

**Seminario SNOP
GLOBALIZZAZIONE E SALUTE
Bologna, 4 Maggio 2011**

Proposte dell'Associazione Medici per l'Ambiente di iniziative interdisciplinari per la salute globale.

Antonio Faggioli

L'Associazione Medici per l'Ambiente condivide i contenuti della bozza di Documento "Globalizzazione della Salute", presentato dalla SNOP alle società scientifiche in occasione dell'incontro tenuto a Bologna.

Le proposte di iniziative interdisciplinari, che seguono, sono scaturite dall'esperienza maturata dall'Associazione nell'adempimento alla propria missione per la promozione e la tutela del binomio ambiente-salute e in particolare per la prevenzione primaria delle malattie attribuibili all'ambiente.

- 1. Ricerca scientifica.**
- 2. Promozione della salute e partecipazione delle comunità.**
- 3. Strategia della prevenzione primaria.**
- 4. Pianificazione territoriale e urbanistica**
- 5. Salubrità e sicurezza della casa.**
- 6. Cambiamenti istituzionali.**

1. LA RICERCA SCIENTIFICA

- Dalla strategia egemonica del dominio dell'uomo sulla natura, occorre ora la strategia opposta: ossia la natura che guidi la scienza, con un contratto di equità e di equilibrio tra uomo e natura. Premessa a questo contratto è l'uguaglianza tra tutti gli esseri umani.
- Un primo passo verso l'equità è la riduzione dei gas climalteranti di origine antropica, tramite la cooperazione di tutti gli Stati.
- A ciò contribuisce la politica della diffusione dei risultati della ricerca scientifica e di partecipazione della comunità alla costruzione e diffusione delle conoscenze scientifiche.
- Tale partecipazione implica una mediazione tecnica:
 - che semplifichi gli aspetti tecnici e specialistici, lasciando spazio a dubbi, incertezze e contraddizioni ai non specialisti e a tutti i cittadini;
 - che introduca la scienza nella critica sociale e nel dibattito pubblico;
 - che proponga alla ricerca i dubbi e le inquietudini della società.

2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITA'

La promozione della salute, intesa quale controllo della comunità sui determinanti di salute (Carta di Ottawa), è funzionale alla partecipazione dei cittadini nella formazione delle decisioni istituzionali mirate al controllo dei rischi individuali e collettivi.

Sono azioni da attivare a questo proposito:

- la diffusione della cultura della salute;
- l'educazione a stili di vita individuali per la salute individuale;
- la comunicazione sui rischi collettivi.

Gli Stati hanno il dovere e la responsabilità di assicurare la salute collettiva, controllando i rischi che sfuggono al controllo dei singoli.

3. STRATEGIA DELLA PREVENZIONE PRIMARIA

L'OMS ha definito la prevenzione primaria : *Strategia per ridurre i fattori di pericolo e di rischio delle malattie o per accrescere i fattori dell'ospite che possono ridurre la sua suscettibilità alle malattie.*

Ha quale target la comunità o gruppi a rischio, che si propone di mantenere in salute.

Richiede azioni non solo sul piano sanitario, ma soprattutto sul piano ambientale, sociale, economico e culturale con la partecipazione della comunità.

Gli interessi economici tendono solitamente a ostacolare i controlli finalizzati alla prevenzione primaria, nonostante che l'OMS (Carta Europea su Ambiente e Salute – Francoforte 1989) abbia dichiarato che *“Gli Stati debbono favorire gli interessi di salute rispetto agli interessi economici e commerciali”*.

Il controllo è una forma di verifica della conformità di un dato oggetto (progetto, edificio, impianto, attività) a un paradigma normativo predeterminato

Quello preventivo anticipa la realizzazione dell'oggetto e permette di valutarne anticipatamente i requisiti; quello successivo valuta l'oggetto una volta posto in opera.

E' il controllo preventivo che realizza la strategia della prevenzione primaria, senza escludere la necessità anche di quello successivo.

