

Passante di mezzo -Incontro tematico Salute e Ambiente - 29 Settembre 2016
CONOSCERE LO STATO DELL'AMBIENTE PER LA PREVEZIONE DEGLI EFFETTI
NOCIVI ALLA SALUTE UMANA
Antonio Faggioli

L'acquisizione delle conoscenze sullo stato dell'ambiente è condizione essenziale per la sua tutela e miglioramento e conseguentemente per la protezione della salute umana. Secondo l'OMS, il 24% del carico di malattia e il 23% di tutte le morti sono attribuibili a fattori ambientali.

Alcune conoscenze dello stato dell'ambiente in relazione al traffico.

Inquinamento acustico : caratteri dei suoi effetti nocivi:

- si hanno anche in assenza di percezione;
- non si ha adattamento circa la nocività anche in presenza di adattamento sensoriale/percettivo;
- aumentano in proporzione maggiore rispetto all'aumento del rumore;
- particolarmente accentuato durante il sonno e anche nello stato di veglia;
- sono più accentuati nei bambini e negli anziani;
- si hanno anche a seguito di esposizione volontaria.

Inquinamento atmosferico (ossidi azoto e particolato).

- Effetti acuti (patologie respiratorie con ricovero ospedaliero) a seguito di esposizione ad alta concentrazione atmosferica di inquinanti.
- Effetti cronici (tumori, infarti, ictus cerebrale) con decessi a seguito di esposizione protratta.

Alcuni dati

Inquinamento acustico: nei maggiori centri urbani dell'Emilia Romagna vengono superati i limiti di legge:

- 75% della popolazione è esposta a valori superiore a 55 dB in orario diurno;
- 60% della popolazione è esposta a valori superiori a 50 dB in orario notturno.

Inquinamento atmosferico.

Dati OMS:

- Attualmente in Europa è superato il limite per le PM_{2,5} fissato dalle norme comunitarie in 20 microgrammi/m³.
- Nel 2012 si sono avuti in Europa 430.000 morti attribuibili all'inquinamento atmosferico.
- In Italia nel 2012 le morti attribuibili sono risultate 84.400.
- L'Italia in quell'anno era al primo posto nella graduatoria di tali morti.

Dati ARPA Bologna.

Monitoraggi al Parco Nord (18/2 – 23/3/2015):

- valori dell'Ossido di azoto superiori a quelli della centralina San Felice;
- valori di particolato (PM₁₀, PM_{2,5}) superiori a quelli della centralina San Felice;
- Numero di superamenti del limite giornaliero di PM₁₀ doppio di quello in San Felice.

Dati del Servizio di Statistica – Comune di Bologna (Corriere di Bologna, 15/1/2016).

- In Italia il numero dei decessi nel 2015 è aumentato rispetto al 2014 di 500 unità.
- A Bologna nel 2015 il numero delle morti è risultato di 4.635 contro le 4.555 del 2014.
- Le cardiopatie (30% dei decessi prevalenti nel sesso femminile) e i tumori (30% dei decessi prevalenti nel sesso maschile) sono state le principali cause.
- Le zone cittadine più interessate sono risultate per:
> le cardiopatie: Bolognina, Borgo Panigale, Santa Viola;

> i tumori: Lame, San Donato, San Vitale.

Ciò non dimostra un rapporto causa/effetto tra il sistema tangenziale/autostrada e le suddette patologie, ma richiede di indagarlo tramite la ricerca epidemiologica.

LE STRATEGIE PER L'ABBATTIMENTO O LA MITIGAZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE UMANA ATTRIBUIBILI ALL'AMBIENTE.

Per la difesa dai rischi ambientali per la salute si adottano solitamente due strategie: la prevenzione primaria e l'attuazione del principio di precauzione.

La prevenzione primaria, ossia prima dell'insorgenza della malattia, è stata definita dall'OMS *“la strategia che riduce i rischi di malattia o accresce i fattori che possono ridurre la suscettibilità alle malattie”*.

