione delle diverse patologie croniche. Nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy (D.Lgs.196/2003 e successive integrazioni) i dati elaborati sono resi anonimi, eliminando qualsiasi possibilità di ricostruire le generalità dell'assistito.

Gli assistiti nel corso del 2009 sono stati 1.145.063 (50,64% femmine), in costante crescita rispetto agli anni precedenti. Di questi, 332.530 (28,2%) sono stati presi in carico per almeno una patologia cronica (Tab. 1); 191.221 presentavano una sola patologia, 83.244 due patologie, mentre 48.065 ne associano un numero superiore. Le patologie più frequenti sono di gran lunga quelle cardiovascolari seguite da dislipidemie, diabete e neoplasie.

Tabella 1 - Prevalenza delle principali patologie croniche prese in carico nell'ASL di Brescia nel corso del 2009

	Persone prese in carico		Persone prese in carico per la condizione isolata		
	Numero	Prevalenza (x 1000)	Numero	Prevalenza (x 1000)	Percentuale delle forme isolate sul totale
Cardiovasculopatie	225.026	196,5	110.364	96,4	49,0%
Diabete	56.390	49,2	10.076	8,8	17,9%
Dislipidemie	45.730	39,9	5.427	4,7	11,9%
Neoplasie	45.220	39,5	15.149	13,2	33,5%
Broncopneumopatie	34.336	30,0	13.801	12,1	40,2%
Malattie endocrine	23.756	20,7	8.309	7,3	35,0%
Neuropatie	19.918	17,4	5.586	4,9	28,0%
E/G/Duodenopatie	19.388	16,9	2.235	2,0	11,5%
Epato-enteropatie	15.634	13,7	6.967	6,1	44,6%
M. psichiatriche gravi	11.445	10,0	4.353	3,8	38,0%
Malattie autoimmuni	7.471	6,5	2.243	2,0	30,0%
Malattie rare	6.959	6,1	4.449	3,9	63,9%
Insufficienza renale	6.028	5,3	175	0,2	2,9%
HIV/AIDS	3.036	2,7	1.975	1,7	65,1%
Trapianti	1.403	1,2	112	0,1	8,0%
Totale patologie	521.740				
Totale persone con patologia cronica	322.530	281,7	191.221	167,0	59,3%
Senza patologia cronica	822.533	718,3			
Di cui nessun contatto		-			
Totale assistiti	1.145.063				

Le malattie cardiovascolari in forma isolata, a grande distanza dalle altre, corrispondono ad un terzo di tutti i soggetti presi in carico per patologie croniche, con una prevalenza, sulla popolazione generale, del 9,64%.
Nel corso degli ultimi anni si è osservato un progressivo incremento della prevalenza di tali malattie, così come dell'insieme delle altre principali patologie croniche.
A tale proposito, va sottolineato che l'aumento del numero di malati cronici noti non significa necessariamente un aumento della prevalenza delle malattie nella popolazione generale, bensì una maggiore capacità di presa in carico per tale patologia, che potrebbe essere determinata anche da un processo diagnostico più esteso ed accurato.
Anche per le altre principali patologie correlate agli stili di vita (Tab. 2), ad eccezione delle broncopneumopatie, vi è stato un aumento della prevalenza e, ancor più, del numero totale di assistiti. Inoltre, la proporzione di assistiti con forma morbosa isolata è andata riducendosi.
La modalità di studio dei fenomeni patologici attuata con la Banca Dati Assistito, benché esposta a possibili approssimazioni, è risultata affidabile, producendo risultati confrontabili con i dati attesi della letteratura. Si rappresenta come strumento a supporto della funzione strategico-programmatoria dell'ASL per ottimizzare gli interventi sanitari, migliorare il patrimonio di salute della popolazione e riallocare utilmente le risorse disponibili. La Banca Dati Assistito consente di focalizzare il monitoraggio delle sottopopolazioni che presentano, in particolare, patologie croniche prevenibili/trattabili con stili di vita salutari e per le quali un trattamento efficace, sistematico e persistente si configura come azione specifica di prevenzione delle complicanze d'organo.
La presenza di un sistema informativo integrato permanente garantisce anche la possibilità di individuare aree di criticità e permette la valutazione degli interventi correttivi messi in atto. Ciò si inserisce in una regia di sistema complessiva che ha consentito di imprimere una forte spinta al processo di miglioramento continuo.
La riprova conclusiva della bontà del processo attivato è il riscontro di positività sia per gli indicatori clinici che per quelli anagrafici. In particolare si è osservato che

- l'età media della popolazione dell'ASL di Brescia si è progressivamente e sensibilmente innalzata, nonostante nel contesto bresciano da anni si osservi un incremento del numero delle nascite
- si è registrato un progressivo aumento dell'età media di morte, soprattutto nei maschi
- l'aumento della durata della vita nel periodo 2003-2009 è confermato anche dai tassi di mortalità per fasce d'età, con significativa riduzione dei tassi di mortalità per i soggetti oltre i 45 anni.

Si conferma, quindi, la validità della strategia organizzativa dell'ASL di Brescia considerando in particolare il progressivo innalzamento dell'età media di morte, vero e proprio risultato di salute, indicatore di un aumento generalizzato e tangibile dell'aspettativa di vita.

Tabella 2 - Evoluzione nel tempo della prevalenza delle principali patologie correlate agli stili di vita (periodo: 2003-2009)										
	Prevalenza negli anni (x1000)							andamento 2009/2003 (variazione % media annua)		
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	prevalenza	n° assoluto assistiti	% con patologia isolata
Cardiovasculopatie	173,4	180,8	185,1	188,7	188,1	193,4	196,5	2,1%	3,6%	-1,9%
Diabete	38,9	41,0	43,4	44,4	45,8	47,3	49,2	6,7%	8,3%	-5,2%
Neoplasie	35,0	34,0	35,5	36,6	38,3	38,9	39,5	2,1%	3,6%	-3,4%
Broncopneumopatie	30,3	31,8	31,6	31,8	31,0	29,8	30,0	-0,2%	1,3%	-1,1%
Epato-enteropatie	10,6	11,4	12,2	12,5	13,1	13,3	13,7	4,4%	5,9%	-0,9%

1.1. Andamento temporale della mortalità per alcune patologie suscettibili di prevenzione

Lo studio dell'andamento temporale della mortalità è un valido ausilio per la rilevazione dei cambiamenti dello stato di salute di una popolazione nel corso del tempo: esempi recenti sono costituiti dalla diminuzione delle morti per AIDS, ascrivibile all'introduzione delle nuove terapie antiretrovirali, e la diminuzione dei decessi per diversi tumori, come quello della mammella, riferibili al miglioramento delle pratiche diagnostiche e terapeutiche o a programmi di screening.

Va tuttavia precisato che la mortalità per malattie come i tumori o le malattie cardio e cerebro-vascolari sta aumentando in valore assoluto, come numero di morti per anno, in Italia come in altri paesi sviluppati, in relazione all'invecchiamento della popolazione, dovuto ad un aumento dell'aspettativa di vita. Per questo motivo è si è ritenuto necessario calcolare tassi di mortalità standardizzati per età, per alcune patologie croniche. Si è scelto un periodo di quasi 20 anni, dal 1990 al 2008, e si è analizzata la popolazione residente in un'area geografica omogenea per caratteristiche socio-demografiche e produttive, comprendente la città di Brescia e 25 comuni limitrofi, e corrispondente ai Distretti socio-sanitari 1, 2 e 3 dell'ASL della provincia di Brescia considerati insieme.

Tutti i tassi sono espressi per 100 000 abitanti.

La mortalità per tutte le cause mostra una evidente e costante riduzione nel periodo, più accentuata nei maschi (-44,55 morti su 100 000, pari a -5,9% per anno) che nelle femmine (-12,5 morti su 100 000, pari a -2,93% per anno). Questo andamento spiega il fenomeno della continua crescita dell'aspettativa di vita e quindi dell'invecchiamento della popolazione, in considerazione del ridotto numero di nascite.

Tra i gruppi di cause si osserva una spiccata riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio (cardio e cerebrovascolari), che appare, in valore assoluto, circa due volte maggiore negli uomini (-18.07 morti su 100 000, pari a -7,66% per anno) rispetto alle donne (-9,51 morti su 100 000, pari a -6% per anno). E' probabile che diversi fattori concorrano a questo positivo risultato, come osservato già a livello nazionale in Italia e in altri paesi. In primo luogo, ciò può essere dovuto a una riduzione del numero dei malati, grazie a una più efficace prevenzione primaria e secondaria (riduzione del fumo e migliore controllo di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia), in soggetti sani e in soggetti sopravvissuti a un primo episodio ischemico vascolare, rispettivamente. In secondo luogo, un ruolo importante è probabilmente svolto anche da un più efficace trattamento e gestione della patologia, sia in sede ospedaliera che extraospedaliera.

I tumori maligni costituiscono la prima causa di morte nella popolazione bresciana, anche nei maschi, avendo sopravanzato le malattie circolatorie. Per questo gruppo di patologie si osserva una significativa riduzione della mortalità nel periodo, che appare, in valore assoluto, circa due volte maggiore negli uomini (-16,56 morti su 100 000, pari a -5,36% per anno) rispetto alle donne (-3,32 morti su 100 000, pari a -2,19% per anno).

Tra i tumori di maggiore interesse nell'area e suscettibili di prevenzione primaria o secondaria, si osserva un forte calo della mortalità per tumori di trachea, bronchi e polmoni nei maschi, ma non nelle femmine, nelle quali i tassi rimangono pressoché costanti nel periodo, riducendosi le differenze tra i due sessi. Gli andamenti osservati, unitamente a quelli della mortalità per malattie respiratorie che mostra un forte calo negli uomini e al contrario un aumento nelle donne (come riportato più sotto), suggeriscono un effetto dovuto

alla diversa diffusione dell'abitudine fumatoria nei due sessi: la prevalenza dei fumatori sta diminuendo negli uomini, soprattutto al di sopra dei 50 anni, mentre sta aumentando nelle donne della medesima età, per effetto della progressiva diffusione dell'abitudine tra le adolescenti dagli anni '70 a oggi, come rilevato anche nella recente indagine sulla diffusione del fumo di tabacco tra i giovani bresciani, svolta dall'ASL Brescia nel 2008.
Il tumore maligno del fegato costituisce una delle patologie tumorali più comuni nella popolazione bresciana, come appare anche dal confronto tra i tassi di incidenza registrati a Brescia rispetto alle altre aree italiane: nei maschi, l'incidenza del cancro del fegato a Brescia è la più alta in Italia dopo quella rilevata nel comune di Napoli. L'andamento temporale per questa patologia mostra tuttavia un calo significativo nel periodo in studio, sia nei maschi (-2,63 morti su 100 000, pari a -8,1% per anno) che nelle femmine (-0,43 morti su 100 000, pari a -5,73% per anno). Poiché i dati del Registro Tumori non indicano, per ora, una riduzione di incidenza di questi tumori, lo spiccato calo della mortalità, soprattutto negli ultimi 5 anni, sembra da attribuire soprattutto a un più precoce ed efficace trattamento, chirurgico e non chirurgico, delle lesioni epatiche tumorali.
Infine, la mortalità per malattie respiratorie mostra un andamento assai differente nei due sessi: un forte, significativo, calo negli uomini (-2,19 morti su 100 000, pari a -3,77% per anno) e un moderato aumento, statisticamente significativo, nelle donne (+0,78 morti su 100 000, pari a +2,74% per anno). Questo dato è in linea con quanto osservato per il cancro di trachea, bronchi e polmoni, come detto, e sottolinea la necessità di implementare campagne di lotta al tabagismo indirizzate soprattutto alla popolazione femminile.

2. LE AZIONI DI PREVENZIONE E IL GUADAGNO DI SALUTE OTTENUTO

La maggior parte delle malattie croniche interessano sottopopolazioni di cospicue dimensioni, composte da persone che convivono per molti anni con la propria malattia, spesso in condizioni di buon compenso clinico terapeutico e senza disabilità.
Al fine di prevenire le complicanze di diabete, ipertensione, dislipidemie, obesità e broncopneumopatie, il modello organizzativo complessivo adottato dall'ASL di Brescia ne favorisce la presa in carico precoce, sistematica, appropriata ed oculata, mediante un processo di miglioramento continuo, basato su diversi filoni di lavoro, tra loro interconnessi, di seguito riassunti.

2.1. Il Governo clinico dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) per il monitoraggio dello stato nutrizionale della popolazione in età dello sviluppo

Nell'ambito del piano per il Governo Clinico dei Pediatri di Libera Scelta dell'ASL di Brescia è stata concordata una serie di obiettivi per favorire il mantenimento della relazione tra medico ed il bambino con la sua famiglia, oltre che per promuovere la partecipazione dei Pediatri di Libera Scelta alle attività preventive.
Tra gli obiettivi del Piano spiccano infatti aspetti a valenza preventiva, correlati allo sviluppo auxologico, tra cui la promozione di stili di vita e di alimentazione corretti in occasione dei bilanci di salute e di visite filtro; valutazione della curva ponderale al fine di intercettare precocemente i soggetti a rischio di eccesso di peso; registrazione sistematica degli indici auxologici secondo la metodologia indicata nelle linee di indirizzo regionali e, nel caso di riscontro di sovrappeso/obesità, promozione/prescrizione in modo personalizzato di adeguati stili di vita a valenza terapeutica; razionalizzazione ed ottimizzazione della reportistica informativa trasmessa all'ASL, anche in connessione con il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS).
Dopo la prima trasmissione dei dati auxologici da parte di 108 Pediatri di Libera Scelta nel 2009 e la relativa analisi, si è completata la seconda tornata, relativa all'intero 2010, a cui hanno partecipato 111 Pediatri di Libera Scelta.

2.2. Allattamento al seno

Nel 2010 è stato possibile effettuare per la prima volta una valutazione sulla durata dell'allattamento materno: sono state raccolte informazioni relative a 7.940 bambini che avevano effettuato il 5° bilancio . Il 20,5% (1.631) di questo gruppo di bambini non ha mai assunto latte materno, percentuale che è significativamente inferiore negli stranieri (12% vs 23%; p <0,0001).
Negli stranieri si nota anche che l'allattamento esclusivamente materno (ovvero senza uso di latte adattato) è protratto per più tempo rispetto agli italiani: 5,9 mesi per gli stranieri e 4,3 mesi per gli italiani. I bambini di origine africana sono quelli in cui l'allattamento materno è protratto più a lungo (mediamente per 6,5 mesi).

2.3. Prevalenza di obesità, sovrappeso e magrezza

Dai dati antropometrici inviati dai 111 Pediatri di Libera Scelta è stato possibile fare una valutazione della prevalenza di obesità, sovrappeso e magrezza per ogni bambino: per calcolare l'indice di obesità sono stati usati unicamente i dati peso e altezza relativi all'ultima valutazione del 2010.
La popolazione infantile è stata quindi divisa in due gruppi, a seconda che il bilancio di salute sia precedente o successivo al 24esimo mese d'età.

I bambini sotto il 24esimo mese d'età sono stati classificati in 4 categorie utilizzando i centili di peso e lunghezza elaborati nel 2000 dal *Center Disease Control* (CDC) per gli USA.
I bilanci di salute pervenuti nel 2010 ed effettuati nei bambini entro i 24 mesi d'età hanno permesso di valutare l'indice di obesità di 21.933 bambini:

- il 7,2% dei bambini è al di sotto del 5° centile;
- il 76,9% dei bambini è compreso tra il 5° e l'85° centile
- il 9,4% dei bambini è in sovrappeso (compreso tra l'85° e il 95° centile)
- il 6,5% è obeso (≥ 95° centile), contro un valore atteso del 5%
- tra i maschi risulta più elevata rispetto alle femmine la percentuale di bambini sovrappeso ed obesi (17,3% *vs* 14,2%; p<0,0001)
- rispetto al 2009 si nota una lieve diminuzione della percentuale di bambini al di sotto del 5° percentile, mentre è leggermente aumentata la proporzione di bambini obesi.

Per i bambini in cui le misurazioni di peso ed altezza sono stati effettuate oltre i 24 mesi sono stati utilizzati i valori soglia di Indice di Massa Corporea (IMC) indicati da Cole nel 2000 e fatti propri dalla International Obesity Task Force (IOFT) e gli indici di magrezza elaborati nel 2008.
Nel 2010 sono pervenuti i bilanci di salute di 21.702 bambini oltre i 24 mesi d'età:

- il 68,2% dei bambini è normopeso
- il 13% è sovrappeso e il 4,4% obeso
- il 10,8% è sottopeso moderato e un ulteriore 3,6% ha una grado severo di magrezza
- le bambine sono sovrappeso/obese in proporzione maggiore rispetto ai maschi (18,2% *vs* 16,6%; p=0,0028)
- i dati del 2010 non presentano differenze significative rispetto al 2009 (P=0,15).

Valutando l'indice d'obesità nei bambini di età diverse si nota

- maggior proporzione di magrezza severa e moderata nei bambini più piccoli
- maggior prevalenza di sovrappeso e di obesità nei bambini che hanno effettuato il 9° bilancio
- nei bambini che hanno già effettuato il 10° bilancio (età superiore ai 12 anni) la percentuale di obesità torna a scendere: da 7,5% per il bilancio 9 (8-10 anni) a 3,8% per il bilancio 10 (12-14 anni).

3. LA PROMOZIONE PERSONALIZZATA DEGLI STILI DI VITA A VALENZA PREVENTIVA

L'ASL di Brescia ha individuato, come area di rilevante possibilità di miglioramento, la valorizzazione degli stili di vita sani, sia per la prevenzione primaria orientata all'intera popolazione, sia per potenziare il bagaglio terapeutico a disposizione del medico. Dal 2005 è stata pertanto avviata, e progressivamente consolidata, una serie di iniziative in tal senso. Per documentare l'effettiva ricaduta delle azioni sulla popolazione generale, viene attuata un'indagine campionaria, replicata con la medesima metodologia ogni due anni (2006-2008-2010): mediante un questionario autocompilato in occasione delle visite mediche per la valutazione dell'idoneità alla guida, l'intervistato riferisce in merito ai propri stili di vita e alle indicazioni ricevute, generiche o mirate, da parte del Medico di Medicina Generale e/o di altri operatori sanitari. I dati riscontrati sono in linea con le indagini campionarie eseguite a livello nazionale e mostrano come anche a Brescia si possa fare molto per migliorare la promozione degli stili di vita da parte degli operatori sanitari. Il 50% degli assistiti afferma di avere ricevuto consigli riguardo gli stili di vita da parte del Medico di Medicina Generale, una percentuale più che doppia rispetto ai consigli di tutti gli altri operatori sanitari insieme. E' stato proposto anche nel 2010 il "Progetto Cuore a Brescia", campagna rivolta a medici, infermieri e farmacisti del territorio e delle strutture, per innalzare la sensibilità e la motivazione a promuovere attivamente stili di vita sani.

Per ampliare il bagaglio terapeutico a disposizione del medico nel trattamento delle patologie cardio-cerebro-vascolari è proseguita nel 2010 l'iniziativa "la prescrizione degli stili di vita", attraverso anche il "Ricettario per la prescrizione degli stili di vita", che prevede l'individuazione del problema clinico da trattare, l'obiettivo terapeutico da raggiungere, la puntuale posologia e modalità di "assunzione" della prescrizione terapeutica, qui vista come prescrizione nutrizionale, attività motoria, astensione dal fumo.