I controlli preventivi sono ritenuti dall'opinione pubblica adempimenti meramente formali, che ostacolano gli interessi economici in quanto allungano i tempi per l'avvio delle attività.

In realtà sono le procedure delle pubbliche amministrazioni nel rilascio degli atti amministrativi che rendono la burocrazia complessa e allungano i tempi.

Va inoltre precisato che i controlli preventivi possono essere svolti indipendentemente dalle procedure amministrative e non interferiscono con le autocertificazioni e gli autocontrolli che giustamente responsabilizzano gli operatori economici.

Controlli preventivi e autocertificazioni-autocontrolli non sono tra loro alternativi, anzi gli ultimi rendono maggiormente necessari i primi.

Gli operatori della sanità pubblica necessitano di una specifica formazione in materia di controlli.

4. PIANIFICAZIONE TERRITORIALE E URBANISTICA

Secondo l'OMS è il primo e principale intervento di prevenzione primaria (entro il 2050 l'80% della popolazione europea vivrà in grandi aggregati urbani).

Gli operatori sanitari debbono essere attori, unitamente ad altri professionisti, nella predisposizione degli strumenti urbanistici, onde assicurare che i piani tengano conto della salute collettiva, oltre agli altri interessi.

5. SALUBRITA' E SICUREZZA DELL'ABITAZIONE

Non riguarda solo le abitazioni degli immigrati, ma tutte le abitazioni.

Gli interventi debbono privilegiare le abitazioni insalubri e insicure esistenti, prima delle nuove costruzioni.

Oltre al superamento delle criticità sociali ed economiche che ostacolano il diritto all'abitazione, vanno assicurati i requisiti strutturali igienico-sanitari e di sicurezza degli edifici a uso abitativo e non solo di questi.

Le vigenti norme, invece, escludono solo per l'edificio abitativo i controlli preventivi sui progetti, presentati ai Comuni per acquisire l'autorizzazione a costruire, e quelli successivi sull'edificio costruito prima del rilascio da parte dei Comuni del certificato di agibilità che attesta la conformità ai requisiti di sicurezza e di salubrità.

Autorizzazione a costruire l'abitazione e attestazione della sua agibilità sono rilasciati dai Comuni a seguito della presentazione della sola autodichiarazione dei costruttori sulla conformità ai requisiti.

6. CAMBIAMENTI ISTITUZIONALI

E' necessario avvicinare la sanità pubblica alle comunità e coinvolgere gli organi di governo locale nella gestione politico-amministrativa della salute per assicurare la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.

L'occasione per coinvolgere attivamente gli enti territoriali nella gestione politico-amministrativa della salute può essere colta con la prima istituzione delle Città Metropolitane, prevista entro Maggio 2012 dall'art. 23 della Legge n.42/2009.

L'iter legislativo per la loro istituzione è iniziato con la Legge n. 142/1990 sulle autonomie locali, la quale (anche dopo le modifiche apportate con la Legge n. 265/1999) prevedeva all'art. 19, tra le attribuzioni, *“i servizi di area vasta nei settori della sanità, della scuola e della formazione professionale”*; tali funzioni erano state previste anche da alcune Regioni come l'Emilia Romagna (*Legge Regionale n. 33/1995*). Le successive disposizioni normative, tra cui il T.U. degli Enti Locali del 2000, hanno soppresso la sanità dalle attribuzioni alle Città Metropolitane.

Le norme attualmente vigenti indicano tre ordini di funzioni attribuibili ai nuovi enti locali: a) quelle proprie, loro attribuite dallo Stato; b) quelle attribuite dalle Regioni; c) quelle delegate dallo Stato alle Regioni, con facoltà di queste di sub-delegarle agli Enti Locali come previsto per alcune funzioni sanitarie di cui si è detto (Legge n. 833/1978, art. 7).