E' stata riconosciuta avere i seguenti vantaggi rispetto alle terapie:

- produce benefici in tempi non brevi, ma che persistono più a lungo dei benefici delle cure;
- elimina o riduce i costi per la cura delle malattie cronico-degenerative, come i tumori;
- è un'azione più equa rispetto a quella terapeutica, in quanto produce benefici distribuiti in ampi gruppi di cittadini o nell'intera popolazione.

La sua azione prevede:

- un “target” collettivo, la comunità o gruppi di cittadini a rischio;
- l'abbattimento dei fattori di rischio che sfuggono al controllo dei singoli;
- la partecipazione dei cittadini.

Il principio di precauzione (D. Lgs. n.152/2006, art. 301) ha avuto legittimazione anche sul piano giuridico, con due sentenze del Consiglio di Stato (sezione IV, 11 Novembre 2014, n. 5525; Sezione V, 18 Maggio 2015, n. 2495):

“Il principio di precauzione fa obbligo alle autorità competenti di adottare provvedimenti appropriati al fine di prevenire i rischi potenziali per la sanità pubblica, la sicurezza e l'ambiente, ponendo una tutela anticipata rispetto alla fase dell'applicazione delle migliori tecniche proprie del principio di prevenzione. L'applicazione del principio di precauzione comporta che, ogni qualvolta non siano conosciuti con certezza i rischi da una attività potenzialmente pericolosa, l'azione dei pubblici poteri debba tradursi in una prevenzione anticipata rispetto al consolidamento delle conoscenze scientifiche anche nei casi in cui i danni siano poco conosciuti o solo potenziali”.

LA VALUTAZIONE DI IMPATTO AMBIENTALE (VIA)

Secondo le Direttive della UE (2011/92/UE – 2014/52/UE), la VIA *“è la procedura volta a garantire che le conseguenze ambientali dei progetti siano valutate e considerate prima che l'autorità competente dello Stato membro decida in merito all'approvazione dei progetti”*.

La valutazione deve comprendere:

- popolazione e salute umana;
- biodiversità;
- territorio, suolo, acqua, aria, clima.

Il processo si svolge secondo le seguenti fasi:

- rapporto di valutazione di impatto ambientale predisposto dal committente;
- svolgimento delle consultazioni;
- esame del rapporto da parte dell'autorità competente;
- conclusione motivata dell'autorità competente.

La normativa italiana (D. Lgs. n. 152/2006 , artt. 5, 24, 27) prescrive:

- uno studio di impatto ambientale tecnico-scientifico ad opera del committente con oneri a suo carico;
- la consultazione per la partecipazione delle competenti amministrazioni e del pubblico interessato nella raccolta e valutazione dei dati;
- la trasmissione all'autorità competente da parte del committente di domanda, allegando il progetto, lo studio di impatto ambientale e una sintesi non tecnica.

LA VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE (VIS).

Il Ministero della Salute ha diramato “linee guida” per la valutazione di impatto sulla salute (Giugno 2016).

Il percorso si sviluppa su 5 fasi, che richiedono competenze di ordine epidemiologico, con il suggerimento siano effettuate:

- descrizione delle emissioni o scarichi nelle matrici ambientali;
- valutazione della popolazione direttamente o indirettamente esposta;
- valutazione di impatto diretto e indiretto, con :
 - analisi della letteratura scientifica e stima dei casi attesi,
 - analisi dello stato di salute ante-operam della popolazione esposta,
 - stima di impatto in fase di cantiere, esercizio e dismissione;
- descrizione delle misure suggerite di mitigazione e del piano di monitoraggio.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE AMBIENTALE E SANITARIA PER LA PARTECIPAZIONE

Nell'attuale progettazione preliminare del Passante di Mezzo e negli “incontri di confronto con i cittadini” non risultano osservate le vigenti norme né le evidenze scientifiche per la informazione, la comunicazione e la partecipazione dei cittadini alla tutela dell'ambiente e della salute collettiva.