Il progetto "Dote Sanitaria", attivato dal 2009 e completato nel 2010, è stato focalizzato sulla centralità ed il coinvolgimento consapevole ed attivo dell'assistito nel piano di cura. Il progetto, portato a termine da 53 Medici di Medicina Generale, promuove la condivisione tra medico e assistito di un "Patto di Cura" personalizzato, che individua la malattia presa in carico, gli obiettivi terapeutici concordati, la tera-

Tabella 3 - Descrizione complessiva della popolazione assistita				
	N° MMG = 314	N° SOGGETTI 2010	INDICATORE 2010	INDICATORE 2009
Popolazione assistita	Tot. assistiti in carico al MMG (ASL)	477.689		
	donne	244.106	51,1%	51,2%
	> 64enni	105.572	22,1%	21,3%
	Età media		47,1	46,7
	Assistiti presenti in cartella MMG	441.813	92,5%	93,4%
Prevalenza malati cronici presi in carico	Diabetici	29.747	6,2%	6,1%
	diagnosi diabete ultimi 12 mesi	2.936	0,6%	0,6%
	Ipertesi	98.365	20,6%	20,6%
	diagnosi ipertensione ultimi 12 mesi	7.670	1,6%	1,7%
	Con diabete e/o ipertensione	108.167	22,6%	22,7%
	Dislipidemici	46.747	9,8%	9,3%
	Con scompenso cardiaco	5.675	1,2%	1,0%
	Con fibrillazione atriale	8.456	1,8%	1,7%
	Con BPCO	14.216	3,0%	3,0%
	diagnosi BPCO ulitmi 12 mesi	1.728	0,4%	0,4%
	Con scompenso + BPCO	1.374	0,3%	0,2%
Tabagismo	Con dato fumo registrato	196.462	44,1%	38,1%
	fumatori	44.870	22,8%	23,5%
	ex-fumatori	31.619	16,1%	17,2%
	con minimal advice su fumo	1.628	0,3%	0,1%
Attività motoria	con dato attività motoria registrato	96.807	20,3%	25,6%
	con attività assente	33.678	34,8%	34,0%
	con attività leggera	43.810	45,3%	45,3%
	con attività media	17.774	18,4%	18,8%
	con attività pesante	1.545	1,6%	1,9%
	con prescrizione attività motoria	2.560	0,5%	0,1%
con prescrizione consigli nutrizionali		3.151	0,7%	0,3%
BMI	con dato BMI registrato	166.084	34,8%	33,7%
	con BMI <19	10.808	6,5%	6,4%
	con BMI 25-30	56.241	33,9%	33,9%
	con BMI >30	28.819	17,4%	17,2%
	con BMI calcolato nell'ultimo anno	56.852	11,9%	12,0%

pia farmacologica e comportamentale, i controlli periodici programmati e gli impegni reciproci (dell'assistito, del medico, dell'ASL). L'attenzione è stata mirata in particolare verso quegli assistiti che tendono a "sfuggire" al follow up ed alla terapia.

Sono stati inoltre progressivamente aggiornati i percorsi diagnostico-terapeutici di riferimento per la gestione integrata del malato cronico, definiti già dal 2000. In particolare sono stati definiti ed attuati tre specifici percorsi finalizzati, tra l'altro, alla prevenzione sia della evoluzione della malattia che delle complicanze maggiori: ipertensione, diabete, broncopneumopatia cronico ostruttiva.

All'interno della "regia di sistema" per le malattie croniche, i medici delle Cure Primarie dell'ASL di Brescia sono coinvolti in un intenso processo culturale-professionale-organizzativo, finalizzato ad offrire loro gli strumenti per gestire nel modo più razionale la rilevante massa di lavoro connessa al crescente numero di malati cronici.

A partire dal dicembre 2005 il governo clinico si è arricchito di una innovativa ed originale modalità di verifica dell'attività e dei risultati di processo e di salute prodotti dalla medicina generale: nell'ultima tornata di dicembre 2010, sono stati 414 (su un totale di 720) i Medici di Medicina Generale che hanno estratto dal proprio archivio informatico e trasmesso all'ASL, secondo un protocollo comune, una serie di informazioni relative a ciascun assistito in merito a stili di vita (fumo, attività motoria, alimentazione), valutazione del rischio cardiocerebrovascolare, diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Tali informazioni vengono quindi assemblate ed elaborate a cura dell'ASL; ad ogni Medico di Medicina Generale viene quindi restituito il proprio Ritorno Informativo Personalizzato, in modo che ciascuno possa individuare la percentuale di assistiti che ha raggiunto specifici risultati di processo, di adeguatezza del trattamento, di salute. A livello distrettuale, all'interno di incontri accreditati ECM di piccolo gruppo (chiamati "Gruppi di Miglioramento"), ciascun medico è facilitato nel confronto tra pari con gli altri colleghi, mediante indicatori effettivamente misurabili: risulta così possibile individuare punti di forza e punti di debolezza, da cui partire con azioni di miglioramento, individuali o collettive.

Tale articolato processo apporta un significativo contribu-

to in termini di prevenzione primaria e secondaria: infatti promuove, nei confronti del singolo assistito, l'adozione sia di comportamenti di vita a valenza preventiva, sia la persistenza e la sistematicità dei controlli e della terapia. Inoltre, con il governo clinico, il Medico di Medicina Generale viene stimolato ad estendere capillarmente, nei confronti di tutti i propri assistiti con fattori di rischio, gli opportuni interventi profilattici.

Dal dicembre 2005, quando aderirono alla prima trasmissione 25 Medici di Medicina Generale, l'aumento di partecipazione è stato costante, sino a giungere ai 414 dell'ultima rilevazione.
La popolazione assistita da tali Medici di Medicina Generale al 31.12.2010 risultava essere di 477.689 assistiti: il 51,1% erano donne ed il 22,1% avevano più di 64 anni.
I dati registrati dal Medico di Medicina Generale riguardano il tabagismo, l'attività motoria e al BMI (Indice di Massa Corporea) (Tab.3).

4. BENEFICI DI SALUTE DERIVANTI DALL'ATTIVITÀ DI SCREENING

L'evoluzione della ricerca tecnologica in sanità ha portato ad un'ampia diffusione di metodi di diagnosi precoce in grado di identificare in una fase iniziale forme pre-tumorali. Queste metodiche hanno trovato un efficace utilizzo per tre tipi di tumori: quello della cervice uterina, quello della mammella e quello del colon retto. L'ASL di Brescia ha pertanto attivato programmi di screening oncologici rivolti alla popolazione residente nel territorio dell'ASL:

- lo screening mammografico per le donne di 50-69 anni con cadenza biennale
- lo screening del tumore del collo dell'utero per le donne di 25-64 anni con cadenza triennale
- lo screening del tumore colon rettale per uomini e donne di 50-69 anni con cadenza biennale.

4.1 Screening del tumore colon rettale

Il cancro del colon-retto è un tipo di tumore altamente prevenibile già nelle fasi pre-tumorali maligne, ma anche con una diagnosi precoce del cancro stesso, qualora già sviluppato ma non diffuso, poiché la sua asportazione aumenta molto le possibilità di una eradicazione totale senza diffusione metastatica.

Il tumore maligno del colon-retto in genere impiega 8-10 anni a manifestarsi clinicamente con sintomi ed inizia con una lesione benigna che progressivamente evolve verso la malignità.
Nel 2010 sono state invitate a screening 112.059 persone; hanno aderito 69.538 persone con un'adesione corretta del 63.4%, registrando un incremento rispetto al 2009, in cui l'adesione corretta si è attestata al 52.2%.
La copertura della popolazione è del 100% con il rispetto della cadenza biannuale negli inviti.
L'attività di screening del tumore colon rettale ha consentito di diagnosticare precocemente su persone apparentemente sane le seguenti lesioni:

- 68 tumori intestinali
- 29 adenomi cancerizzati intestinali
- 637 adenomi benigni intestinali ad alto rischio
- 472 adenomi benigni intestinali a basso rischio.

I benefici derivanti da tale attività sono a breve/medio e a lungo termine.
Per i 97 tumori maligni intestinali in persone asintomatiche si è anticipata la diagnosi della malattia e si è intervenuti chirurgicamente su lesioni che per l'80% non avevano interessato i linfonodi regionali.

Per gli adenomi benigni ad alto e basso rischio si è interrotta la catena di evoluzione verso il cancro.
Per il tumore del colon retto, attualmente non si osserva alcuna variazione significativa della mortalità nel periodo in entrambi i sessi. Considerando la stabilità dell'incidenza di questo tumore nel territorio bresciano, secondo i dati del Registro Tumori dell'ASL, la stabilità anche dei tassi di mortalità indica che da un lato gli interventi di screening, iniziati da poco, non hanno ancora prodotto effetti misurabili, e dall'altro che i progressi nelle pratiche diagnostico-terapeutiche non sembrano avere comportato un sostanziale miglioramento della sopravvivenza dei malati affetti da questa malattia nel periodo in studio. Ci si attende tuttavia nei prossimi dieci anni una riduzione della mortalità per tumore intestinale e una riduzione dell'incidenza.

4.2 Screening mammografico

Nel 2010 sono state invitate a screening 61.380 donne ed hanno aderito 38.604 donne con un'adesione corretta del 68,9%, con un incremento ulteriore rispetto al 2009 dell'8,4%.
La copertura della popolazione è del 100% con il rispetto della cadenza biennale negli inviti.
L'attività di screening mammografico ha consentito di diagnosticare precocemente su persone apparentemente sane 209 tumori della mammella.
La valutazione dell'impatto del programma in termini di riduzione della mortalità per tumore mammario è stata effettuata per i soli Distretti 1, 2 e 3, corrispondenti all'ex-USSL 41 – Brescia, in cui il programma di screening è iniziato nel 1988, poiché è necessario un periodo di almeno 8-10 anni per poter evidenziare un possibile effetto del programma sulla popolazione.
E' stato considerato quindi l'andamento della mortalità per tumore della mammella negli anni che vanno dal 1990 al 2008 nelle donne residenti nei Distretti sopracitati, per 3 fasce di età: minore di 55 anni, tra 55 e 74 e con più di 75 anni. Tale analisi è necessaria perché un eventuale beneficio del programma di screening, in termini di riduzione della mortalità, si può evidenziare solo nelle donne della fascia di età intermedia (55-74), considerando un tempo di latenza di almeno 5 anni tra la diagnosi della malattia ed il possibile decesso per la patologia stessa e un'eventuale estensione del beneficio per almeno 5 anni dopo l'ultimo esame di screening.
L'andamento nel tempo dei tassi di mortalità per tumore della mammella (donne che muoiono per tumore della mammella sul totale della popolazione femminile dell'ASL) mostra, nel periodo 1990-2008, una riduzione significativa della mortalità per questa patologia, nelle donne di tutte le età.
L'analisi per fascia di età evidenzia una riduzione della mortalità, di circa il 40% nella sola fascia d'età 55-74 anni, mentre non si osserva alcuna riduzione della mortalità nelle donne più giovani (di età inferiore a 55 anni) e in quelle più anziane (di età superiore ai 74 anni).
Il confronto dell'incidenza del tumore della mammella (numero di nuovi casi di tumore nei periodi 1993-1995, 1999-2001 e 2004-2006) nei Distretti 1, 2 e 3 dell'ASL, utilizzando i dati del registro Tumori dell'ASL, mostra che non si è verificata, nel tempo, nessuna variazione significativa dell'incidenza della patologia nel periodo in esame né in tutte le donne né nelle donne delle 3 fasce di età considerate.
Il confronto tra l'andamento, nel tempo, della mortalità per cancro mammario (donne morte per tumore della mammella) e dell'incidenza (donne che si ammalano per tumore della mammella) mostra pertanto che, a fronte di una incidenza costante, la mortalità si riduce, ma solo nelle donne in età di screening (50-69 anni) e nelle età immediatamente successive (70-74 anni). Ciò suggerisce un effetto benefico del programma di screening nel corso del tempo.
E' stato anche calcolato, per gli stessi Distretti dell'ASL, nel periodo 2006-2008, il rapporto tra numero di donne che sono morte per tumore della mammella e numero di donne che ci si aspetta che muoiano per questo tumore usando la mortalità dell'ASL come riferimento. Non sono state rilevate differenze significative nelle tre fasce d'età considerate, tra i distretti 1, 2 e 3 ed il totale dell'ASL.
Questo confronto pertanto suggerisce che i benefici, in termini di riduzione della mortalità per cancro della mammella, si siano verificati anche negli altri Distretti dell'ASL in anni recenti, probabilmente per la progressiva estensione sia dello screening "spontaneo" (donne che fanno una mammografia di screening con prescrizione del proprio medico curante), sia del programma di screening organizzato dell'ASL.
In conclusione è possibile dire, ad una prima analisi, che la mortalità per tumore della mammella, nelle donne dell'ASL di Brescia, è in riduzione, in linea con i dati nazionali. Questo

risultato può essere dovuto sia all'attività di screening mammografico, attivo da oltre 20 anni nel territorio dell'ASL, sia ad un miglioramento delle terapie mediche e chirurgiche per la cura di questo tumore.

4.3 Screening del tumore del collo dell'utero

Lo screening citologico con il Pap Test rappresenta la strategia vincente per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, essendo in grado di ridurre la mortalità specifica del 60-90% ove è attivo.
Il beneficio sulla salute delle donne del programma organizzato dipende dal fatto che

- la progressione da lesioni precancerose a tumore invasivo è lenta, mediamente oltre 20 anni
- è possibile identificare le alterazioni citologiche ancor prima che si sviluppi la malattia invasiva
- esistono interventi efficaci e non invalidanti per eliminare le lesioni precancerose
- la strategia di screening basata sulla ripetizione nel tempo del test (ogni 3 anni) aumenta la sensibilità dello stesso, quindi la probabilità di identificare la maggior parte delle donne portatrici di lesioni precancerose.

Nel 2010 sono state invitate a screening 84.060 donne ed hanno aderito 39.073 donne con un'adesione corretta del 49,6%.
Rispetto al precedente anno si osserva un decremento dell'adesione corretta: infatti nel 2009 l'adesione corretta era del 53,2%.

La copertura della popolazione è del 100% con il rispetto della cadenza triennale negli inviti alle donne.

L'attività di screening citologico ha consentito di diagnosticare precocemente su donne apparentemente sane le seguenti lesioni:

- 12 tumori maligni del collo dell'utero
- 410 lesioni precancerose

Essendo iniziato da pochi anni il programma organizzato, tenuto conto della lenta progressione del tumore del collo dell'utero, non sono ancora misurabili gli effetti sulla mortalità e sull'incidenza.

SCREENING ONCOLOGICI PER LA POPOLAZIONE IN CARCERE

Nel 2010 è iniziato il progetto che propone i test di screening mammografico per le donne di 50-69 anni con cadenza biennale; screening del tumore del collo dell'utero per le donne di 25-64 anni con cadenza triennale; screening del tumore colon rettale per uomini e donne di 50-69 anni con cadenza biennale alla popolazione detenuta nei due Istituti di Pena di Brescia.
La proposta nasce da un progetto di coinvolgimento delle fasce "deboli" e non rispondenti.
Gli obiettivi dell'intervento sono

- garantire i programmi di prevenzione oncologica all'utenza detenuta e coinvolgere le persone recluse che rientrano nelle fasce d'età target
- assicurare la presa in carico dei casi positivi, regolata da protocolli, con la garanzia di prestazioni omogenee in qualità
- promuovere incontri di educazione e promozione alla salute

La popolazione carceraria è composta da circa 500 detenuti maschi nella Casa Circondariale di Canton Mombello; 130 detenuti e detenute nella Casa di Reclusione di Verziano.
Nel 2010 si sono eseguiti 12 accessi nei due istituti. Sono stati fatti 78 test per la ricerca del sangue occulto nelle feci; 48 pap test; 6 mammografie. Sono risultati positivi al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci 5 detenuti: 2 hanno rifiutato la colonscopia; 3 hanno accettato la colonscopia, che in due casi ha dato esito negativo e in uno diagnosi di adenoma avanzato. Due detenute sono risultate positive al paptest: una è risultata irrintracciabile (scarcerata); l'altra detenuta è stata sottoposta a colposcopia programmata.
Tutte le mammografie sono risultate negative.
Il progetto proseguirà nel tempo assicurando a questa utenza una opportunità di prevenzione secondaria dei tumori.

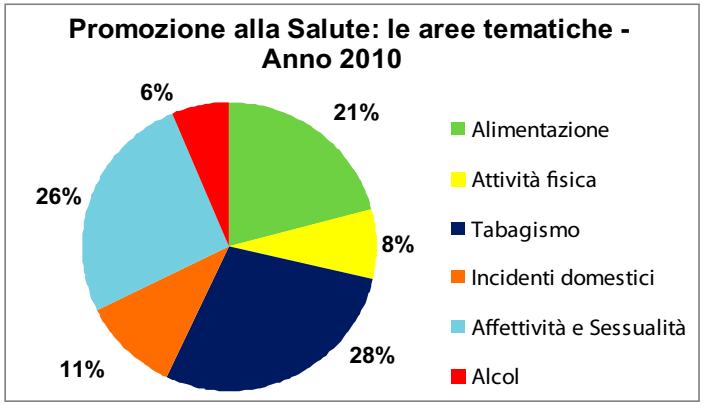
INTERVENTI DI PROMOZIONE ALLA SALUTE

Nel corso del 2010 nell'ambito delle attività di Promozione alla salute, è stato completato un processo culturale e metodologico che ha portato al superamento di gran parte delle singole progettualità e attività per approdare alla costruzione di Piani Aziendali di Promozione della salute. Questa scelta sottolinea l'importanza di affrontare gli obiettivi di salute secondo un approccio sistemico, globale e unitario.
Sono stati quindi identificati il Piano aziendale per la promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica, il Piano aziendale per la prevenzione del tabagismo, il Piano aziendale per la prevenzione dell'incidentalità. Ciascuno di questi è stato declinato secondo le diverse fasi della vita: prima infanzia, seconda infanzia e gioventù, adulti e anziani.

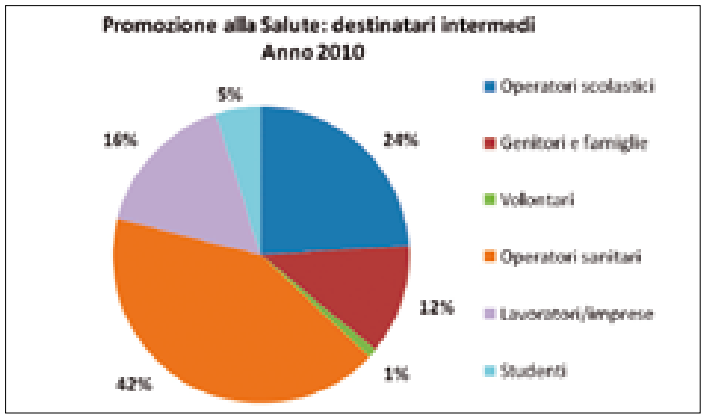
Per quanto concerne la tipologia degli interventi, i progetti realizzati nel 2010 sono stati caratterizzati da una forte integrazione tra le diverse tipologie di attività. L'80% dei progetti ha contemplato interventi di tipo informativo, formativo ed educativo ma, a differenza dello scorso anno, si è registrato un incremento degli interventi di tipo ambientale (presenti nel 25% dei progetti), di sviluppo di comunità (presenti nel 50% dei progetti) e di tipo organizzativo (presenti nel 68% dei progetti).
L'interazione tra le diverse tipologie d'interventi e le figure coinvolte ha favorito una maggiore diffusione dei messaggi relativi a sani stili di vita e soprattutto un ampliamento delle fasce di operatori sanitari e scolastici che sono stati parte attiva nella promozione di interventi efficaci. L'approccio utilizzato, in linea con i fondamenti teorici della promozione della salute è stato prevalentemente salutogenico, cioè orientato a promuovere i fattori di protezione, piuttosto che a ridurre i fattori di rischio. Nella progettazione degli interventi, inoltre, è stata posta un'attenzione sempre maggiore al ruolo che il contesto ambientale (mense scolastiche, percorsi pedonali, luoghi di lavoro, ecc.) gioca nell'assunzione di comportamenti salutari negli ambiti di vita quotidiana e lavorativa.
Nel corso del 2010 è proseguito il processo di coinvolgimento di Istituzioni pubbliche e private nella programmazione e progettazione di percorsi di promozione della salute e si è registrato un incremento numerico di tutti i soggetti con cui si collabora: circa un quarto delle Amministrazioni Comunali partecipano con le Direzioni Gestionali Distrettuali alla realizzazione di iniziative; sono raddoppiate le associazioni del territorio e incrementate le strutture pubbliche e private che collaborano nella gestione delle attività.