Le funzioni attribuite da Stato e Regioni debbono essere caratterizzate *“dall'unitarietà di esercizio quando ritenuta necessaria per motivi di buon andamento, di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, per motivi funzionali o economici, per esigenze di programmazione o di omogeneità territoriale”* (Legge Costituzionale n. 3/2001, art. 4 e Legge n. 131/2003, art. 7).

Con l'art. 23 della Legge n. 42/2009, dopo una stasi ventennale, riprende l'iter legislativo per la prima e transitoria istituzione (entro Maggio 2012) delle Città Metropolitane, fino all'entrata in vigore della specifica disciplina ordinaria, e con indicazioni generali in ordine alle funzioni da attribuire:

- *pianificazione territoriale generale e delle reti infrastrutturali;*
- *strutturazione di sistemi coordinati di gestione dei servizi pubblici;*
- *promozione e coordinamento dello sviluppo economico e sociale.*

La Regione che trasferisce le proprie funzioni amministrative resta titolare della potestà legislativa concorrente di cui all'art. 117 della Costituzione, conservando i compiti di indirizzo e coordinamento, monitoraggio e controllo.

La Città Metropolitana, per l'esercizio delle proprie funzioni amministrative e di quelle trasferite, si avvale del supporto tecnico dell'ASL; inoltre si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale, anche in considerazione del fatto che le vigenti norme sulle Città Metropolitane e quelle di prossima emanazione sembrano concordare nell'attribuire loro le funzioni amministrative in materia di ambiente. Sarà dovere della Città Metropolitana garantire il coordinamento e l'integrazione delle funzioni dei due organi tecnici, come disposto dall'art. 7-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.

Il nuovo assetto istituzionale della sanità in Area Metropolitana porterebbe a due risultanti importanti:

- a) l'esercizio amministrativo unitario in area vasta di fattori determinanti di salute, quali sono quelli ambientali, superando la frammentazione della loro gestione tra diversi enti locali;
- b) la gestione amministrativa unitaria delle funzioni sanitarie, di quelle ambientali e delle altre materie con impatto ambientale e sanitario già di competenza degli enti locali (pianificazione e uso del territorio; tutela e valorizzazione dell'ambiente; pianificazione della mobilità, traffico e trasporti; difesa del suolo e idrogeologica; tutela e valorizzazione delle risorse idriche; gestione dei rifiuti; ecc...).

La Città Metropolitana è la struttura politico-amministrativa idonea al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- la promozione della salute e la partecipazione dei cittadini alla formazione delle decisioni per il controllo dell'ambiente e degli altri determinanti di salute;

- l'inserimento della salute in tutti i processi di pianificazione degli obiettivi, di programmazione delle azioni, del loro svolgimento e controllo che interessano l'area vasta;
- l'uniformità nell'area vasta delle norme regolamentari in materia di igiene, urbanistica, edilizia, mobilità e trasporti e in altre materie di provato impatto sulla salute collettiva;
- l'esercizio amministrativo autonomo delle funzioni metropolitane, secondo gli statuti e i regolamenti adottati in conformità alle leggi dello Stato.

La gestione amministrativa della sanità dovrebbe coinvolgere anche altre forme di governo locale e in particolare le forme associative dei Comuni previste al Titolo II, Capo V del D.Lgs. n. 267/2000 (stipula di convenzioni tra Comuni, loro costituzione in consorzi, unioni di Comuni, accordi di programma).

Le azioni interdisciplinari proposte rispondono alle strategie per la sicurezza nei confronti dei nuovi rischi globali per la salute :

- **Impegno delle Nazioni per la salute in tutte le politiche.**
- **Cooperazione tra cittadini, tra cittadini e Stati, tra Stati ed entità sopranazionali.**
- **Doveri di ogni Nazione codificati e con valore giuridico, con norme e regole vincolanti anche a livello internazionale.**
- **Disponibilità di un nuovo codice sovranazionale per la salute e la sicurezza internazionale.**

Referente: Antonio Faggioli – Associazione Medici per l'Ambiente.
antoniofaggioli@tiscali.it