Norme comunitarie

- **Convenzione di Aarhus 25.6.1998 (firmata dalla CE e dai suoi Stati membri) – Accesso all'informazione, partecipazione dei cittadini e accesso alla giustizia in materia ambientale.**
- **Direttiva 2001/42/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.6.2001. - Valutazione degli effetti di determinati piani e programmi sull'ambiente.**
- **Direttiva 2003/4/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28.1.2003. – Accesso del pubblico all'informazione ambientale.**
- **Direttiva 2003/35/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 26.5.2003. – Partecipazione del pubblico alla elaborazione di taluni piani e programmi in materia ambientale.**
- **Decisione 2005/370/CE del Consiglio del 17.2.2005 – Firma, a nome della Comunità Europea, della convenzione di Aarhus.**
- **Regolamento n. 1367/2006/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 6.9.2006. – Applicazione alle istituzioni e agli organi comunitari delle disposizioni della Convenzione di Aarhus.**
- **Direttiva 2008/1/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 15.1.2008- Prevenzione e riduzione integrate dell'inquinamento” (Artt. 15 e 16 e ALL. V : Partecipazione del pubblico alle decisioni).**

Norme nazionali

- Legge 8.7.1986, n. 349 (art.14.com.3) – *Istituzione del Ministero dell’Ambiente.*
- Legge 7.6.2000, n. 150 - *Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni.*
- DPR 21.9.2001, n. 422 - *Regolamento di applicazione della Legge n. 150/2000.*
- D.Lgs. 19.8.2005, n. 195 - *Attuazione della Direttiva 2003/4/CE sull’accesso del pubblico all’informazione ambientale.*
- D.Lgs. 3.4.2006, n. 152 – *Norme in materia ambientale.*
(Art. 3-sexies: *Diritto di accesso alle informazioni ambientali e di partecipazione a scopo collaborativo*)
- D.Lgs. 14.3.2013, n. 33 – *Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubblica amministrazione.*

000000000000

Direttiva 2001/42/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.6.2001. - Valutazione degli effetti di determinati piani e programmi sull’ambiente

Art. 6 – *Consultazioni*

4. Gli Stati membri individuano i settori del pubblico ai fini del paragrafo 2, compresi i settori del pubblico che sono interessati dall'iter decisionale nell'osservanza della presente direttiva o che ne sono o probabilmente ne verranno toccati, includendo le pertinenti organizzazioni non governative quali quelle che promuovono la tutela dell'ambiente e altre organizzazioni interessate.

5. Gli Stati membri determinano le specifiche modalità per l'informazione e la consultazione delle autorità e del pubblico.

D. Lgs. 3 Aprile 2006, n. 152 : Norme in materia ambientale.

Art. 3 Sexies - *Diritto di accesso alle informazioni ambientali e di partecipazione a scopo collaborativo.*

In attuazione della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni, e delle previsioni della Convenzione di Aarhus ratificata dall’Italia con la Legge 16 marzo 2001 n. 108, e ai sensi del D. Lgs 19 agosto 2005 n. 195 chiunque, senza essere tenuto a dimostrare la sussistenza di un interesse giuridicamente rilevante, può accedere alle informazioni relative allo stato dell’ambiente e del paesaggio nel territorio nazionale.

Allegato alla Parte Seconda

1. Informazioni da inserire nel rapporto ambientale.
2. Criteri per verificare se lo specifico piano o programma oggetto di approvazione possa avere effetti significativi sull’ambiente.
5. Informazioni da inserire nello Studio di impatto ambientale.

Allegato alla Parte Quarta (Titolo Quinto)

1. Criteri generali per l’analisi di rischio sanitario-ambientale sito-specifica.

L’informazione e la comunicazione

Informazione e comunicazione non sono sinonimi, ma azioni distinte per quanto integrate che assumono un particolare significato nel processo di gestione dei rischi per la salute.

L’informazione è un processo unidirezionale che trasmette notizie sui pericoli e sui rischi per la salute. La comunicazione è un processo interattivo basato sullo scambio reciproco di informazioni, esperienze e conoscenze tra i partecipanti esposti e/o interessati al rischio. In entrambi i processi va chiarito il diverso significato di “pericolo” e di “rischio”.