Le aree tematiche sviluppate hanno visto nel 2010 un aumento delle iniziative riferite alla prevenzione del tabagi-

smo in ambito scolastico e lavorativo e l'avvio di due Centri per il trattamento. Anche la promozione dell'attività fisica negli adulti ha visto un leggero incremento, mentre, a seguito di una riprogettazione delle iniziative in tema di alimentazione sana nella scuola dell'infanzia e della scuola primaria, sono stati sospesi i percorsi formativi rivolti ai genitori organizzati a livello centrale. Si è scelto di coinvolgere questi ultimi nei percorsi realizzati dagli insegnanti con i loro alunni così da interessare adulti e bambini sullo stesso tema nello stesso momento, con modalità diversificate in base ai diversi contesti e alle caratteristiche delle singole scuole.



L'aumento delle collaborazioni intersettoriali ha fatto registrare anche un incremento delle iniziative rivolte e ridurre gli incidenti domestici sia nella fascia infantile che anziana.
In coerenza con le evidenze scientifiche che dichiarano l'efficacia degli interventi sviluppati dagli operatori sanitari nei confronti dell'utenza, nell'anno 2010 si sono concluse le iniziative di formazione ricomprese nel Progetto Regionale triennale per la prevenzione dell'obesità ed il sovrappeso, che per la prima volta hanno avuto specificatamente come target i dipendenti dell'ASL di Brescia. All'interno di queste attività merita rilievo la formazione di 27 operatori appartenenti a tutte le Direzioni Gestionali Distrettuali che, a loro volta, hanno realizzato percorsi formativi con i loro colleghi finalizzati ad attivare le risorse professionali di ognuno nella promozione della salute: queste iniziative hanno coinvolto complessivamente 651 operatori.
La scelta di investire nei confronti dei dipendenti ASL è dovuta anche al riconoscimento del ruolo di moltiplicatori di messaggi di promozione della salute che gli operatori sanitari rivestono nella loro pratica professionale.



Oltre al coinvolgimento degli operatori sanitari, nel 2010 si è registrato anche un maggior interesse da parte del mondo datoriale e delle Organizzazioni Sindacali nella realizzazione di iniziative finalizzate a promuovere corretti stili di vita in ambito lavorativo che, rispetto al 2009, è raddoppiato (si è passati da 104 lavoratori/imprese coinvolti a 290).

1. PIANO AZIENDALE DI PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA

1.1 Mangia bene, vivi meglio

Nel corso del 2010 sono proseguite le attività previste all'interno del progetto "Mangia bene, vivi meglio", attivato nel 2009. Si è conclusa la formazione degli insegnanti programmata per l'anno scolastico 2009/2010, si è dato avvio alla formazione degli insegnanti per l'anno scolastico 2010/2011 ed è stata organizzata in collaborazione con Provincia di Brescia, Associazione Comuni Bresciani e ASL Vallecamonica-Sebino, una giornata di studio sui capitolati d'appalto per la ristorazione collettiva, rivolta agli Amministratori Locali, ai Dirigenti scolastici, ai Presidenti e ai Legali Rappresentanti delle scuole d'infanzia paritarie, per promuovere l'impiego delle produzioni agricole e agroindustriali locali e la predisposizione di menù adeguati dal punto di vista qualitativo e di salubrità. Si è consolidata l'alleanza con l'Associazione delle scuole e degli asili nido (ADASM) presente sul territorio dell'ASL di Brescia, con la

realizzazione di tre giornate informative rivolte a 150 insegnanti affinché sviluppino progetti con i bambini sul tema dell'alimentazione e dell'attività fisica. Inoltre, per dare continuità al percorso intrapreso, è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra la Provincia di Brescia (Assessorato all'Agricoltura, Alimentazione ed agriturismo, Assessorato all'Istruzione, Assessorato alla Formazione Professionale), l'ASL di Brescia, l'ASL di Vallecamonica-Sebino e l'Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia per la realizzazione del Programma di educazione alimentare per l'anno scolastico 2010-2011.

1.2 Gruppi di cammino

Da un'indagine condotta sugli utenti dei servizi ASL emerge che poco meno del 50% degli intervistati pratica un'attività fisica adeguata (il 35% pratica attività fisica moderata e il 14,2% la pratica in maniera più intensa). Tale percentuale si concentra nelle fasce d'età più giovani, di sesso maschile e normopeso. La prevalenza a Brescia di persone completamente sedentarie è del 26%, leggermente inferiore alla stima ISTAT per la Lombardia (30%) e in linea con quanto rilevato dallo studio PASSI del 2009.
Alla luce dei dati di contesto e in linea con le evidenze scientifiche e le indicazioni regionali, le Direzioni Gestionali Distrettuali hanno continuato, anche nel 2010, a promuovere, con strategie diversificate in base al territorio, l'avvio dei gruppi di cammino: le attività di collaborazione sono state sviluppate nei confronti delle singole Amministrazioni Comunali, con le Assemblee dei Sindaci e le Associazioni di volontariato presenti sul territorio. In linea con le evidenze scientifiche che sottolineano l'efficacia di programmi che combinano esercizio fisico con informazioni e campagne di comunicazione inserite in iniziative multicomponenti, in due Direzioni Gestionali Distrettuali sono stati realizzati anche incontri sugli stili di vita indirizzati alla popolazione, come attività di rinforzo all'avvio dei gruppi di cammino, mentre in un'altra vi è stato un importante coinvolgimento dell'Ente Locale che ha promosso l'iniziativa attraverso i quotidiani locali, le farmacie e gli esercizi commerciali.
Complessivamente sono stati attivati 11 gruppi, sette dei quali con prevalenza di partecipanti in condizioni di rischio cardio-cerebrovascolare, quali sovrappeso, diabete, dislipidemie, ipertensione. Si evidenzia quindi un approccio che ha orientato l'utilizzo dei gruppi di cammino in un'ottica prevalentemente di prevenzione secondaria, piuttosto che di promozione di abitudini di vita salutari.

1.3 Piano triennale per la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso

Un'indagine condotta sugli utenti dei servizi ASL nel 2010 attesta che il consumo giornaliero di verdura e frutta è rispettivamente al 68% e al 67%; mentre per la verdura i dati sono superiori a quelli nazionali (ISTAT 2008, 51%), il consumo di frutta tutti i giorni è invece in linea con i dati nazionali ISTAT (67%).
Nel corso dell'anno 2010, all'interno del Piano triennale per la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso è proseguita l'attività mirata ad offrire alimenti freschi nei distributori automatici coprendo il 50% dei distributori attualmente presenti nelle sedi ASL. Questo servizio è stato sostenuto da una campagna di informazione. Nell'ambito delle iniziative finalizzate a promuovere l'attività motoria nei dipendenti ASL sono state installate, sulla base del piano di fattibilità predisposto nel 2009, 10 rastrelliere per i parcheggi delle biciclette nelle sedi di proprietà dell'ASL e sono state affisse, in prossimità degli ascensori, targhe che invitano all'utilizzo delle scale in sostituzione dell'ascensore.

2. PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

Nel corso del 2010 l'ASL di Brescia ha condotto un'indagine conoscitiva sulle abitudini di vita degli assistiti, prosecuzione di altre due indagini realizzate nel 2006 e nel 2008. Mentre i dati ISTAT e l'indagine DOXA/ISS-OFAD, entrambi del 2009, rilevano un aumento della prevalenza dei fumatori, rispettivamente il 23% e il 25,4%, con un incremento che riguarda soprattutto le donne, ed una corrispondente diminuzione degli ex fumatori, passati dal 18,4% del 2008 al 14,6% del 2009, i dati dell'indagine ASL del 2010 non hanno evidenziato differenze statisticamente significative (22,5% nel 2006, 18,9% nel 2008, 20,7% nel 2010).

Nei maschi è statisticamente significativa l'associazione tra fumatore e basso titolo di studio, mentre nelle femmine la prevalenza è risultata più elevata in coloro oltre i 60 anni e con educazione superiore. Inoltre nelle femmine l'associazione tra fumo e peso corporeo è forte e statisticamente significativa, per i maschi non si nota alcuna associazione.

Lo stato di ex-fumatore è apparso invece correlato in maniera statisticamente significativa al sesso maschile, all'età e anche ad un peso più elevato.

Il numero medio di sigarette fumate si riduce progressivamente all'aumentare del titolo di studio: dalle 13,1 dei soggetti con educazione elementare alle 8,5 dei laureati; una differenza che rimane altamente significativa anche dopo l'aggiustamento per età e sesso.

Il 24% dei fumatori (274 per un totale di 1.143) ha affermato di aver provato a smettere nel corso degli ultimi 12 mesi, una percentuale che nell'ultima tornata era sensibilmente più elevata (28,2%). È interessante notare che i soggetti sotto i 25 anni risultano essere quelli che più numerosi hanno smesso di fumare o che hanno intrapreso un tentativo di smettere: tale percentuale sembra in netta crescita dal 20% del 2006 al 36% del 2010.

Da notare che, tra chi aveva cercato di smettere nel corso dei precedenti 12 mesi, l'intenzione a smettere era decisamente più elevata (77% intenzionato ora ed un ulteriore 19% intenzionato in futuro).

Rispetto alla valutazione dell'attività di promozione di stili di vita sani da parte dei Medici di Medicina Generale e di altri operatori sanitari, è emerso che il 67% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto domande dal proprio medico in

relazione alla eventuale abitudine al fumo, una percentuale più alta rispetto a quanto rilevato per esempio nello studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (39%): la percentuale è risultata comunque più elevata tra i fumatori (78,4%) e gli ex-fumatori (74,0%) e più elevata per chi aveva incontrato di recente il proprio Medico di Medicina Generale. Circa il 15% di fumatori ed ex-fumatori ha dichiarato di aver ricevuto incoraggiamento e informazioni precise riguardo la cessazione dell'abitudine al fumo.

Per quanto riguarda eventuali consigli ricevuti dai fumatori da parte di altri operatori sanitari il 34,1% (390) ha dichiarato di averne ricevuti: la percentuale nel 2010 è notevolmente più elevata rispetto agli anni precedenti. Gli

operatori sanitari che più spesso sono stati menzionati per aver dato consigli sulla cessazione del fumo sono i medici ospedalieri (16%) e il medico del lavoro (8,9%), con un notevole aumento rispetto agli anni precedenti.
Complessivamente l'80% dei fumatori intervistati aveva ricevuto dal Medico di Medicina Generale e/o da altro operatore sanitario consigli sulla cessazione del tabagismo, risultato che nel caso degli operatori ASL si può far risalire ai percorsi di formazione promossi nel corso del 2009-2010.

2.1 Mamme libere dal fumo

In continuità con le azioni intraprese nel 2009, il progetto ha visto, nel 2010, la realizzazione di una campagna di comunicazione in tutte le sedi dei consultori dell'ASL di Brescia e di 3 consultori accreditati; di un percorso formativo che ha coinvolto 49 ostetriche e assistenti sanitarie dei consultori, finalizzato a fornire loro le competenze per condurre un colloquio motivazionale utile a sostenere le donne nella scelta di non fumare; di una fase sperimentale, durante la quale, con il sostegno dei formatori, le donne hanno sperimentato il counselling motivazionale.
Con l'attività di sperimentazione del counselling sono state raggiunte 706 donne.

2.2 Scuole senza fumo. Una scelta consapevole

Il Progetto "Scuole senza fumo: una scelta consapevole", progettato nel 2009 da ASL di Brescia, ASL della Vallecamonica – Sebino e Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia è entrato nel 2010 nella fase attuativa. Sono state raccolte le adesioni di 24 tra Istituti Comprensivi e Scuole secondarie di 2° grado dell'ASL di Brescia; i Referenti scolastici e sanitari hanno partecipato ad una attività formativa congiunta ed hanno avviato, per ogni realtà scolastica, i gruppi di lavoro a cui partecipano tutte le componenti scolastiche (docenti, personale non docente e genitori) ed anche rappresentanti della comunità territoriale.

2.3 Adolescenti, alcol, fumo e dintorni

In prosecuzione con le attività degli anni precedenti, durante l'anno gli insegnanti delle 18 Scuole Secondarie di primo grado aderenti al progetto hanno realizzato gli interventi previsti dalle progettualità specifiche attivate in ogni singola scuola, secondo i criteri indicati e congruenti con le prove d'efficacia e linee guida aggiornate. Al termine del 2010 15 scuole hanno rinnovato l'accordo di programma sul progetto, portando ad un coinvolgimento complessivo di 74 classi, 1.700 studenti e 140 insegnanti.

2.4 Gli stili di vita dei giovani lavoratori

I luoghi di lavoro rappresentano il setting ideale per lo svolgimento di attività di promozione della salute perché permettono la realizzazione di interventi che si protraggono nel tempo in quanto la comunità lavorativa presenta, nella maggior parte dei casi e prevalentemente in ambito manifatturiero, caratteristiche di aggregazione stabile e con lenta dinamica e perché consentono di raggiungere circa il 60% di quella popolazione adulta che, nell'arco di un anno, non accede spesso ai servizi sanitari.
Le evidenze scientifiche affermano che le azioni rivolte alla modifica degli stili di vita sembrano essere efficaci, migliorando lo stato di salute del lavoratore e, nel contempo, promuovendo ricadute positive sull'organizzazione aziendale.
In particolare esistono prove abbastanza convincenti rispetto agli interventi nei luoghi di lavoro sulla cessazione del fumo e sulla significativa influenza degli interventi anche nei comportamenti extralavorativi, con positivi effetti sia sulla famiglia sia sugli amici.
Alla luce di queste considerazioni l'Azienda Sanitaria Locale di Brescia ha ritenuto importante indagare atteggiamenti e comportamenti dei giovani tra i 18 e i 24 anni, appartenenti al mondo del lavoro per comprendere i fattori di salute e gli eventuali comportamenti a rischio e individuare ed attuare, sulla scorta dei dati emersi, gli interventi di promozione e mantenimento della salute.
Nel corso del 2010 si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha visto la partecipazione di diverse figure professionali: psicologo, esperti nell'area della promozione della salute e dell'area antropo-sociologica e la partecipazione dell'Associazione Industriale Bresciana (AIB) e delle Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL che hanno condiviso il Progetto ed hanno favorito l'adesione alla ricerca da parte delle aziende e dei lavoratori.
La ricerca ha analizzato le opinioni ed i comportamenti di 415 giovani dipendenti di 19 aziende e frequentanti due Centri di Formazione Professionale.

2.5 Centri per il trattamento del tabagismo

Come previsto dal Piano 2010, l'ASL di Brescia ha investito nel potenziamento delle offerte di cura e sostegno ai fumatori per la disassuefazione. Sono stati attivati in capo al Dipartimento Dipendenze, in particolare al Servizio Alcologia, due Centri per il Trattamento del Tabagismo, presso la struttura del Nucleo Operativo Alcologia di Brescia e di Leno.
Sono stati individuati i NOA nello sviluppo di attività volte al trattamento dei tabagisti in relazione al fatto che le evidenze in tal senso depongono per l'efficacia di terapie di gruppo e dell'approccio cognitivo-comportamentale, particolarmente sviluppati anche nel trattamento di alcolisti.
Gli operatori delle due sedi hanno attivato, contemporaneamente alla partecipazione ad un percorso formativo, la sperimentazione di quanto appreso con gruppi di pazienti che, portata a termine la terapia per l'alcoldipendenza, hanno manifestato il desiderio di interrompere anche l'uso di fumo di tabacco.

3.PIANO AZIENDALE DI PREVENZIONE DELL'INCIDENTALITÀ

3.1 Incidenti domestici nei bambini

Sono proseguite le iniziative di prevenzione rivolte alle due fasce d'età più colpite dagli incidenti domestici: bambini da 0 a 4 anni e persone over 65 anni.
Gli interventi per l'area pediatrica hanno coinvolto le sedi vaccinali e consultoriali con incontri di sensibilizzazione con i genitori all'interno di attività già strutturate quali il terzo richiamo vaccinale, gli incontri per il sostegno all'allattamento al seno e gli incontri con i neogenitori. Anche durante le visite domiciliari ai nuovi nati, gli operatori han-

no sollecitato l'attenzione dei genitori alle fasi della crescita e all'acquisizione di nuove abilità del bambino che possono costituire una fonte di rischio per eventi accidentali.
Il progetto è stato condiviso anche con i referenti di 28 nidi d'infanzia ed ha consentito l'attivazione di specifici percorsi sia con i bambini attraverso il gioco e la narrazione, sia con gli educatori e i genitori che attraverso l'utilizzo di DVD e opuscoli prodotti dall'ASL hanno potuto riflettere e trovare adeguate soluzioni ai rischi dell'ambiente domestico.

3.2 Incidenti domestici negli anziani

La prevenzione degli incidenti domestici è uno degli obiettivi dell'ASL di Brescia di promozione della salute nei confronti delle persone anziane.
Ogni Direzione Gestionale si è attivata sul proprio territorio per creare alleanze e sinergie con altri partner o soggetti interessati a lavorare sul tema, dall'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune, alle Associazioni Anziani del territorio, ai Dirigenti delle Scuole Primarie, ai Medici di Medicina Generale. Questo ha permesso di sviluppare una rete territoriale per rispondere a un obiettivo comune a tutte le Istituzioni.
Come previsto dal Piano integrato Locale 2010, le Direzioni Gestionali Distrettuali hanno attivato iniziative differenziate in base alle caratteristiche del proprio contesto locale che si sono sviluppate in percorsi informativi e in percorsi di formazione per volontari e care giver.
In particolare è stata realizzata un'indagine attraverso interviste strutturate da parte di volontari per acquisire informazioni utili per la progettazione di interventi di prevenzione raggiungendo 421 anziani ultra 75enni. Interessante la collaborazione con le volontarie di un'Associazione a target femminile per la realizzazione di un percorso formativo rivolto alle donne dai 57 ai 72 anni. La scelta di indirizzarsi in particolare alle donne è stata determinata dall'analisi dei dati dai quali è emerso che le donne rappresentano, più degli uomini, il gruppo maggiormente soggetto ad incidente domestico e che, per consuetudine e cultura, sono maggiormente deputate all'assistenza dei propri familiari.

4. SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE

Nel dicembre 2010, l'ASL di Brescia, la Provincia di Brescia e il Centro di Formazione Professionale Zanardelli di Brescia hanno siglato un protocollo di intesa per l'attuazione del progetto "Scuole che promuovono salute".
La scelta di avviare questo progetto nasce dalla consapevolezza di dare inizio, attraverso una fase sperimentale, ad un processo di cambiamento nelle modalità di lavoro con le scuole sul tema della promozione della salute.
Questo approccio è sostenuto dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia e dall'Ufficio Scolastico Regionale, che hanno avviato nel 2010 il Progetto regionale "Rete Lombarda delle Scuole che Promuovono salute".
L'iniziativa intende sottolineare che è in atto un processo di riorientamento delle attività classicamente denominate "di educazione alla salute" avvenuto all'interno dei servizi sanitari e socio-sanitari e di una accresciuta consapevolezza da parte del mondo della scuola non solo di sviluppare gli apprendimenti degli alunni, ma di contribuire al benessere della popolazione.

5. ALCOL, SOSTANZE STUPEFACENTI E LUOGHI DI LAVORO

I rischi per la salute legati all'abuso di alcol e all'uso di sostanze stupefacenti sono tanto più importanti se si considerano gli ambienti di lavoro come luoghi di aggregazione, in cui il pericolo può estendersi a molte persone.
Negli ambienti di lavoro, dove le condizioni psico-fisiche dei lavoratori sono il presupposto fondamentale per garantire la propria sicurezza e quella degli altri, sia l'assunzione di bevande alcoliche che il consumo di sostanze stupefacenti sono tra i fattori che influenzano negativamente il comportamento dei lavoratori, creando situazioni di forte rischio e condizionando il benessere durante le ore lavorative.
Per questo motivo il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) con la collaborazione del Dipartimento Dipendenze, continuando l'attività iniziata nel 2009, ha elaborato e pubblicato nel 2010 un opuscolo informativo per i lavoratori di piccole e medie imprese.
Durante il 2010 sono stati realizzati momenti formativi specifici rivolti agli operatori PSAL e alle diverse figure della prevenzione in cui si è sperimentata una lista da utilizzare per la verifica dell'applicazione della normativa che potrà essere messa a disposizione anche di aziende per una autovalutazione.

SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE

L'attività di prevenzione delle malattie infettive ad andamento epidemico ha consentito di ottenerne nel tempo una progressiva diminuzione; si è assistito inoltre al passaggio di alcune infezioni acute trasmissibili a situazioni croniche, che colpiscono sostanzialmente soggetti in condizioni di rischio o che hanno comportamenti individuali particolari.

1. MALATTIE ESANTEMATICHE DELL'INFANZIA

Le azioni preventive finalizzate alla sorveglianza, al controllo e, ove possibile, alla riduzione delle malattie infettive hanno diminuito l'impatto di quasi tutte le epidemie esantematiche dell'infanzia, dovute a malattie come la Pertosse, la Parotite epidemica ("orecchioni"), la Rosolia ed il Morbillo (Tab.1).

Restano ancora da affrontare le diffuse situazioni epidemiche legate alla Scarlattina di cui non si dispone di un vaccino ed alla Varicella per la quale si dispone del vaccino ma che, a causa delle sue caratteristiche epidemiologiche, richiede lo studio di strategie in corso di definizione a livello regionale (andamento visibile nella Fig. 1).
Verso la fine del 2010 si sono avuti focolai di Morbillo in

Figura 1 - Principali malattie infettive tipiche dell'infanzia

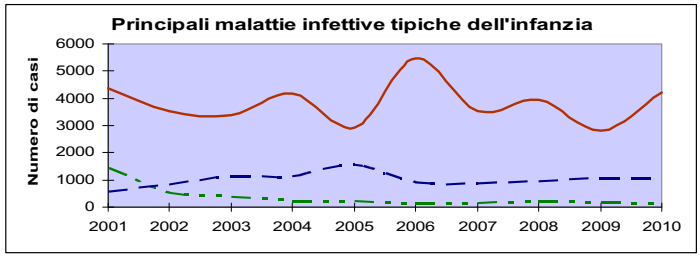
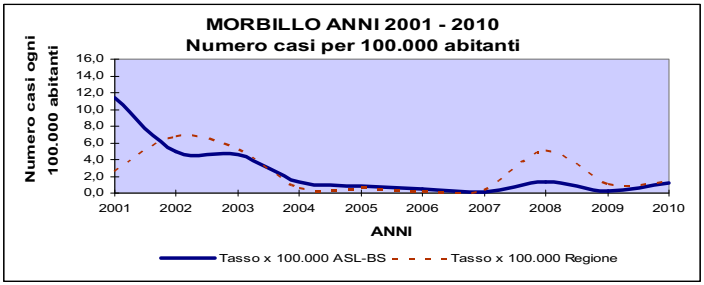


Tabella 1. Principali malattie infettive tipiche dell'infanzia

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Varicella	4364	3527	3387	4175	2918	5456	3523	3945	2810	4225
Scarlattina	568	841	1136	1157	1550	904	884	933	1070	1071
Parotite epidemica	1106	290	197	142	152	83	61	70	92	48
Mononucleosi infettiva	70	48	41	41	43	42	51	85	82	78
Morbillo	127	56	51	15	10	11	6	43	3	19
Pertosse	55	37	27	16	9	12	25	11	5	2
Rosolia	74	96	60	20	13	9	16	20	13	5
TOTALI	6364	4895	4899	5566	4695	6517	4566	5107	4075	5448

giovani adulti suscettibili alla malattia ai quali nell'infanzia non era stata ancora offerta diffusamente la vaccinazione. (Fig.2)

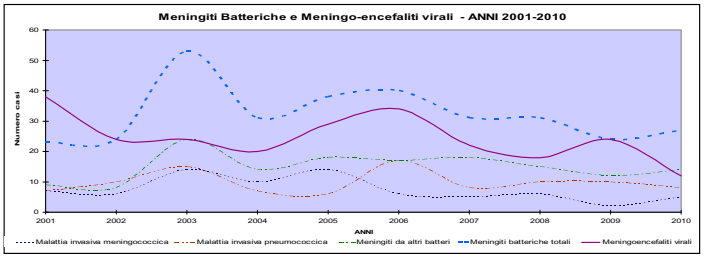
Figura 2 – Morbillo anni 2001-2010



2. MENINGITI BATTERICHE E MENINGO-ENCEFALITI VIRALI

Anche nel 2010 queste malattie non hanno destato particolare preoccupazione nell'ASL di Brescia. Il numero di casi segnalati di sepsi e meningiti batteriche si è mantenuto nella media delle segnalazioni degli anni precedenti registrando 5 casi da meningococco, 8 casi da pneumococco e 14 casi dovuti ad altri batteri (Fig. 3).
Come consuetudine i casi di meningite da meningococco non si sono presentati in modo costante nel corso di tutto l'anno, ma si sono concentrati in modo tipico nei mesi più freddi, favoriti dal fatto che le persone in questi periodi freddi frequentano più spesso locali sovraffollati e con scarsi ricambi d'aria, dove è più probabile il contagio diretto della malattia. Il meningococco, infatti, è spesso presente nel naso e nella gola di portatori sani (dal 2 al 30% della popolazione) e non sa sopravvivere all'esterno dell'organismo umano.

Figura 3 – Meningiti batteriche e Meningo-encefaliti virali – anni 2001-2010



3. MALATTIA TUBERCOLARE

Il sistema di sorveglianza dei casi di TBC polmonare o extrapolmonare prevede la segnalazione di malattia tubercolare con conseguenti accertamenti preventivi sui contatti stretti dei casi diagnosticati di malattia. Nell'ultimo decennio ad essere colpiti dalla malattia sono soprattutto soggetti in particolari condizioni di rischio come gli immigrati che, acquisita l'infezione tubercolare nei Paesi di origine, si trovano poi in Italia in condizioni socio-abitative precarie.
Infatti dall'analisi dei dati registrati nel 2010, confrontati con quelli degli anni precedenti, risulta evidente come i casi segnalati di TBC, sia polmonare che extrapolmonare, si mantengono su valori costanti di circa 10-15 casi ogni 100.000 abitanti, con i casi di malattia polmonare che si mantengono sotto i 10 casi ogni 100.000 abitanti, limite che l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera per indicare le nazioni a bassa incidenza di tubercolosi. (Tab.2).

Tabella 2 - Casi di malattia tubercolare per anno di inizio dei sintomi e quadro clinico

ANNI	Casi Totali	Polmonare	Extrapolmonare	Casi polmonari per 100.000 Ab.
2001	133	82	51	7,3
2004	162	102	60	8,8
2007	143	78	65	7,0
2010	134	79	55	7,1

Continua a modificarsi, invece, la distribuzione della TBC tra la popolazione residente. I casi tra gli italiani sono in calo mentre quelli tra gli stranieri crescono. (Tab. 3).

Tabella 3 - Casi di malattia tubercolare per anno di inizio sintomi e provenienza

ANNI	Casi Totali	Italiani	Stranieri	% Stranieri
2001	133	66	67	50,4%
2004	162	51	111	68,5%
2007	143	41	102	71,3%
2010	134	34	100	75,2%

Anche l'età di insorgenza della malattia dimostra che la malattia è riconducibile a due distinti fenomeni. La probabilità di avere la malattia tubercolare, infatti, aumenta

quando si è contratta l'infezione in età giovanile. Per questo tra gli italiani è in costante calo e colpisce di più gli anziani, infettati dalla TBC da bambini quando il batterio era diffuso in Italia, mentre gli attuali adulti italiani sono cresciuti quando la malattia non era più diffusa in Italia e possono contrarre solo l'infezione.
Negli stranieri invece, il fenomeno si è presentato in modo molto diverso. I casi di malattia si manifestano di più in soggetti cresciuti in ambienti in cui l'infezione tubercolare è diffusissima e le condizioni socio-sanitarie sono assolutamente precarie. Gli stranieri si ammalano di TBC in Italia più da giovani, come nei loro Paesi di origine.

4. MALATTIE A TRASMISSIONE ALIMENTARE

Le segnalazioni di malattie trasmesse da alimenti hanno subito da alcuni anni un aumento considerevole, passando dai 450 a 700 segnalazioni l'anno (Tab. 4).

Tabella 4 - Malattie trasmesse da alimenti

ANNI	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Salmonellosi non tifoidee	460	307	381	340	292	337	320	321	390	267
Diarrea infettiva	41	33	43	39	104	93	210	282	274	309
Infezioni, Tossinfez. e intoss. alim.	0	0	0	1	0	5	30	32	247	51
Giardiasi	3	2	7	1	8	5	10	7	5	3
Shigellosi	0	0	0	0	0	1	2	10	3	6
Brucellosi	2	1	1	1	2	0	2	0	0	0
Listeriosi	1	2	1	0	0	2	2	4	2	4
Febbre tifoide	1	3	3	3	4	6	17	5	5	0
Epatite E	0	0	0	0	0	2	2	3	2	1
Epatite A	36	26	59	34	19	33	16	32	58	31
TOTALI	544	374	495	419	429	484	611	696	986	672

Questo risultato è dovuto agli sforzi di indagine focalizzati su queste patologie.
Le classiche diarree batteriche da Salmonella sono costanti, mentre sono in netto aumento quelle da Clostridi, tipiche degli anziani ricoverati in ambienti sanitari. Sono invece in calo le diarree da Campylobacter, tipiche della prima infanzia (Tab. 5).

Tabella 5 - Agenti specifici isolati in sindromi diarroiche trasmesse da alimenti				
ANNI	2007	2008	2009	2010
Clostridi	102	141	162	217
Campylobacter	106	101	75	65
Salmonelle non tifoidee	320	321	390	267
Shigelle	2	10	4	8
Enterobatteri diversi da Salmonelle e Shigelle	9	14	4	21
Giardia Lamblia	10	7	5	3
Norovirus	2	11	225	3
Rotavirus	2	4	5	6
Altri virus	1	8	23	2
Eziologia non nota	18	35	27	46
TOTALI	572	652	920	638

5. EPATITI VIRALI A TRASMISSIONE NON ALIMENTARE

Le Epatiti virali a trasmissione parenterale e sessuale sono in costante calo grazie alle campagne di vaccinazione attuate. Anche le Epatiti da virus di tipo diverso da A e B (in primis virus C per il quale non si ha ancora il vaccino), hanno avuto un importante calo che va attribuito agli sforzi di educazione sanitaria fatti per prevenire queste patologie (Tab. 6).

Tabella 6 - Epatiti virali a trasmissione non alimentare										
ANNI	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Epatite B	30	29	26	28	24	15	24	24	24	9
Epatite C	0	0	0	0	0	4	6	5	3	2
Epatite D	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Epatite Non A Non B	16	16	8	6	3	0	0	0	0	0
TOTALI	46	45	34	34	27	19	31	29	28	11

6. MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Le malattie dovute ad infezioni trasmesse per via sessuale hanno fatto registrare negli ultimi 10 anni un calo: dalle 128 segnalazioni del 2001 alle 99 segnalazioni del 2010 (Tab. 7). Tale fenomeno è da attribuire principalmente ad un calo delle segnalazioni per AIDS.

Tabella 7 – Malattie a trasmissione per via sessuale										
ANNI	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
AIDS	92	80	80	85	82	38	47	41	47	42
Blenorragia	15	10	17	27	38	10	18	24	18	21
Chlamidia genitale	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Infezione Erpetica	0	0	5	1	0	1	0	0	0	3
Sifilide	21	36	36	32	37	17	41	28	44	30
TOTALI	128	126	138	145	157	66	107	94	110	99

Dagli anni novanta, i nuovi casi di AIDS sono in diminuzione e la sopravvivenza dei sieropositivi al virus HIV si è allungata. La malattia, grazie alle nuove terapie dà origine spesso a situazioni sanitarie di cronicità mentre stanno aumentando i soggetti sieropositivi all'HIV, anche perchè più della metà di loro scopre di avere contratto il virus HIV solo quando gli viene diagnosticato l'AIDS conclamato.
Tutti questi dati suggeriscono un rischio di trasmissione diffuso, correlato al numero di persone con HIV in età sessualmente attiva che non sa di essere sieropositivo all'HIV. In effetti, diversamente dal passato, i nuovi casi di AIDS si hanno di più tra gli eterosessuali e gli omosessuali che tra i tossicodipendenti.

LA TUTELA DEL LAVORATORE

Il 2010 ha rappresentato anche per il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) dell'ASL di Brescia l'anno conclusivo del "Piano Integrato delle Attività di Prevenzione e Controllo" iniziato nel 2008, con il quale la Regione Lombardia chiedeva per la prima volta alle singole ASL di programmare le attività di prevenzione e controllo in modo da poterne verificare i risultati, non solo in termini di efficienza ma anche di "guadagno di salute" per i lavoratori. Tra i principali risultati da raggiungere è stata posta la massima attenzione all'obiettivo di riduzione del 15% della incidenza complessiva degli infortuni denunciati per raggiungere, entro il 2012, la riduzione del 25% proposta dall'Unione Europea.
Il 2010 ha rappresentato il primo anno di utilizzo corrente del data-base Impres@ pertanto, se per il futuro lo strumento costituirà la base per il miglioramento continuo delle attività di controllo, attualmente i confronti con gli anni precedenti sono possibili solo per alcuni parametri.
La ricerca di una integrazione delle attività con gli altri Enti preposti alla vigilanza e controllo è stata il punto fisso della attività programmata anche per il 2010: in particolare è proseguita l'attività di vigilanza congiunta con la Direzione Provinciale del Lavoro, l'INAIL e l'INPS nel settore delle costruzioni. Il coinvolgimento delle associazioni datoriali, delle organizzazioni sindacali e del Comitato Paritetico dell'edilizia, ha rappresentato un momento importante soprattutto per le attività di informazione degli attori della prevenzione. In particolare la collaborazione con il Comitato Paritetico dell'Edilizia ha posto le basi per sperimentare nel 2011 una modalità di scambio di informazioni funzionale ad una più efficiente applicazione del Piano Nazionale Edilizia.

1. ATTIVITÀ DI CONTROLLO NEI LUOGHI DI LAVORO

Nel corso del 2010 sono stati svolti 11.554 controlli, sia di tipo ispettivo che documentale, che hanno interessato 5.203 strutture/attività economiche, pari al 5,9% delle imprese attive (Fonte Infocamere), di cui 2.964 mediante accesso diretto, con un incremento del 9% rispetto al 2009 (2.718).
Come previsto dal mandato Regionale e dalla programmazione locale, i controlli svolti sono stati indirizzati per l'82,7% ad aziende classificate con elevato livello di rischio per i lavoratori, sia in relazione alla frequenza infortunistica che all'insorgenza di malattie lavoro correlate.
Il 40% dei controlli è stato svolto su aziende del settore delle costruzioni, di cui 1.668 nei cantieri, in aumento del 14,6% rispetto al 2009 (1.455). Il 31% dei controlli ha interessato l'industria dei metalli ed il 9% le aziende agricole.
Complessivamente per 2.869 (55%) delle 5.203 strutture/attività economiche oggetto di verifiche, i controlli hanno avuto in almeno una occasione un esito "non favorevole" ossia sono state evidenziate criticità nella gestione della salute e sicurezza e/o sono stati assunti provvedimenti.

La percentuale di esiti "non favorevoli" non si è distribuita in modo omogeneo nei diversi settori, interessando nel 29,6% l'agricoltura, nel 27,4% l'edilizia e nel 49% l'industria dei metalli. Per quanto attiene il motivo che ha condotto al controllo delle imprese, il 21,1% ha riguardato verifiche condotte a seguito di infortuni gravi o Malattie Lavoro Correlate, mentre il 23,5% dei controlli è stato condotto sulla base della programmazione effettuata all'inizio dell'anno, in aumento rispetto al 2009 (21,9%).
I controlli condotti nei cantieri edili hanno coinvolto 2.099

imprese del settore, pari al 10,6% del totale (Fonte Info-Camere). Per il 22,1% delle aziende edili sono state emanate prescrizioni per violazioni della normativa. In alcuni cantieri, inoltre, le verifiche hanno visto coinvolto anche il personale sanitario dello PSAL al fine di svolgere controlli sulla attività del medico competente e sulla applicazione della normativa sui rischi conseguenti all'uso di sostanze stupefacenti e alcol nei luoghi di lavoro.
Nel corso del 2010 si è intensificata l'attività di vigilanza nei cantieri non solo sugli aspetti strutturali ma anche sugli aspetti organizzativi e sulla attività dei coordinatori (che hanno l'onere di predisporre le misure di sicurezza nello specifico cantiere e verificarne l'applicazione), per innescare un "effetto alone" che porti ad un miglioramento della sicurezza in più cantieri. Il numero delle inadempienze rilevate a carico dei coordinatori si sono sostanzialmente raddoppiate rispetto al 2009.