Il pericolo è dato dalla proprietà di un fattore biologico o fisico o chimico atto a produrre un effetto dannoso alla salute.

Il rischio è la stima delle probabilità che un fattore di pericolo produca effetti nocivi in determinate condizioni relative all’entità del pericolo e all’esposizione dei cittadini allo stesso. Nel caso di fattori di pericolo di origine ambientale, informazione e comunicazione ai

cittadini devono tenere conto:

a) dello stato del sistema ambiente, dei fattori di pericolo individuati, dei rischi stimati e valutati nella loro entità;

b) delle conoscenze richieste dalla comunità:

- origine e descrizione del rischio;

- suoi effetti ed eventuale loro cumulabilità;

- intensità del rischio, sua durata, livelli di accettabilità o meno e loro misura;

- possibilità di controllo del rischio da parte dei singoli e della comunità;

- azioni di controllo del rischio da parte delle istituzioni previste dalle norme;

c) delle conoscenze dei cittadini sulla efficacia delle possibili azioni per la prevenzione e adattamento al rischio;

d) della percezione dei rischi che hanno i cittadini;

e) dell'attendibilità secondo i cittadini delle informazioni ricevute; secondo i dati riportati dallo Eurobarometro, nel 2008 la graduatoria di merito sull'attendibilità delle informazioni ricevute dai cittadini dell'UE era la seguente:

1. associazioni ambientaliste, istituzioni scientifiche;

2. mass media, organi istituzionali, governi regionali;

3. imprese, scuola e università, sindacati (ultimo posto).

La partecipazione

La partecipazione, secondo G. Maccacaro “... non è ma diventa per forza di esercizio e non di decreto ...”.

Il processo deve essere strutturato con un adeguato termine temporale, oltre alla precisazione delle sedi e delle seguenti regole e criteri:

• partecipazione attiva dei soggetti individuali, collettivi e istituzionali;

• informazione e comunicazione sullo stato del sistema ambiente, della salute della comunità, sui problemi di interesse comune, sulla disponibilità o carenza di norme e di evidenze scientifiche, sulle politiche e gli obiettivi che si pongono le istituzioni;

• adozione di decisioni non solo indicative delle azioni (il programma), ma anche adeguate a promuoverle (gli interventi) e a verificarne i risultati (il controllo);

• contributo di tutti i soggetti partecipanti alla formazione delle decisioni di competenza delle istituzioni.

Conclusioni

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) “L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico e per migliorare l'equità e la qualità della vita”. (WHO. What is the evidence on effectiveness of empowerment improve health? WHO Copenhagen 2006.)

Il miglioramento della qualità della vita è quindi l'obiettivo dell'empowerment (conferire potere alla collettività) tramite l'acquisizione di competenze da parte dei cittadini stessi.

In tale modo la comunità offre l'opportunità per accrescere il controllo sulle condizioni di vita e per influire sulle decisioni politiche.

Il risultato atteso è che nel territorio comunale, ma anche nell'area vasta della Città Metropolitana, si realizzino cambiamenti migliorativi attuando “buone pratiche” che diano concretezza alle azioni e siano di esempio all'intera comunità, alle loro associazioni e agli organi di governo locale.

L'empowerment è strumento di prevenzione, che deve essere promosso, favorito e attuato dalle istituzioni, necessario a livello territoriale per realizzare la prevenzione e l'adattamento agli effetti ambientali e sanitari.

Il Sindaco per legge é “autorità sanitaria locale” e il Comune è l’istituzione a più diretto contatto con i cittadini, quindi nelle condizioni più adeguate per promuovere, sostenere e attuare l’informazione, la comunicazione e la partecipazione dei cittadini

Le Istituzioni – Ministero Infrastrutture, Regione Emilia Romagna, Comune di Bologna, Città Metropolitana di Bologna – hanno trascurato, nella fase di predisposizione del progetto preliminare, di richiedere la previsione delle strategie e delle azioni per la protezione della salute collettiva dai rischi che possono derivare dal Passante di Mezzo di Bologna.

Referente : antoniofaggioli33@gmail.com.