1.1 Infortuni sul lavoro

Anche nell'ASL di Brescia il bilancio per la verifica del raggiungimento dell'obiettivo strategico della riduzione del 15% degli infortuni sul lavoro denunciati, evidenzia una sostanziale riduzione del numero assoluto e della frequenza degli infortuni denunciati a partire dal 2003, più marcata negli anni 2008-2009 (Tab. 1). La riduzione della frequenza infortunistica, calcolata in relazione agli occupati stimati dall'INAIL, non tiene tuttavia conto della riduzione delle ore lavorate quale conseguenza della crisi economica. La ricerca di dati sulle ore lavorate, anche attraverso l'ISTAT, non ha consentito di trovare indicatori locali per valutare la effettiva entità della riduzione della attività lavorativa e correggere gli indici infortunistici. Al fine di effettuare una valutazione dell'effetto del calo delle ore lavorate, sono stati acquisiti i dati del pagamento della Cassa Integrazione (CIG) totale da parte dell'INPS. L'analisi dei grafici mostra che i volumi della Cassa Integrazione nel periodo 2005-2008 erano sostanzialmente sovrapponibili, l'aumento risulta invece dell'ordine di circa 10 volte nel 2009 e di 20 volte nel 2010. Tali dati confermano da una parte che il trend in discesa della frequenza infortunistica, osservato a partire dal 2003, e presente in modo più evidente anche nel 2008 rispetto al 2007, non sia stato verosimilmente influenzato in quel periodo da una riduzione delle ore lavorate, dall'altra che l'effetto della riduzione delle ore lavorate comporta una evidente sovrastima della variazione di frequenza infortunistica per il periodo successivo. (Fig. 1)

Figura 1- Frequenza infortunistica 2003/2009 – Confronto ASL Brescia – Regione Lombardia (Fonte INAIL –Epiwork 2011)

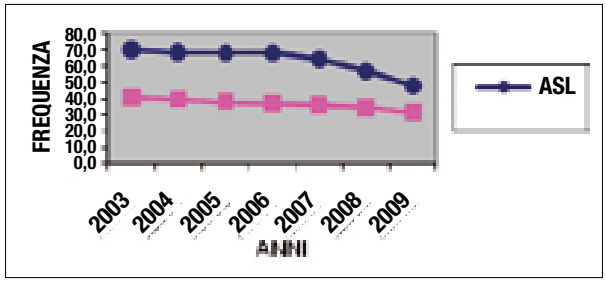


Tabella 1- Frequenza infortuni denunciati all'INAIL (Fonte: INAIL-Epiwork 2011)

ASL di Brescia		Industria, Servizi Agricoltura e Dipendenti Conto Stato						
		ANNO						
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ASL	infortuni denunciati all'INAIL	26764	25843	25480	25740	24845	23019	19295
	OCCUPATI totali (Fonte Epiwork 2010)	382.379	378.151	374.209	378.195	386.621	403.976	371.186
	frequenza	70,0	68,3	68,1	68,1	64,3	57,0	51,9
	Variazione freq. % su anno precedente		-2,4	-0,4	0,0	-5,6	-11,3	-8,9
	variazione freq.% sul 2006							-23,8
REGIONE	frequenza	40,7	39,5	37,9	37,0	36,1	34,4	31,2
	Variazione freq. % su anno precedente		-2,9	-3,9	-2,5	-2,3	-4,9	-9,2

La variazione della frequenza infortunistica nel 2009 rispetto al 2006 è del 23,8%, verosimilmente sovrastimata per l'effetto della crisi; tuttavia va osservato che se si fosse mantenuta la medesima percentuale di riduzione del 2007 rispetto al 2006 (-5,6%), nel 2009 l'obiettivo della riduzione del 15% risulterebbe comunque raggiunto.

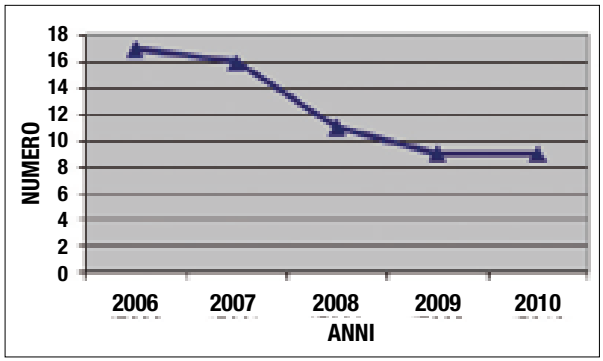
L' ASL di Brescia svolge da molti anni un numero considerevole di inchieste infortuni e per questo motivo si è dotata, fin dal 2001, di un archivio informatico per la loro registrazione, denominato INFOPRO. Nell'archivio ASL vengono pertanto inseriti tutti i referti per infortuni procedibili (ossia "gravi") che pervengono al Servizio PSAL. Come emerge dal confronto (Tab. 2) la quasi totalità degli infortuni gravi che vengono riconosciuti dall'INAIL è stata notificata anche alla ASL. Come per gli infortuni denunciati, anche la frequenza degli infortuni gravi appare in riduzione, seppur in modo meno evidente, fin dall'anno 2007, mentre il calo del numero degli infortuni gravi nel 2010 risulta certamente sovrastimato per effetto della crisi economica e della conseguente riduzione delle ore lavorate.

Tabella 2 - Frequenza infortunistica per infortuni Gravi (Fonte: INAIL- Epiwork 2011 e INFOPRO ASL 2010)

ASL di Brescia	ANNI				
	2006	2007	2008	2009	2010
infortuni "GRAVI" (Fonte INAIL Epiwork solo industria e servizi)	2377	2406	2303	1811	nd
infortuni "GRAVI" (Fonte IINFOPRO- ASL tutti i settori)	2261	1990	1933	1749	1073
OCCUPATI totali (Fonte Epiwork)	378195	386621	403976	371185	nd
frequenza Infortuni GRAVI (*1000) (Fonte eventi INAIL)	6,3	6,2	5,7	4,9	
frequenza Infortuni GRAVI (*1000) (Fonte eventi ASL)	6,0	5,1	4,8	4,7	
Variazione freq. % su anno precedente (Fonte INAIL)		-1,0	-8,4	-14,4	

L'analisi degli infortuni mortali è stata condotta sulla base delle informazioni raccolte attraverso il Registro Regionale, istituito presso la Direzione Generale Sanità ed alimentato dai dati provenienti dalle ASL, che comprende pertanto solo gli eventi fatali accaduti in occasione di lavoro in Lombardia (sono esclusi gli infortuni stradali ed in itinere). Il grafico mostra, a partire dal 2006, un calo costante degli eventi mortali che negli ultimi due anni nella nostra ASL sono stati complessivamente inferiori alla decina. (Fig.2).

Figura 2 - Andamento infortuni mortali nella ASL (Fonte Registro ASL)



Per quanto attiene i settori di accadimento, nel 2010 si sono verificati 2 infortuni mortali in agricoltura, come nel 2009, e 4 in edilizia, a fronte di zero eventi nel 2008 e 1 evento nel 2009. Il dato conferma che il settore delle costruzioni permane quello su cui mantenere costantemente i controlli, anche attivando sinergie con tutti gli Enti preposti e con i Comitati Paritetici, continuando ad affiancare alle attività di controllo le iniziative di promozione di buone pratiche, come già in atto da alcuni anni.

2.MALATTIE CORRELATE AL LAVORO

Nell'ASL di Brescia si è assistito nell'ultimo decennio ad un progressivo decremento dei referti di Malattie Lavoro Correlate (MLC) pervenuti, pur in presenza di un contemporaneo incremento a livello nazionale di alcune malattie

da lavoro segnalato all'INAIL, in particolare per quanto riguarda le malattie muscolo-scheletriche degli arti superiori e i tumori. Tale tendenza appare tuttavia modificata nel corso dell'ultimo biennio; si è osservato infatti nel 2010, rispetto al 2009, un incremento delle segnalazioni del numero di Malattie Lavoro Correlate per le donne.(Tab. 3).

Tabella 3 - Referti di malattia lavoro correlata pervenuti al Servizio PSAL dell'ASL di Brescia dal 2008 al 2010.

	2008	2009	2010
maschi	668	620	509
femmine	151	157	276
totale	819	777	785

Nell'anno 2008 le Malattie Lavoro Correlate erano rappresentate dalle ipoacusie da rumore, in linea con quanto osservato nel decennio precedente, pure se in costante diminuzione.
Il dato rappresenta una reale diminuzione di questa patologia tra i lavoratori e un effettivo "guadagno di salute" direttamente derivante dalle misure di prevenzione e protezione.
Pur non trascurando che nell'ultimo decennio il numero di esposti a rumore nelle industrie locali, prevalentemente metallurgiche e metalmeccaniche, si è contratto nel contesto di una trasformazione degli assetti produttivi, i dati raccolti consentono di ritenere realistica la minor incidenza delle ipoacusie da rumore sull'insieme dei lavoratori nell'area della manifattura.
Si è visto infatti che il numero dei casi segnalati sono passati da 1.369 nel 2000 a 208 nel 2010, testimoniando la diffusa riduzione della esposizione dei lavoratori, resa possibile sia dalla introduzione di misure tecniche di contenimento del rumore sia da una maggiore protezione individuale dei lavoratori. Tutto questo grazie alla emanazione agli inizi degli anni novanta di una normativa specifica (D. Lgs 277/1991), alla successiva intensificazione della vigilanza sulla sua applicazione, al generale miglioramento delle condizioni di igiene del lavoro.
I referti di malattie lavoro correlate giunti al Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro nel triennio 2008-2010 confermano la sostanziale stabilità dei casi di tumore e di malattie della pelle, la riduzione delle malattie dell'apparato respiratorio e il tendenziale incremento delle patologie da sovraccarico biomeccanico della colonna vertebrale.
Tuttavia, l'elemento più evidente è che nel 2010, per la prima volta in provincia di Brescia, le ipoacusie da rumore non rappresentano più la prima voce cedendo il primato alle malattie muscolo-scheletriche da movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori (UL-WMSDs), che sono più che raddoppiate rispetto al 2008 e 2009 (Tab. 4).

Tabella 4 - Referti delle malattie lavoro correlate pervenuti in maggior numero (2008-2010)

Malattie lavoro correlate	2008	2009	2010
Sordità da rumore	451	281	208
Patologie muscolo-scheletriche arti superiori	128	117	309
Tumori maligni	86	79	82
Patologie degenerative colonna vertebrale	56	85	77
Pneumoconiosi, asma bronchiale, bronchite cronica	36	29	24
Dermatiti irritative ed allergiche da contatto	20	38	42

Questo rilevante incremento dei casi segnalati non è da correlare direttamente a un proporzionale aumento del rischio lavorativo e/o del numero degli esposti, pur se non escludibile in ragione della intensificazione dei ritmi lavorativi richiesta per far fronte alla diffusa e più stringente competitività.
L'aumento dei casi segnalati è in via principale da interpretare come un risultato conseguito dall'ASL di Brescia nell'ambito delle attività promosse per raggiungere l'obiettivo della "emersione" delle patologie da lavoro che, generalmente, si ritiene non originate da rischi lavorativi.
Questo obiettivo, che rappresenta anche un preciso "mandato" di Regione Lombardia in tema di prevenzione e rilevamento delle Malattie Lavoro Correlate, è stato conseguito grazie a uno specifico programma di lavoro svolto nel 2009-2010 che ha riguardato la sollecitazione, da parte di medici competenti aziendali, di un gruppo di 30 imprese ad effettuare accertamenti sanitari mirati sui lavoratori esposti a rischio, e l'individuazione di cittadini operati per sindrome del tunnel carpale per conoscere la loro attività lavorativa e valutare quanto la stessa potesse rappresentare un rischio professionale.
Questo sforzo conoscitivo ha permesso di raddoppiare i casi di "tendinite" degli arti superiori e di triplicare i casi di sindrome del tunnel carpale segnalati nel 2010 rispetto al 2009; il lavoro si è tradotto inoltre nella denuncia all'INAIL della gran parte dei casi osservati e spiega il fatto che nel Registro delle Malattie Professionali della Regione Lombardia il maggior numero di casi di malattie muscolo-scheletriche degli arti superiori giunga dalla ASL di Brescia.
Va infine sottolineato che l'attività svolta per una maggiore e migliore conoscenza di queste patologie lavoro-correlate è principalmente finalizzata alla loro prevenzione, in un contesto normativo nuovo (D.Lgs 81/2008) dove viene dato grande rilievo al rispetto dei principi di ergonomia.
Analogamente a quanto accaduto in tema di esposizione a rumore industriale, un "guadagno di salute" potrà essere raggiunto nei prossimi anni intensificando la promozione della adozione di "buone prassi" da parte dei datori di lavoro, attraverso una più diffusa e capillare informazione sul rischio e una maggiore vigilanza sul rispetto delle norme di prevenzione.
A differenza del rischio da rumore industriale, ogni progetto di prevenzione del rischio da movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori non potrà non considerare da un lato la sua maggiore diffusione nel mondo del lavoro e dall'altro le intrinseche difficoltà a realizzare misure di prevenzione collettiva e di protezione individuale.

3.PROMOZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA

Le attività di promozione della sicurezza e della salute si sono sviluppate nel 2010 sia proseguendo gli interventi consolidati, sia sperimentando modalità innovative come nel progetto rivolto ai lavoratori immigrati e nel progetto "Alcol, sostanze stupefacenti e lavoro". Prima di tutto va sottolineata l'attività di assistenza "informale" svolta da tutti gli operatori del Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, che si trovano a dare risposte alle centinaia di quesiti sulla complessa normativa vigente, proposti da parte di tutti gli attori della prevenzione, da singoli lavoratori o semplici cittadini. Nel corso del 2010 gli operatori del Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro hanno partecipato al "Progetto Scuole", in collaborazione con INAIL, Direzione Provinciale del Lavoro e INPS, avente l'obiettivo di promuovere la cultura della sicurezza nelle scuole superiori, e che ha coinvolto quasi 2000 studenti.
E' stato inoltre realizzato un progetto rivolto alle aziende con lavoratori stranieri che riguardava la predisposizione di uno strumento per tener conto della provenienza da altri Paesi all'interno del processo di valutazione dei rischi, come richiesto dal Dlgs 81/08. Lo strumento è stato condiviso con AIB e le Organizzazioni Sindacali CGIL CISL e UIL e sperimentato in 7 aziende, coinvolgendo 276 lavoratori di cui la metà stranieri.

LA PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI VITA

La vigilanza sugli ambienti di vita ha la finalità sia di ottenere l'oggettivo miglioramento delle condizioni all'interno degli ambienti nei quali si svolge la vita di ognuno sia di promuovere contemporaneamente la cultura della conservazione della salute personale e collettiva, con un guadagno in termini di salute del singolo, valutabili però solo nel lungo periodo.
La strategia per conseguire questi obiettivi consta nella stima in termini sanitari delle condizioni degli ambienti nei quali si svolge la vita di ognuno sia in situazioni di normalità (casa, scuola, luoghi di ricreazione, quali alberghi, centri benessere, di cura dell'estetica, o di pratica delle attività sportive) che in condizioni particolari di fragilità (ospedali, ambulatori medici, case di riposo, asili nido).
Tale stima si basa sul confronto delle reali condizioni con i requisiti stabiliti dalle norme e porta all'applicazione degli strumenti di miglioramento previsti dalla norma stessa (prescrizioni, ordinanze, etc.).
Le attività censite sul territorio e che rientrano nelle categorie soggette alla vigilanza sono 9898, tra cui: 843 alberghi, 960 scuole, 697 palestre, 3013 attività di estetica e di acconciatori, 361 piscine aperte al pubblico, 1619 ambulatori medici, 410 ambulanze.
Per esercitare i controlli previsti dalla norma è indispensabile che, a fronte di numeri così alti e delle forze disponibili, comunque limitate, si operi una selezione basata sul livello di rischio che ognuna di queste categorie in generale ed ognuna delle attività ricomprese nelle categorie in particolare può rappresentare.
Il rischio, suddiviso in 4 livelli (da 4, il più basso, fino ad 1, il più alto) determina, numero, frequenza e tipologia dei controlli eseguiti dal personale ispettivo, a ciò addestrato.

Nel corso del 2010 i controlli effettuati sono stati 2314 a fronte dei 1675 dell'anno precedente a seguito anche di una maggiore definizione del rischio delle diverse attività considerate, con la consapevolezza che il miglioramento della qualità e dell'incisività degli interventi tuteli indirettamente in maniera più efficace la salute dei cittadini e dei consumatori.
Nella logica appena esposta, la formazione costituisce un momento imprescindibile d'investimento preliminare all'esecuzione dei controlli, in quanto si possono approfondire tematiche d'interesse culturale ed operativo e si ottiene l'omogeneità delle indicazioni di vigilanza.

In accordo con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione Medico, si è così organizzato un corso di formazione, nel quale si sono affrontate le problematiche sanitarie connesse con l'igiene dell'abitazione, intendendo con questo termine sia le abitazioni in senso classico, sia le abitazioni temporanee che con sempre maggior frequenza si incontrano nella pratica quotidiana (case vacanze, alloggi per addetti ai cantieri di lungo termine, alloggi impropri, sfruttamento di spazi accessori).
Su due problematiche si è focalizzata l'attenzione dell'Igiene Pubblica con predisposizione di interventi mirati e cioè le intossicazioni da ossido di carbonio (CO) e la vigilanza sulle professioni sanitarie.
Per la prevenzione delle intossicazioni da CO si è partiti dai dati emersi in sede di ispezione periodica alla Camera Iperbarica dell'Istituto Clinico "Città di Brescia", unica in provincia, nella quale sono trattate tutte le intossicazioni gravi da CO.
Si è così potuto rilevare che la maggior parte di tali intossicazioni si verifica per utilizzo di sistemi impropri di riscaldamento (fiamme libere, di braceri, stufe etc. funzionanti entro ambienti con insufficiente ricambio di aria) e che un numero rilevante di intossicati è rappresentato da cittadini di paesi extracomunitari.
Per tale ragione, in collaborazione con la Provincia di Brescia, con il Comando Vigili del Fuoco, con il Comune di Brescia, con lo stesso Istituto Clinico "Città di Brescia" è stato predisposto un pieghevole multilingue.
Anche grazie a questa iniziativa ci si attende nei prossimi anni una diminuzione del numero di casi di intossicazione da CO ed in tal senso è stato avviato in collaborazione con la Direzione sanitaria dell'Istituto Clinico Città di Brescia un monitoraggio specifico dell'afflusso all'ossigenoterapia iperbarica.
Per la vigilanza sulle professioni sanitarie, attraverso una modifica del Regolamento Locale di Igiene, sono state fornite agli operatori le indicazioni nel merito di due importanti problematiche:

- l'individuazione delle professioni sanitarie così come stabilite dalla norma con la chiara definizione delle professioni riformate dal D.gsl. 502/92 e dalla legislazione specifica per ognuna
- l'individuazione della sfera di competenza dell'estetica e delle discipline collegate, nonché di altre figure non ancora ricomprese in uno specifico ambito normativo.

Anche in questo caso il guadagno in termini di salute è di difficile quantificazione e rimanda alle considerazioni di carattere generale esposte in premessa.

1. LA SICUREZZA ALIMENTARE E LA TUTELA DEL CONSUMATORE

La programmazione annuale dei controlli sanitari sulle "filiere" di produzione e commercializzazione di alimenti e bevande, finalizzati alla verifica della struttura e della conformità alla normativa comunitaria dei processi di lavorazione, è stata predisposta sulla base delle risorse disponibili (personale medico e tecnico assegnato), dei dati di contesto (numero e tipologie di attività presenti), dei livelli di rischio assegnati ad ogni impresa o gruppi di imprese presenti sul territorio, dei dati di attività dell'anno precedente.
E' stato innanzitutto preso in esame il numero delle attività alimentari, soggette a vigilanza, presenti al dicembre 2009 nell'archivio delle imprese delle Direzioni Gestionali Distrettuali dell'ASL (Tab.1).

Tabella 1 - Attività soggette a vigilanza

MACRO CATEGORIA	D.G.D.1	D.G.D.2	D.G.D.3	D.G.D.4	D.G.D.5	D.G.D.6	A.S.L.
Distribuzione all'ingrosso	91	136	33	70	70	69	469
Produttori e conf. che vendono preval. al dettaglio	91	253	106	290	401	270	1.411
Ristorazione pubblica	1.506	787	567	1.113	1.059	1.772	6.804
Distribuzione al dettaglio	590	544	227	497	613	573	3.044
Produttori e confezionatori	37	122	47	164	55	194	619
Ristorazione collettiva	263	218	106	184	211	256	1.238
totale generale	2.578	2.060	1.086	2.318	2.409	3.134	13.585

Ad ogni impresa è stato assegnato il "livello di rischio" tenendo conto delle caratteristiche dello stabilimento, della entità produttiva, delle caratteristiche dei prodotti, dello stato delle linee di produzione, dell'attuazione di un efficace autocontrollo e dei dati storici presenti in archivio (livello 1- rischio alto; livello 2- rischio medio alto; livello 3- rischio medio basso; livello 4- rischio basso).

1.1 Attività di vigilanza e controllo sulle imprese alimentari

Gli interventi di vigilanza e controllo hanno preso in esame i prerequisiti strutturali ed organizzativi, la rispondenza dei processi di lavorazione alla corretta prassi igienica, la verifica e valutazione del manuale di autocontrollo in dotazione ed i provvedimenti adottati (azioni correttive) a seguito di criticità/non conformità rilevate dall'Operatore del Settore Alimentare (OSA).

Nel corso del 2010 sono state controllate 5.034 attività che rappresentano il 37% delle imprese alimentari registrate, appartenenti alle seguenti classi di rischio:

- Classe di rischio 1 n° 807 imprese controllate (100%)
- Classe di rischio 2 e 3 n° 1.409 imprese controllate (74%)
- Classe di rischio 4 n° 2.818 imprese controllate (38%)

Come indicato dal Piano 2010 sono state ispezionate tutte le imprese inserite nella prima classe di rischio (rischio elevato) e le altre imprese secondo la frequenza dei controlli stabilita dal predetto Piano in rapporto alla classe di rischio di appartenenza. Per la loro diffusione sul territorio è stata privilegiata l'ispezione delle attività di produzione con vendita diretta al consumatore, della ristorazione pubblica (ristoranti - imprese agrituristiche ecc.) che costituisce un settore di particolare interesse per l'Unità Operativa Igiene Alimenti e Nutrizione vista la rilevante presenza nelle zone turistiche del lago di Garda e di Iseo. (Tab.2).

Tabella 2 - Piano ispezioni 2010

MACRO CATEGORIA	N° imprese registrate	N° imprese controllate		N° interventi	
Distribuzione all'ingrosso	469	170	36%	218	4%
Produttori e conf. che vendono preval. al dettaglio	1411	993	70%	1258	21%
Ristorazione pubblica	6804	2019	30%	2274	38%
Distribuzione al dettaglio	3044	1020	34%	1258	21%
Produttori e confezionatori	619	192	31%	225	4%
Ristorazione collettiva	1238	640	52%	702	12%
totale	13585	5034	37%	5935	

Nel corso dei controlli sono state accertate "non conformità" alla normativa comunitaria o nazionale in 2.286 imprese che rappresentano il 45% di quelle ispezionate; la maggiore criticità si rileva nel settore "Ristorazione pubblica" dove le imprese con "non conformità" rappresentano il 51 % di quelle verificate (Tab. 3).

Tabella 3 - Imprese con presenza di "non conformità"

MACRO CATEGORIA	N° imprese con presenza di "non conformità"		
Distribuzione all'ingrosso	46	2	%
Produttori e conf. che vendono preval. al dettaglio	160	20	%
Ristorazione pubblica	1162	51	%
Distribuzione al dettaglio	298	13	%
Produttori e confezionatori	66	3	%
Ristorazione collettiva	254	11	%
totale	2286		

Il Sistema di allerta su alimenti e mangimi viene attivato ogniqualvolta si evidenzi un grave rischio diretto o indiretto per la salute del consumatore o per la salubrità dell'ambiente, dovuti ad alimenti o mangimi già immessi sul mercato.

CONTROLLI ALLE ATTIVITA' ETNICHE SITUATE SUL TERRITORIO DI COMPETENZA

Nell'ambito delle attività messe in campo per la tutela dei consumatori, l'Asl di Brescia ha compiuto un importante intervento di contrasto delle pratiche scorrette di commercializzazione e somministrazione di alimenti da parte di attività "etniche", settore considerato a rischio per la scarsa conoscenza o totale mancanza di una cultura adeguata nell'igiene e nella conservazione degli alimenti, e quindi meritevole di particolare attenzione. L'Azienda Sanitaria Locale ha infatti attivato un controllo sistematico e a tappeto delle attività etniche di somministrazione di alimenti, cioè fast food (soprattutto per quanto riguarda la cucina araba con vendita di prodotti quali il kebab, ed altro) e ristoranti etnici (sono gestiti solitamente da immigrati e riforniti da negozi aperti da altri immigrati), e di depositi di alimenti etnici situati sull'intero territorio di competenza.

A tale attività di controllo hanno partecipato 52 operatori, di cui 3 veterinari e 49 tecnici della prevenzione (38 dell'Igiene alimenti e 11 della prevenzione veterinaria).

Nel complesso, sono stati sequestrati ben 2.102 kg di merce alimentare e sono state emesse sanzioni amministrative per l'importo complessivo di Euro 185.624.

Le principali irregolarità riscontrate sono state le seguenti:

- scarsa igiene
- mancanza di etichettatura sugli alimenti
- mancanza di manuale di autocontrollo
- scorretta igiene della lavorazione degli alimenti.

I risultati di questa campagna di controlli hanno evidenziato la criticità in cui versano molti esercizi etnici, per i quali, a seconda della tipologia, si è proceduto all'adozione dei seguenti provvedimenti:

- sequestro di partite alimentari
- chiusura/sospensione dell'attività
- irrogazione di sanzioni amministrative
- prescrizioni
- valutazione di eventuale denuncia penale.

2. CONTROLLI SULLA QUALITÀ DELL'ACQUA DESTINATA AL CONSUMO UMANO

La normativa assegna all'ASL il compito di controllare l'acqua destinata al consumo umano e gli impianti acquedottistici, che devono rispettare i parametri di qualità ed essere conformi ai requisiti stabiliti dal D.Lgs. 31/2001 in tutte le fasi del ciclo di distribuzione, dalla captazione alla consegna del "prodotto" al "contatore" dell'utenza.

Nel corso del 2010 sono stati conseguiti tutti gli obiettivi stabiliti dal Piano dei controlli degli acquedotti ed in particolare:

- sono stati sottoposti a campionamento 824 punti rappresentativi della rete acquedottistica e degli impianti di trattamento nel rispetto della frequenza di prelievo stabilita dal predetto Decreto che abbina il numero dei controlli ai volumi di acqua erogata dall'acquedotto in un anno;
- è stato completato il programma, attivato col Piano dei Controlli 2009, di verifica di tutte strutture ed impianti annessi agli acquedotti pubblici (pozzi – sorgenti – opere di presa da lago e torrente – impianti di trattamento – serbatoi) che ha consentito di evidenziare in alcuni casi carenze strutturali e di manutenzione prontamente segnalate agli enti gestori dell'acquedotto per l'adozione delle azioni correttive del caso;
- è stato effettuato il controllo della documentazione relativa ai controlli "interni" sulla qualità dell'acqua e sulle strutture annesse alla rete messi in atto dagli Enti Gestore dell'acquedotto di 83 Comuni del territorio dell'ASL, al fine di verificarne l'adeguatezza ed esaminare congiuntamente i provvedimenti assunti a seguito di emergenze/non conformità rilevate dallo stesso gestore.

Oltre al controllo degli acquedotti sono stati effettuati prelievi, con le frequenze previste dal D.Lgs 152/2006, dell'acqua "grezza" agli impianti di presa a lago utilizzati per l'approvvigionamento idrico dei Comuni di Monte Isola, Desenzano d/G, Limone, Sirmione, Tremosine, Gargnano, Moniga, Manerba, San Felice d/B e di Collio che si approvvigiona da torrente.

L'esito dei controlli analitici effettuati sull'acqua prelevata ai punti rete non hanno evidenziato gravi difformità rispetto ai limiti previsti per i parametri chimici e microbiologici,. Solo sporadicamente è stato evidenziato in alcuni punti rete il superamento dei livelli previsti per le cariche microbiche immediatamente ricondotti entro i limiti dall'intervento del gestore sugli impianti di trattamento.

3. ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO PER LA PREVENZIONE DELLE INTOSSICAZIONI DA FUNGHI

Nel 2010 si sono presentati presso le sedi dell'Ispettorato micologico (Brescia – Iseo – Leno – Montichiari – Salò) 410 raccoglitori interessati alla visita sanitaria dei funghi freschi raccolti per il proprio consumo.
L'attività, erogata a titolo gratuito, ha comportato la cernita per la determinazione del genere e specie di 499 Kg funghi di cui 127 Kg confiscati e distrutti in quanto non commestibili o velenosi.
Anche per l'anno 2010 è stata attivata la pronta disponibilità micologica, a supporto dei "pronto soccorso" presenti sul territorio dell'ASL di Brescia, per i casi di sospetta intossicazione da funghi. Nell'arco dei sei mesi (giugno/novembre) di attivazione della pronta disponibilità, sono stati effettuati 29 interventi per sospetta intossicazione che hanno richiesto il ricovero di 67 soggetti dei 76 che si sono rivolti al Pronto Soccorso. In tutti i casi il consumo è avvenuto presso la propria abitazione e quasi sempre riconducibile ad una scarsa cottura del fungo. Si deve rilevare che il numero dei casi registrati nel 2010 è significativamente più elevato rispetto ai 14 casi del 2009, incremento dovuto non solo alla buona crescita di funghi spontanei ma anche alla superficiale, se non assente, conoscenza dei funghi raccolti e l'imprudenza di consumarli senza preventiva verifica della commestibilità.

I dati epidemiologici relativi alle Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA), esposti nella sezione Sorveglianza Malattie Infettive del presente rapporto, evidenziano l'incremento dei casi a partire dal 2006, ragionevolmente ricollegabile alla attivazione del nuovo e più sensibile sistema regionale di rilevazione delle malattie infettive. Infatti la nuova procedura, adottata a partire dal 2006, ha favorito una maggior sensibilità nella segnalazione dei casi da parte degli ospedali e dei medici di medicina generale ed ha evidenziato nel contempo la probabile sottonotifica delle Malattie Trasmesse da Alimenti avvenuta negli anni precedenti.
Si deve comunque rilevare che nell'ultimo triennio il numero dei casi è rimasto sostanzialmente stabile. I dati resi disponibili dal sistema informativo regionale evidenziano che l'origine di buona parte delle Malattie Trasmesse da Alimenti, di cui si conoscono le cause di contagio, è da far risalire al consumo di alimenti a livello domiciliare.
Appare comunque necessario mantenere l'attuale livello di controllo delle attività di produzione, preparazione e somministrazione di alimenti, al fine garantire il controllo e la riduzione delle tossinfezioni di origine alimentare.

LA SFIDA DELLA MEDICINA AMBIENTALE

1. VALUTAZIONE SANITARIA DELLE CRITICITÀ AMBIENTALI

La conoscenza delle condizioni di equilibrio ecologico dell'ambiente libero è informazione fondamentale per la programmazione degli interventi di gestione sul territorio orientati al miglioramento delle condizioni di vita.
Essa si fonda sulla lettura continua in termini sanitari dei dati ambientali, è complementare all'opera di vigilanza sull'ambiente esercitata da ARPA, e costituisce uno degli strumenti fondamentali per la prevenzione delle patologie.
Il guadagno di salute che ne deriva è direttamente proporzionale alla limitazione delle esposizioni dirette ed indirette agli inquinanti ambientali che possono nuocere all'uomo attraverso l'indirizzo delle azioni di mitigazione.
Dal punto di vista strettamente operativo questa particolare forma di prevenzione primaria consta in azioni di coordinamento con ARPA che sono rappresentate da momenti di operatività congiunta da parte degli operatori ASL ed ARPA su problemi concreti del territorio con vicendevole scambio d'informazioni e di competenze.
Si ricordano alcune azioni:

- la lettura ed interpretazione sanitaria dei dati relativi all'inquinamento atmosferico trasmessi quotidianamente al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL e letti, sia singolarmente che sulla serie temporale e stagionale
- la lettura ed interpretazione sanitaria dei dati dell'inquinamento da cromo esavalente e da solventi clorurati (quali la trielina) delle acque di falda
- la lettura in chiave ambientale dei dati relativi alla contaminazione di alimenti di origine animale (principalmente inquinamento da diossine e PCB di matrici alimentari di origine animale, quali uova, latte e carne, mangimi zootecnici etc.)
- la collaborazione a gruppi misti ARPA ed ASL per la disamina congiunta di procedure nelle quali le due competenze devono essere necessariamente integrate (es. partecipazione a procedimenti di Valutazione di impatto ambientale)
- la partecipazione a gruppi interdisciplinari con altri Enti (DPL, PSAL, Veterinari, etc.) per l'esame di problematiche di area: è il caso questo delle pratiche PCB e San Polo, tuttora allo studio ed è il caso dell'attività in corso per la mappatura con tecniche di georeferenziazione delle attività produttive e dei casi di patologie cronico - degenerative nell'ambito della Valle Trompia
- i gruppi di lavoro misti ASL/ARPA impegnati nella gestione coordinata, ognuno per gli aspetti di competenza, di situazioni a rischio ambientale con relativi risvolti sanitari.

Molte volte ciò si verifica sin dalla fase del manifestarsi dell'emergenza ambientale a supporto di comuni e delle altre amministrazioni coinvolte (Prefettura, Amministrazione Provinciale, etc.); partecipazioni a commissioni diverse quali le commissioni gas tossici e la Commissione Provinciale per la protezione della popolazione dalle Radiazioni Ionizzanti nelle quali l'ASL svolge un ruolo di coordinamento delle competenze tecniche necessarie.

Si ritiene di dover in questo ambito ricordare le azioni di iniziativa ASL per l'esame di problematiche ambientali di particolare rilievo sanitario:

- censimento delle situazioni ambientali a possibile significato sanitario. Questo lavoro, tuttora in corso, ha portato fino ad oggi al censimento di 241 situazioni della tipologia sopra definita. Il dato è servito quale informazione di contesto per la stesura del piano di vigilanza 2011, come da

indicazioni regionali

- monitoraggio dell'inquinamento da cromo nelle acque potabili: questo problema, direttamente gestito dall'ASL in collaborazione con i comuni e gli Enti gestori degli acquedotti ha interessato principalmente la Città e la zona della Valle Trompia. Il contributo che ne è derivato in termini preventivi è stato la proposta di selezione di fonti di approvvigionamento indenni e l'allaccio del trattamento delle acque usate ad impianto finale delocalizzato rispetto al corso ed al sedime del Fiume Mella.

Azioni di iniziativa ASL volte alla gestione di particolari tematiche:

- l'adozione di linee guida per il rinvenimento di materiale radio contaminato. Il problema della radiocontaminazione ambientale è sempre più percepito come una minaccia reale per la salute di cittadini e lavoratori. L'adozione, in collaborazione con la Direzione Provincile del Lavoro ARPA, Corpo dei Vigili del Fuoco e Prefettura delle linee guida specifiche in caso di rinvenimento di materiale radio contaminato o di sorgenti di radiazioni ionizzanti ha contribuito alla gestione sanitaria di una problematica che ha in passato costituito una minaccia per la pubblica salute per la possibile dispersione in ambiente di radionuclidi
- standardizzazione del contributo sanitario alla formazione degli strumenti di gestione del territorio. La formazione degli strumenti di gestione del territorio prevede un contributo in termini di valutazione sanitaria degli inquinamenti ambientali e l'apporto di dati epidemiologici. La sistematizzazione della formazione di tale contributo ha un forte significato preventivo in quanto va ad influire sulle scelte di base di gestione del territorio (Valutazione Ambienale Strategica del Piano di Governo del Territorio). In tal senso è stato predisposto un protocollo d'intervento che si è sviluppato in una formazione sul campo di operatori dedicati alla disamina di questi strumenti.

INDAGINE NEL QUARTIERE SAN POLO DI BRESCIA

Nel corso dell'anno 2008 indagini ASL complementari a quelle in corso per la contaminazione da PCB della zona a sud ovest di Brescia portarono alla scoperta nell'erba di un campo attiguo all'acciaieria ALFA di concentrazioni di PCB e diossine superiori al limite della direttiva CEE sul fieno.
L'ARPA intervenuta a sua volta misurò (nelle emissioni in aria) concentrazioni degli stessi composti dell'acciaieria in concentrazioni entro i limiti dell'autorizzazione integrata ambientale.
Su indicazione del gruppo interdisciplinare che da anni studia il fenomeno della contaminazione da PCB nel sito Caffaro, sono state condotte alcune indagini complementari, nell'area di circa 2 chilometri attorno all'ALFA.
Queste indagini sui vegetali hanno dato esito sostanzialmente favorevole per presenza di concentrazioni di diossine e PCB entro i limiti stabiliti dalla legge, mentre le indagini epidemiologiche sui residenti dell'abitato di San Polo (sulla mortalità e sulle schede di dimissione ospedaliera) hanno consentito di accertare un eccesso di ricoveri e di mortalità per patologie respiratorie non tumorali fra i residenti nel quartiere.
A fronte dell'esito di queste indagini l'ASL ha deciso una ricognizione di tutte le aziende presenti in zona, alla ricerca di eventuali altre attività in grado di contribuire all'inquinamento dell'aria con le loro emissioni; un approfondimento delle indagini epidemiologiche sulle patologie respiratorie attraverso uno studio, tramite questionario, sui minori residenti a San Polo e su un campione di minori residenti in altre aree cittadine.
Appena disponibili, gli esiti di queste ricerche saranno esaminati dal Comitato e saranno raccordati con l'esito delle indagini ARPA.

IL PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

Il Dipartimento di Prevenzione Veterinario dell'ASL di Brescia ha come obiettivo il conseguimento della salute pubblica svolgendo la sua attività nel settore animale, principalmente zootecnico, ed in quello della sicurezza alimentare.
Nel primo, ha un ruolo fondamentale per il controllo delle malattie infettive, siano esse zoonosi, cioè malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, siano esse non a rischio per la salute umana ma forme morbose che potrebbero portare a perdite economiche di grave danno al "Sistema Paese".
Il secondo punto evidenziato, quello degli alimenti di origine animale, riguarda non solo le carni propriamente dette, ma anche il latte e i formaggi, i prodotti di salumeria, il pesce e tutta la vasta gamma delle produzioni connesse: il Dipartimento ne controlla il percorso, dalla produzione primaria alla vendita al dettaglio.
Il Dipartimento è strutturato in tre servizi: il Servizio di Sanità animale, quello di Igiene degli alimenti e quello di Igiene degli allevamenti che concorrono al raggiungimento dell'obiettivo previsto dall'Azienda Sanitaria.

1.PATRIMONIO ZOOTECNICO E ATTIVITÀ

E' importante inquadrare l'attività del Dipartimento di Prevenzione Veterinario nel contesto produttivo del territorio di ASL Brescia. Nella provincia di Brescia sono stati prodotti, nel 2010, più di un miliardo di litri di latte (circa il 10% della produzione di tutta Italia), l'80% dei quali trasformati in formaggi o prodotti lattiero caseari; vengono allevati più di 13 milioni di avicoli (principalmente polli) e ne vengono macellati circa 40 milioni; si allevano quasi un milione e mezzo di suini e mezzo milione di bovini da carne (Tab. 1). Le strutture con riconoscimento comunitario che producono alimenti sono numerose (109 macelli di cui 17 industriali, 157 caseifici di cui 17 a carattere industriale, 50 caseifici in alpeggio, etc) e molte di esse commercializzano in Europa e verso Paesi terzi parte dei loro prodotti, siano essi carni, formaggi, prodotti lavorati (Tab.2).
Il quadro normativo di riferimento è naturalmente quel-

Tabella 1- Patrimonio zootecnico

Specie	N. Allevamenti	N. Capi
Avicoli	718	13.499.448
Bovini	4.760	442.848
Suini	1.838	1.401.310
Ovicaprini	1.524	35.936
Equidi	2.068	8.514
Altre specie	1.245	

Tabella 2 - Attività del settore alimentare

Descrizione	Totale Unità
Produttori primari-macellatori	143
Produttori e confezionatori sostanze alimentari	308
Distribuzione ingrosso	194
Distribuzione dettaglio	1219
Distribuzione con banco temporaneo o negozio mobile	325
Aziende che effettuano trasporto	95
Ristorazione collettiva	211
Produttori/confezionatori che vendono prevalentemente al dettaglio	236
Mangimifici	96
Totale	2827

lo dettato dai Regolamenti e dalle norme emanate dalla Comunità Europea, la cui strategia è quella di garantire la sicurezza alimentare seguendo tutte le fasi produttive, partendo proprio dalla salute degli animali, applicando il concetto "Prevenire è meglio che curare", adottato nel settembre 2007.

2. CONTROLLI SUGLI ANIMALI, IN ALLEVAMENTO E SUL TERRITORIO

Il territorio di ASL di Brescia ha la qualifica comunitaria di Provincia ufficialmente indenne da brucellosi e leucosi bovina, da brucellosi degli ovini e caprini, e ha acquisito la stessa qualifica anche per la tubercolosi bovina.
Valutando la quantità degli animali allevati, la complessità di gestione, la numerosità degli scambi commerciali, ne consegue che sia possibile mantenere tale qualifica solo con una costante presenza e con una precisa e puntuale applicazione delle norme di polizia veterinaria.
Nel corso del 2010 sono stati eseguiti, in quest'ambito, più di 350.000 controlli in allevamento e quasi 80.000 controlli su animali importati.
Le mutate condizioni climatiche, con l'aumento delle temperature medie, rendono necessaria la conoscenza ed il controllo di alcune patologie considerate fino a pochi anni fa esclusive dei paesi tropicali; è così di primaria importanza aumentare l'allerta su tali argomenti e sviluppare la capacità di riconoscere le malattie tramite la realizzazione di piani di sorveglianza o di monitoraggio mirati, corredati di efficienti piani di emergenza in grado di garantire la gestione e la risoluzione in tempi brevi dell'evento.
Lo scorso anno sono stati effettuati quasi 7.000 campioni per la sorveglianza sulla Blue tongue bovina e circa 24.000 campioni per la ricerca della Influenza aviaria; più di 25.000 sono stati i campionamenti per il controllo della malattia vescicolare suina.
Nel controllo delle malattie infettive, oltre all'attività di campionamento è necessario attribuire un livello di rischio sanitario ad ogni allevamento, sulla scorta di indicatori a cui viene attribuito un determinato specifico valore.
Questo percorso porta all'applicazione di misure, definite misure di biosicurezza, che costituiscono il cardine necessario per realizzare una efficace difesa sani-

taria degli allevamenti e tenere il processo produttivo sotto controllo.
Nell'ambito zootecnico sono stati effettuati 900 controlli volti ad assicurare il benessere degli animali da reddito in allevamento e durante il trasporto.
Assolvendo il compito di controllo e tutela degli animali da compagnia, lo scorso anno all'interno dell'attività del canile sanitario sono stati catturati e ricoverati più di 2.271 cani, di cui 430 affidati a privati o ad associazioni e sono stati eseguiti 276 interventi di sterilizzazione; sono state censite e gestite 142 colonie feline sul territorio con 447 interventi di sterilizzazione.

3. CONTROLLI SUGLI ALIMENTI E SULLA FILIERA ALIMENTARE

Il controllo sulla filiera alimentare parte dall'animale in allevamento, e continua per tutto il percorso produttivo.
Nel settore mangimistico sono stati eseguiti più di 800 controlli e nelle aziende sono stati effettuati più di 1.000 interventi nel 2010 per il controllo del corretto utilizzo del farmaco, il cui uso improprio potrebbe lasciare residui dannosi per la salute dei consumatori.
Tutta la produzione primaria è stata attentamente monitorata: solo per il latte sono stati effettuati più di 1.200 interventi.
Le visite ispettive sui capi macellati (tutti i capi bovini, suini, equini e tutte le partite di avicunicoli abbattuti nei macelli subiscono una accurata visita ispettiva) sono state integrate, nei casi previsti dalla legge, da prelievi e analisi volti a garantire l'assenza di malattie trasmissibili all'uomo, come la trichinosi (tutti i suini sono testati) o la TSE, il tristemente famoso morbo della "mucca pazza" (più di 6.000 prelievi al macello, cui si sommano i circa 3.500 eseguiti in allevamento).
Considerata la tradizione locale riguardante la lavorazione stagionale della carne suina, le visite per l'idoneità al consumo di suini macellati a domicilio sono state più di 10.000.
La produzione primaria è stata oggetto di piani di controllo per testare eventuali presenze di contaminanti ambientali o residui di farmaci in esecuzione di piani specifici nazionali e regionali.
Nelle ditte di trasformazione con riconoscimento comunitario, lavorino esse carne (sezionamenti, salumifici ecc), pesce o latte (sia da consumo che caseifici), oltre ai previsti interventi di vigilanza (più di 10.000), l'ASL di Brescia ha eseguito 1.440 controlli su prodotti alimentari destinati a paesi terzi; a questo proposito è stato fondamentale il lavoro di collaborazione tra operatori sanitari e produttori.
Anche nel settore della trasformazione, come quello della produzione primaria, vengono predisposti e svolti piani di controllo specifici.
Tutta la filiera alimentare è soggetta a controllo: nel corso del 2010 sono stati effettuati più di 2.367 controlli sull'attività di vendita al consumatore, siano essi ipermercati o piccoli mercati.
Si evidenzia, nello scorso anno, l'attenzione rivolta alla lavorazione e deposito degli alimenti di origine animale destinati alla commercializzazione e somministrazione in attività etniche, sia per tutelare l'alta percentuale di popolazione immigrata nel territorio, che si serve in tali attività, sia per l'individuazione di canali irregolari di introduzione nel territorio nazionale di alimenti provenienti da paesi terzi.
Il Dipartimento di Prevenzione Veterinario deve controllare sul territorio di propria competenza che, qualora si riscontri in qualsiasi parte della Comunità europea un possibile rischio per la salute pubblica, tutto il settore alimentare collegato sia correttamente posto in allerta, bloccando la vendita e richiamando gli alimenti sospetti: in quest'ambito gli interventi sono stati 651 (Tab.3).

Tabella 3 - Attività di Prevenzione Veterinaria Anno 2010	
Servizio Sanità Animale	**n. interventi**
Controlli in allevamenti inerenti profilassi di stato, bonifica sanitaria, piani di monitoraggio (prove TBC, prelievi ematici e latte)	363.453
Prelievo di midollo allungato in allevamento per test rapido BSE	3.593
Provvedimenti di polizia veterinaria inerenti malattie infettive e diffusive e altri provvedimenti amministrativi	59.166
Vigilanza e controllo sugli animali oggetto di scambi comunitari e sugli animali importati (n. capi)	74.454
Servizio Igiene Alimenti	**n. interventi**
Vigilanza e controllo presso impianti registrati (vendita al dettaglio, aree mercatali, macellerie, supermercati, ipermercati, laboratori di smielatura ecc.)	2.367
Vigilanza e controllo presso impianti con riconoscimento comunitario (macelli, impianti di trasformazione carni, pesce ecc.)	10.658
Vigilanza e controllo su prodotti di origine animale oggetto di scambi comunitari e importati	1.440
Visita ispettiva e attestazione idoneità al consumo presso impianti di macellazione di avicunicoli (n° capi)	39.173.032
Visita ispettiva e attestazione idoneità al consumo presso impianti di macellazione ungulati domestici (n° capi)	145.518
Visita ispettiva e attestazione di idoneità al consumo di suini macellati a domicilio per uso familiare (n° capi)	10.160
Campionamenti disposti da specifici piani regionali su alimenti di origine animale	2.521
Prelievo di midollo allungato in bovini al macello per test rapido BSE	6.052
Pareri, attestazioni, nulla osta, autorizzazioni e certificazioni con e senza sopralluogo, provvedimenti amministrativi	2.948
Vigilanza, controllo per tossinfezioni alimentari, riscontro alimenti non conformi o pericolosi per la salute pubblica	651
Servizio Igiene degli Allevamenti	**n. interventi**
Vigilanza e controllo presso stabilimenti di trattamento e trasformazione del latte	630
Vigilanza e controllo presso allevamenti di produzione latte	639
Vigilanza e controllo sugli impianti di raccolta, deposito, trasporto e lavorazione sottoprodotti della macellazione, alimentazione animale, mangimifici, riproduzione animale e arti e professioni sanitarie	834
Farmacosorveglianza	1031
Vigilanza e controllo sul benessere animale in allevamento e durante il trasporto	905
Vigilanza e controllo su inconvenienti igienico-sanitari	229
Campionamenti disposti da specifici piani regionali (latte e alimentazione animale)	977
Pareri, attestazioni, nulla osta, autorizzazioni e certificazioni con e senza sopralluogo, provvedimenti amministrativi	7212
Cattura e ricovero cani vaganti presso Canile Sanitario	2271
Affido di cani a privati/associazioni	430
Osservazione animali morsica tori	617
Interventi di sterilizzazione cani presso Canile Sanitario	276
Interventi sterilizzazione gatti presso Canile Sanitario	447
Censimento e gestione colonie feline sul territorio	142

4. INFORMATIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIO

Da tempo l'informatizzazione ha coinvolto il Dipartimento di Prevenzione Veterinario, dal 2000 ad oggi sono state implementate a livello nazionale e regionale le anagrafi informatizzate degli allevamenti.

Sono state inserite le anagrafiche di tutte le aziende zootecniche, compresi gli apiari (con georeferenzazione delle postazioni fisse e di quelle occupate da apicoltori che praticano il nomadismo) e per alcune specie sono state aggiornate anche le qualifiche sanitarie (bovidi – suini – ovicaprini), per un totale di oltre 12.000 unità zootecniche.

E' sempre più evidente che per gestire un'anagrafe aggiornata ed affidabile non si può prescindere da un coinvolgimento diretto, a vario livello, degli allevatori: obiettivo perseguibile se il sistema sempre più consentirà agli stessi di poter usufruire dei propri dati anche attraverso lo sviluppo di funzioni che facilitino i vari adempimenti (stampa di modelli da sistema, registro informatizzato, ecc).

E' in quest'ottica che si configura la proficua collaborazione per la gestione dell'anagrafe bovina tra ASL di Brescia e Associazione Provinciale Allevatori.

L'estensione di tale importante attività agli allevamenti ovini e caprini è già in corso: dal 2010 sono stati inseriti nel sistema circa 24.000 campionamenti su 500 diverse aziende.

Anche l'attività di controllo sulle strutture del settore alimentare, seppure da minor tempo rispetto alla gestione dell'anagrafe bovina, viene rendicontata mediante sistema informatico, e dallo scorso anno si è esteso l'utilizzo di tale metodo, chiamato "Modulo Controlli" anche all'attività di controllo sul benessere animale, sulla biosicurezza, sul corretto utilizzo del farmaco veterinario e sui controlli dei mangimi.

L'integrazione dei sistemi informatici delle Aziende Sanitarie Locali con quello dell'Istituto Zooprofilattico ha portato nel 2010 all'utilizzo di un sistema di software chiamato "Preaccettazione" che permette la trasmissione diretta dei dati necessari dal veterinario al laboratorio e, non appena disponibili gli esiti, dal laboratorio al veterinario.

5. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

Nel corso del 2010 sono stati organizzati due eventi formativi specifici. Il primo, con formazione in aula ed in allevamento, rivolto ai veterinari dirigenti afferenti l'area di Sanità animale, approfondiva gli aspetti applicativi informatici dei controlli ufficiali nell'ambito della biosicurezza in allevamenti bovini ed avicoli.

L'altro corso, rivolto ai veterinari dirigenti afferenti l'area di Igiene degli allevamenti, a quelli di Igiene degli alimenti di origine animale ed ai tecnici della prevenzione, era volto alla condivisione delle procedure di verifica degli stabilimenti che esportano alimenti di origine animale verso Paesi terzi, al fine di assicurare appropriatezza ed efficacia agli interventi istituzionali in relazione alle specifiche normative.

In quest'ambito si è svolto successivamente un convegno, organizzato in collaborazione con la Camera di Commercio di Brescia, rivolto agli operatori del settore alimentare, al personale che effettua i controlli sanitari ed a tutti gli attori coinvolti, volto ad approfondire e a condividere le problematiche del settore.

IL CONTRIBUTO DEL LABORATORIO DI PREVENZIONE

Il Laboratorio di Sanità Pubblica (LSP) è il laboratorio di prevenzione dell'ASL di Brescia: effettua attività analitica per i Dipartimenti di Prevenzione Medica e Veterinaria e per utenti esterni. In generale si occupa di analisi chimiche, microbiologiche, di biologia molecolare, di tossicologia, parassitologia etc. fornendo un supporto laboratoristico di alta specializzazione.
Una particolare attenzione viene rivolta alle acque destinate al consumo umano. Queste acque sono sottoposte ad esami chimici e microbiologici estremamente rigorosi, per garantire la salubrità delle stesse.
Nel 2010 sono stati analizzati dal punto di vista chimico 5.948 campioni, dal punto di vista microbiologico 6.884 campioni, di cui 192 non conformi.
Un'altra prerogativa del Laboratorio è quella di assicurare la balneabilità delle acque lacustri. A questo scopo vengono effettuati dei controlli una volta la mese, durante il periodo invernale, con frequenza quindicinale da maggio a settembre.
La regione Lombardia ha stabilito di sottoporre a controllo sul lago di Garda 55 punti, 17 sul lago d'Idro, 21 sul lago d'Iseo. Dal 2009 è stato introdotto il controllo di nuovi punti richiesti dai rispettivi comuni per inserirli nell'elenco dei punti previsti dalla Regione Lombardia.
La quasi totalità delle spiagge monitorate dei laghi della provincia di Brescia è collocata nella classe di qualità eccellente.

1. CONTROLLO PARAMETRI CHIMICI SULLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO

Nel 2010 il laboratorio ha implementato la propria attività con l'inserimento, nel piano di monitoraggio, di numerose metodiche analitiche avvalendosi di strumentazione all'avanguardia nonché delle migliori tecniche disponibili.
Anche nel corso dell'anno 2010 è stata condotta una campagna rivolta alle acque destinate a scopi ricreativi (acque di piscina). In tutto il territorio bresciano sono state analizzate 444 vasche, con i relativi approvvigionamenti, da cui sono scaturite 30 non conformità, principalmente attribuibili al parametro acido isocianurico. Il superamento del valore di tale parametro è principalmente imputabile ad un ricambio non adeguato di acqua.

2. CONTROLLO PARAMETRI CHIMICI SULLE MATRICI ALIMENTARI

Le analisi su matrici alimentari di tipo chimico sono condotte su campioni di alimenti (principalmente oli e vini) eseguiti in aziende produttrici, supermercati, etc, al fine di garantire la sicurezza e la genuinità dell'alimento stesso. In questo piano di controllo vengono presi in considerazione anche gli oli di frittura delle attività di ristorazione, friggitoria, gastronomia, ecc, prelevati in fase di utilizzo.
Il numero totale dei campioni prelevati nell'attività di vigilanza nell'anno 2010 risultano essere 557.

Per i parametri che vengono ricercati presso il Laboratorio di Sanità Pubblica i principali illeciti accertati risultano essere nel settore della ristorazione/friggitoria e nel settore vitivinicolo; in questi casi l'infrazione commessa riguardava nel primo caso il superamento del valore dei composti polari suggerito dal Ministero della Salute, nel secondo il mancato rispetto di quanto riportato in etichetta relativamente al parametro Titolo alcolometrico volumico effettivo.

2.1 Controllo sugli oli di frittura

Nell'ambito dei controlli sulle matrici alimentari un'attività di eccellenza, che ha conseguito notevoli risultati anche nell'anno 2010, è stata la determinazione del contenuto in composti polari negli oli di frittura.
In seguito al trattamento termico, infatti, gli oli subiscono modifiche chimico-fisiche (aumento della viscosità, imbrunimento, abbassamento del punto di fumo…) la cui origine risiede nell'ossidazione dei trigliceridi in perossidi, acidi grassi liberi, aldeidi, chetoni….
Nel corso dell'anno 2010 sono stati eseguiti 207 prelievi presso esercizi di ristorazione/friggitorie e sono stati individuati 14 campioni non regolamentari.

3. RICERCA DI LEGIONELLA PNEUMOPHILA

Il Laboratorio di Sanità Pubblica dell'ASL di Brescia si occupa ormai da anni della ricerca di Legionella Pneumophila, principalmente in campioni di acqua, seguendo il piano annuale di sorveglianza e prevenzione alla legionellosi predisposto dal Dipartimento di Prevenzione Medico.
Legionella Pneumophila è un batterio diffuso nell'ambiente idrico; l'infezione colpisce la popolazione in generale ma diviene particolarmente pericolosa nelle persone immunodepresse, negli anziani.
L'attività del Laboratorio di Sanità Pubblica dell'ASL di Brescia è rivolta prevalentemente all'analisi di monitoraggio preventivo nei confronti di Legionella Pneumophila, in campioni prelevati principalmente presso le strutture comunitarie, quali: ospedali, alberghi, campeggi, ricettive per anziani e/o disabili (quali case di cura, onlus, fondazioni), centri ricreativi, centri sportivi e piscine riabilitative, terme.
Oltre alla ricerca della presenza del germe nei campioni, il Laboratorio di Sanità Pubblica ne determina il sierogruppo di appartenenza: 1 e 2-14.
L'attività analitica del Laboratorio di Sanità Pubblica dell'ASL di Brescia, si è svolta su circa 3800 campionamenti effettuati nell'anno 2010. Tali campionamenti sono stati eseguiti come screening per monitorare la presenza del germe, ma anche in seguito a bonifica nei casi di esito positivo all'analisi di screening.

4. LA DIAGNOSI OGGETTIVA DI ABUSO ALCOLICO

La diagnosi oggettiva di abuso alcolico, oltre all'approccio diagnostico tradizionale basato sulle informazioni anamnestiche, sull'esame clinico, sull'uso di questionari, nonché sull'impiego di alcuni marker biochimici non specifici si effettua oggi tramite il dosaggio della CDT% .

Questo nuovo indicatore di abuso alcolico è considerato dalle linee guida internazionali come una indagine diagnostica con livello di raccomandazione A e, nella realtà bresciana, come un indicatore affidabile ed estremamente specifico di abuso alcolico cronico.

La richiesta del test presso il Laboratorio di Sanità Pubblica ha avuto il seguente incremento:

DETERMINAZIONI CDT ANNI 2004 – 2010							
anno	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Determinazioni CDT%	84	426	605	815	1106	1534	2201

5.CONFERMA DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI A VALENZA MEDICO LEGALE

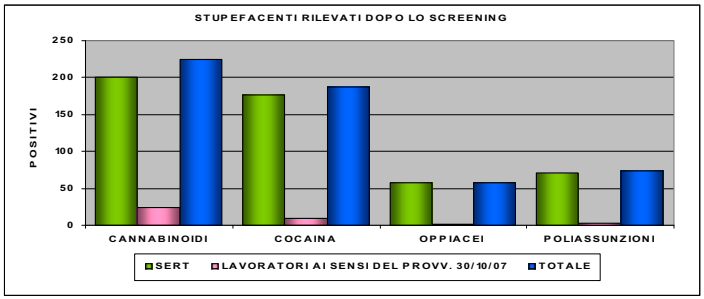
La diagnosi del laboratorio delle tossicodipendenze assume una valenza rilevante nell'ambito della prevenzione verso l'abuso di stupefacenti, nelle problematiche della medicina del lavoro e nel controllo delle terapie disintossicanti. Le analisi, per il dosaggio delle droghe d'abuso si eseguono su matrice urinaria, partendo dal test di screening, che si esegue per individuare i potenziali campioni positivi.

Nel corso del 2010 Il Laboratorio di Sanità Pubblica dell'ASL di Brescia ha analizzato 4971 campioni di urina provenienti dai SERT dell'ASL di Brescia; di questi, 719 appartenenti al monitoraggio dei lavoratori impiegati in particolari mansioni a rischio per la sicurezza e quindi sottoposti periodicamente alla verifica di assenza d'assunzione di sostanze stupefacenti.

Il metodo adottato per le analisi di screening ha rilevato 402 pazienti positivi, dei quali 225 ai cannabinoidi, 187 alla cocaina, 58 agli oppiacei. I poliassuntori sono stati 74, dei quali 3 lavoratori (Fig. 1).

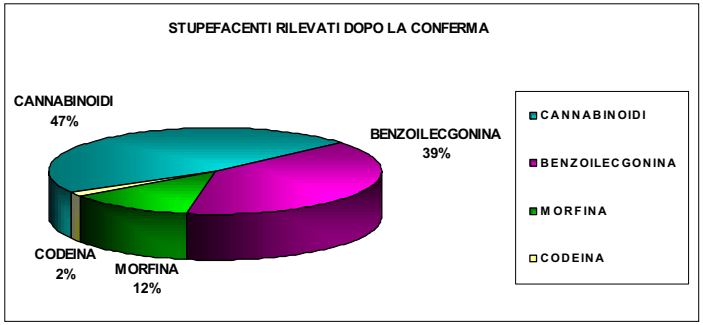
Le analisi di conferma hanno convalidato la presenza delle medesime classi di sostanze rilevate nello screening con il 47% di cannabinoidi ed il 39% di benzoilecgonina, metabolita della cocaina. Nei campioni risultati positivi agli oppiacei è

Figura 1 - Stupefacenti rilevati dopo le analisi di screening sui campioni di urina provenienti dai SERT dell'ASL di Brescia



stata rilevata morfina (12%) e nel 2% anche codeina (Fig. 2). In un solo caso di positività agli oppiacei, rilevati dopo lo screening, non è stato riscontrato il medesimo risultato nelle analisi di conferma.

Fig. 2 Grafico percentuale degli stupefacenti rilevati nelle urine, dopo le analisi di conferma



In conclusione, si evince che nel territorio dell'ASL di Brescia i cannabinoidi sono nettamente la prima droga presente nei campioni di urina analizzati nel corso del 2010, segue la cocaina, che supera gli oppiacei come positività.
Da tutte le analisi effettuate si rileva, inoltre, che la poliassunzione è tipica solamente del gruppo di soggetti non appartenenti al monitoraggio dei lavoratori impiegati in particolari mansioni a rischio.

6. LOTTA ALL'INFESTAZIONE DA ZANZARA TIGRE

Il Dipartimento di Prevenzione Medico tramite gli operatori della Stazione di Disinfezione, previo accordi con i Comuni, organizza un sistema di monitoraggio e controllo del territorio per prevenire la diffusione della zanzara tigre (Tab. 1).
Nel periodo che va da aprile a novembre vengono posizionate dagli operatori le ovitrappole (bacchette di masonite inserite in un contenitore di acqua), in vari punti del territorio. Il Laboratorio di Sanità Pubblica viene coinvolto nella lotta alla zanzara tigre mediante la ricerca delle uova sulle bacchette di masonite.
Si tratta di una ricerca quantitativa mediante osservazione microscopica dei campioni.

Tabella 1 - Confronto attività 2009/2010

	Punti Monitorati	N° campionamenti	% positivi
17 Comuni Monitorati anno 2009	406	3472	42%
16 Comuni Monitorati anno 2010	285	1588	22%

LE AZIONI DI COMUNICAZIONE NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E DELLA PROMOZIONE ALLA SALUTE

La comunicazione per la salute è un aspetto strategico delle politiche di prevenzione e promozione alla salute. La comunicazione tocca gli aspetti ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol…) che possono influire sulla salute, e riguarda anche l'accesso ai servizi sanitari. Grazie al monitoraggio dello stato di salute degli assistiti è possibile, ogni anno, predisporre un'articolata progettualità sulla comunicazione nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute. La valutazione dell'impatto di campagne di comunicazione sul cambiamento di comportamenti ha dimostrato l'esistenza di modificazioni misurabili a breve termine, anche se differenti per tipologia ed entità a seconda dello stile di vita considerato. Nella comunicazione per la salute l'ASL di Brescia ha stabilito da tempo alleanze con Enti, Istituzioni, Associazioni del Terzo Settore e cittadini, collaboratori consapevoli del percorso di sviluppo di una cultura della salute che si basa sulla partecipazione e sulla condivisione di obiettivi, strategie e attività. Proprio su queste basi si sono costruiti nel 2010 molti dei progetti di comunicazione dell'ASL: dalla realizzazione di una pubblicazione sull'abuso di alcol e sostanze stupefacenti nei luoghi di lavoro, che l'Associazione Industriale Bresciana ha provveduto a divulgare tra le aziende associate, al pieghevole sulla prevenzione delle intossicazioni da monossido, alla cui realizzazione hanno contribuito diverse istituzioni; dalla brochure "Investiamo insieme in salute" condivisa con i Pediatri di Libera Scelta, finalizzata a trasmettere messaggi nell'ambito della prevenzione e il trattamento dell'obesità, all'opuscolo informativo sulle indagini riguardo lo stato di salute della popolazione residente nel quartiere di San Polo, alla cui diffusione hanno contribuito varie realtà, come la circoscrizione, i sindacati, le associazioni, le parrocchie.

1. ALCOL, SOSTANZE STUPEFACENTI E LAVORO

Negli ambienti di lavoro, dove le condizioni psico-fisiche del lavoratore sono un presupposto fondamentale per garantire la propria sicurezza e quella degli altri, sia l'assunzione di bevande alcoliche che il consumo di sostanze stupefacenti sono tra i fattori che influenzano negativamente il comportamento dei lavoratori, creando situazioni di forte rischio e condizionando il benessere durante le ore lavorative. L'ASL di Brescia, attraverso la collaborazione tra il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e il Dipartimento delle Dipendenze, ha pertanto elaborato una pubblicazione al fine di sensibilizzare gli interessati e ottenere luoghi di lavoro liberi dalle conseguenze negative legate al consumo di alcol e sostanze stupefacenti. La pubblicazione contiene brevi notizie sulle caratteristiche delle sostanze, sugli effetti a breve e a lungo termine, sulle tipologie di test che possono essere effettuati e sulla principale normativa di riferimento. Nell'ultima parte viene inoltre riportato per esteso l'elenco ed i recapiti della rete di servizi pubblici e privati accreditati presenti nel territorio ai quali le persone interessate possono rivolgersi.

2. INTOSSICAZIONI DA MONOSSIDO DI CARBONIO. PREVENZIONE E CONSIGLI

Il rischio di avvelenamento da esposizione al monossido di carbonio riguarda tutti. Per fornire informazioni su come evitare intossicazioni sono stati realizzati opuscoli informativi multilingue (italiano, francese, inglese, indi, urdu, arabo, cinese, swaili), con il contributo di Comune e Provincia di Brescia, Comando dei Vigili

del Fuoco di Brescia, Istituto Clinico Città di Brescia.
Con il pieghevole si richiama l'attenzione dei destinatari sulle principali norme per il corretto funzionamento degli impianti termici alimentati a gas, legna, carbone, gasolio.
I 15.000 volantini complessivamente predisposti sono stati diffusi attraverso gli ambulatori di igiene distrettuali ASL le Direzioni Distrettuali dell'ASL, delle associazioni di cittadini extracomunitari attive sul territorio.
Un ruolo in tal senso ha avuto anche l'associazione dei cultori dello spiedo bresciano, poichè un certo numero di intossicati è da riportare all'utilizzo di questa particolarissima cottura in ambienti chiusi, spesso scarsamente aerati.

3. INCIDENTI DOMESTICI. COME PROTEGGERE I NOSTRI FIGLI

Gli incidenti domestici rappresentano attualmente la prima causa di morbosità e mortalità per infortunio in Italia. I bambini, e in particolare quelli della fascia di età compresa tra 0 e 4, anni sono insieme agli ultrasessantacinquenni i più esposti al rischio di incidente domestico. E' stato pertanto realizzato materiale informativo a cura delle assistenti sanitarie dell'Area consultoriale ed Igiene Pubblica della Direzione Gestionale Distrettuale 1, utilizzando le immagini per veicolare i messaggi di prevenzione.

4. PRENDITI CURA DELLA TUA SALUTE

Nel corso del 2010, all'interno del programma per "promuovere strategie di prevenzione degli stili di vita attraverso processi comunicativi innovativi all'interno dei programmi di screening oncologici", a cui hanno aderito gli operatori dell'area di igiene dei distretti, del centro screening, del laboratorio di sanità pubblica e del Centro di Medicina Transculturale, è stato predisposto e distribuito materiale di comunicazione finalizzato a far conoscere corretti stili di vita e ad invitare la popolazione interessata ai programmi di screening promossi dall'ASL di Brescia.

5. SAN POLO

Nel corso del 2010, a seguito di un'analisi sullo stato di salute della popolazione, si è ritenuto di dover eseguire un ulteriore approfondimento rispetto alla ricerca delle possibili cause delle malattie respiratorie riscontrate nella popolazione di San Polo.Tale iniziativa è stata accompagnata da una continua azione comunicativa che si è dipanata su diversi fronti: dall'istituzione di un tavolo specifico, il tavolo della comunicazione, che ha coinvolto diversi soggetti, alla realizzazione di conferenze stampa, all'inserimento sul sito **www.aslbrescia.it** di tutte le informazioni rivolte alla popolazione, a locandine e brochure distribuite alla popolazione.

6. AUMENTA IL TUO BENESSERE UN GRADINO ALLA VOLTA - INVESTIAMO INSIEME IN SALUTE

Le linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità in Lombardia per il triennio 2008/2010 prevedevano la promozione dell'uso delle scale invece dell'ascensore, con idonea cartellonistica collocata nel luoghi di accesso all'interno delle strutture dell'ASL di Brescia.
E' stato pertanto predisposto un cartello informativo, con lo slogan "Migliora il tuo benessere un gradino alla volta", prendendo spunto da una proposta ideata da uno studente del Liceo Leonardo di Brescia.
Nell'ambito dello stesso progetto è stato realizzato un pieghevole informativo, "Investiamo insieme in salute", che con immagini e messaggi semplici offre indicazioni rispetto ad una corretta alimentazione nei bambini. L'opuscolo è stato distribuito negli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta.

7. RIPARTI CON BRIO. SCEGLI LA LEGGEREZZA

Nell'ambito del progetto per la promozione di corrette abitudini alimentari, legato alle linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità in Lombardia per il triennio 2008/2010, si è realizzata una campagna di informazione, attraverso l'affissione di manifesti, finalizzata ad incentivare i dipendenti dell'ASL di Brescia e le persone che accedono ai servizi, a consumare frutta e verdura fresca quale snack salutare. I manifesti sono stati collocati in vicinanza dei distributori di frutta e verdura.

CONCLUSIONE

I risultati dell'attività svolta dall'ASL di Brescia nel 2010 evidenziano che il contesto in cui opera ha risposto positivamente alle misure di prevenzione e alle iniziative di promozione alla salute. Un significativo esempio è rappresentanto dalla diminuzione degli infortuni gravi (dai 2261 del 2006 ai 1073 del 2010) e mortali (dai 17 del 2006 ai 9 del 2010) sul lavoro, a cui ha contribuito in maniera determinante una più diffusa e capillare informazione sul rischio e una maggiore vigilanza sul rispetto delle norme di prevenzione.

Andamento dei tassi di infortuni totali sul lavoro segnalati all'INAIL (fonte INAIL):

	anno 2006	anno 2007	anno 2008	anno 2009
n. infortuni	25.740	24.845	23.019	19.295

* il dato relativo all'anno 2010 non è ancora reso disponibile dall'INAIL

Andamento dei tassi di infortuni gravi (fonte ASL):

	anno 2006	anno 2007	anno 2008	anno 2009	anno 2010
n. infortuni	2.261	1.990	1.933	1.749	1.073

Andamento dei tassi di infortuni mortali (fonte ASL):

	anno 2006	anno 2007	anno 2008	anno 2009	anno 2010
n. infortuni	17	16	11	9	9

Per quanto concerne le patologie cronico-degenerative, i dati analizzati testimoniano il successo dei programmi di screening oncologico, delle iniziative di prevenzione delle complicanze delle malattie cardio-cerebro-vascolari e di promozione a corretti stili di vita. Il monitoraggio delle malattie infettive ha confermato il trend positivo degli ultimi anni, così come le malattie trasmesse dagli alimenti.
Di seguito si evidenziano i risultati, in termini di guadagno di salute.

Andamento mortalità per tumori maligni mammella (periodo 1990/2008):

L' andamento nel tempo dei tassi di mortalità per tumore della mammella mostra una riduzione significativa della mortalità per questa patologia , del 26%, nelle donne di tutte le età residenti nei Distretti Socio-sanitari 1, 2 e 3, corrispondenti all'ex-USSL 41 – Brescia, in cui il programma di screening è in atto dal 1988 a oggi. In particolare, l'analisi per fascia di età evidenzia una riduzione della mortalità, di circa il 40%, nella sola fascia d'età 55-74 anni delle donne, interessata dal programma di screening (50-69 anni), mentre, per contro, non si osserva alcuna riduzione della mortalità nelle donne più giovani, di età inferiore a 55 anni, e in quelle più anziane, di età superiore ai 74 anni, della stessa popolazione.

- **Andamento mortalità per tumori maligni colon retto (periodo 1990/2008):**

per il tumore del colon retto si osserva una riduzione della mortalità nel periodo in entrambi i sessi (da 26.7 su 100 000 a 24.1 su 100 000 nei maschi e da 16.3 su 100 000 a 14.6 su 100 000 nelle femmine).

- **Andamento mortalità per malattie cardio-cerebrovascolari (periodo 1990/2008):**

si rileva una spiccata riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio (cardio e cerebrovascolari insieme) che appare, in valore assoluto, maggiore negli uomini (-50% circa) rispetto alle donne (-43% circa).

- **Andamento mortalità per tumore del polmone (periodo 1990/2008):**

si osserva un forte calo della mortalità per tumori di trachea, bronchi e polmoni nei maschi nel periodo (-42%), ma non nelle femmine, nelle quali i tassi rimangono pressoché costanti.

- **Eventi sentinella decessi per morbillo:**

anno 2007: n. decessi 0 – copertura vaccinale 95,65%
anno 2008: n. decessi 0 – copertura vaccinale 95,06%
anno 2009: n. decessi 0 – copertura vaccinale 91,23%
anno 2010: n. decessi 0 – copertura vaccinale 38,01% (campagna in corso).

- **Incidenza malattie trasmesse da alimenti**:

le classiche diarree da salmonella sono costanti, mentre sono in aumento quelle da clostridi, tipiche dei soggetti anziani ricoverati in ambienti sanitari. Sono in netta riduzione (-38,6% nel periodo 2007/2010) le sindromi diarroiche da Campylobacter, tipiche della prima infanzia. Sul fronte delle diarree virali, a parte il dato molto elevato dell'anno 2009 che risente del noto focolaio di diarree causato dall'acqua potabile di un comune gardesano, da quando è iniziata la ricerca di agenti virali nell'acqua i dati si sono mantenuti sostanzialmente bassi e scarsamente significativi.

- **Contenimento dell'incidenza delle zoonosi:**

nel periodo 2007/2010 il numero delle zoonosi si è costantemente ridotto (-20,2%).

- **Attuazione degli step pianificati dalla UO Veterinaria in materia di sviluppo e integrazione dei sistemi informativi:**

- e' stata attuata l'implementazione del Sistema Informativo Veterinario (SIV) con estensione del "Modulo Controlli" per il Benessere Animale, Biosicurezza sugli allevamenti di suini, mangimi e utilizzo del farmaco
- è stata estesa la "Preaccettazione" per via informatica dei campioni ematici nell'ambito dei Piani di Sorveglianza per malattia vescicolare, peste suina classica, e malattia Aujesky del suino e nell'ambito del Piano nazionale Residui (campionamenti degli alimenti)
- è stato garantito l'utilizzo della procedura informatizzata per la denunzia di malattie infettive
- vi è stato l'inserimento in Banca Dati Regionale della qualifica sanitaria di tutte le aziende sottoposte al controllo nell'ambito del Piano di Sorveglianza della Brucellosi Ovicaprina
- la programmazione dell'attività di controllo per il 2011 è stata effettuata mediante l'utilizzo del "Modulo Programmazione".

- **Attuazione dei Piani di prevenzione e controllo relativi alla Sanità Pubblica Veterinaria:**

n. 363.453	controlli negli allevamenti bovini e ovicaprini per brucellosi, leucosi e tubercolosi bovina
n. 75.000	controlli su capi oggetto di scambi comunitari e importati
n. 7.000	campionamenti ematici per la sorveglianza della Blue Tongue bovina
n. 24.000	campioni per il monitoraggio dell'influenza aviaria
n. 25.000	campioni per il controllo della malattia vescicolare suina
n. 900	controlli per la verifica della tutela del benessere degli animali da reddito, sia in allevamento che durante il trasporto
n. 2271	catture di cani vaganti, nell'ambito della lotta al randagismo
n. 447	interventi di sterilizzazione, nell'ambito del controllo demografico delle colonie feline
n. 800	controlli nel settore mangimistico
n. 1031	controlli nell'ambito dell'utilizzo del farmaco negli allevamenti
n. 145.518	visite ispettive su capi macellati ungulati domestici
n. 39.173.032	su avicunicoli
n. 10.160	visite per idoneità al consumo di suini macellati al domicilio
n. 10.658	controlli ufficiali sugli impianti di trasformazione di alimenti di origine animale con riconoscimento comunitario
n. 2.367	controlli nell'ambito delle attività di vendita al dettaglio, di cui n. 228 nell'ambito delle cosiddette "attività etniche".

Le azioni compiute nel 2010 possono pertanto considerarsi più che soddisfacenti: esse hanno rappresentato la base di lavoro su cui programmare l'attività per il 2011, al fine di perseguire risultati utili ad aumentare la qualità di vita e il benessere della popolazione.

Regione Lombardia
ASL Brescia

ASL di Brescia
Viale Duca degli Abruzzi 15
25124 Brescia - tel. 03038381