

Il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia

Prof. Antonio Faggioli

Libero Docente in Igiene presso l'Università di Bologna

Consulente del Comune di Bologna

Gli aspetti innovativi

I principali aspetti innovativi, in parte già introdotti dalla precedente normativa in materia, si possono sintetizzare come segue:

a) riduzione dei titoli abilitanti alla sola concessione e alla denuncia inizio attività (DiA), finalizzati al controllo preventivo sotto il profilo urbanistico ed edilizio; vengono individuati gli interventi soggetti a concessione e in via residuale tutti i restanti assoggettati a DiA; questi ultimi debbono rispondere al requisito di non incidere sulla trasformazione urbanistica ed edilizia, con la necessità quindi di definire una "soglia di trasformazione urbanistica ed edilizia" al di sotto della quale si pongono gli interventi soggetti a DiA;

b) semplificazione dei procedimenti, ricorrendo a :

- sportello unico
- conferenza dei servizi
- abolizione del parere obbligatorio della commissione edilizia;
- consultazione e assistenza tra le parti (istituzioni e imprese) per ridurre gli atti di diniego; sostituzione del parere igienico sanitario delle ASL nelle fasi istruttorie con autodichiarazione delle imprese circa la conformità alle norme igienico sanitarie, fatta salva la facoltà delle imprese stesse di presentare allo sportello unico, in alternativa alla autodichiarazione, il parere dell'ASL;

c) soppressione del termine "abitabilità", recuperato nel concetto unitario di "agibilità" che esprime la presenza complessiva dei requisiti di sicurezza e di salubrità degli edifici;

d) aggiornamento della normativa tecnica.

L'impatto delle innovazioni sulle competenze delle ASL

La riduzione dei titoli abilitativi comporta per le ASL un impegno a dotarsi di strumenti culturali e professionali per affrontare le tematiche urbanistiche; infatti, la definizione di una "soglia" sotto la quale certi interventi vengono ritenuti non incidenti sulla trasformazione urbanistica ed edilizia (quindi soggetti solo a DiA), non può non tenere conto degli aspetti urbanistici sotto l'aspetto dell'igiene ambientale e di quelli edilizi di carattere igienico sanitario.

Occorre pertanto attivare stretti rapporti funzionali con le istituzioni (Regioni e Comuni) che dovranno adottare decisioni al riguardo, oltre che con l'Università per la ricerca e la sperimentazione.

La semplificazione dei procedimenti incide sugli aspetti organizzativi del lavoro e sui procedimenti delle ASL, oltre che sulla vigilanza da queste esercitata.

Relativamente agli aspetti organizzativi, i procedimenti delle ASL debbono uniformarsi alle modalità e ai tempi previsti dallo Sportello Unico.

Nella fase istruttoria, per quanto gestita dallo Sportello Unico, assume rilevanza:

- la disponibilità delle ASL a fornire pareri e assistenza alle imprese, particolarmente responsabilizzate dalla facoltà di presentare autodichiarazioni al fine di ridurre i tempi e di semplificare i procedimenti;
- la sostituzione del tradizionale rapporto ASL/Comune con il rapporto ASL/Imprese, che si esercita con il rilascio di pareri direttamente alle imprese stesse che li utilizzano in alternativa alla autodichiarazione.

Per quanto riguarda la vigilanza, questa sarà mirata al costruito e programmata secondo criteri che tengano conto degli usi degli edifici a maggior rischio per la salute e l'ambiente.

La introduzione del concetto di "agibilità", comprensivo della precedente "abitabilità", non modifica la sostanza dei requisiti da controllare sul piano igienico sanitario; si pone piuttosto il problema dei requisiti di sicurezza e fruibilità (superamento barriere architettoniche, sicurezza degli impianti, resistenza meccanica e stabilità, risparmi energetico, protezione dal rumore, ecc...) che non potranno essere controllati da soggetti diversi e con procedimenti diversi da quelli che verificano i requisiti igienico sanitari. Se così non fosse, si avrebbero diseconomie di gestione e tempi difficilmente compatibili con quelli previsti dai procedimenti comunali.

Le ASL si dovranno pertanto attrezzare per il controllo anche dei requisiti di sicurezza ai fini dell'agibilità, perché diversamente i Comuni si orienterebbero ad avvalersi di altri soggetti per i controlli, facoltà loro

riconosciuta dalle vigenti norme in materia di abitabilità (agibilità).

Richiamando la disciplina dell'agibilità contenuta nel DPR. 22.4.1994, n.425 con le modifiche apportate dal T.U. per l'Edilizia e tenuto conto della Sentenza della Corte Costituzionale n.256 del 10-18 Luglio 1996, ne risulta che:

- restano in capo ai Comuni tutti gli obblighi inerenti alla verifica delle condizioni igienico sanitarie per l'abitabilità (agibilità) degli edifici, con l'unica possibile deroga ai requisiti fissati dai regolamenti comunali;
- i Comuni sono tenuti ad accertare le condizioni di salubrità ai fini dell'abitabilità (agibilità) degli edifici, a seguito di richiesta degli interessati, avvalendosi degli uffici comunali; nulla vieta ai Comuni di avvalersi delle ASL tramite la stipula di accordi, non essendo più tale funzione compito di istituto per le ASL;
- il relativo certificato è rilasciato dal Comune entro 30 giorni dalla data della domanda e in tale periodo il Comune può disporre ispezioni;
- oltre i 30 giorni (così ridotti dal T.U. rispetto ai 45 giorni previsti dal DPR. n.425/1994) dalla data di presentazione della domanda, qualora non sia stata rilasciata dal Comune la certificazione o il diniego, l'agibilità si intende attestata (silenzio-assenso); **il termine temporale per la formazione del silenzio-assenso diventa di 60 giorni nei casi di autodichiarazione;**
- in alternativa alla autodichiarazione, le imprese possono presentare al Comune (Sportello Unico) il parere delle ASL sulla conformità dei requisiti previsti per l'agibilità;
- nei successivi 180 giorni il Comune può disporre ugualmente ispezione, anche ai fini della eventuale dichiarazione di inagibilità ai sensi dell'art.222 del T.U. Leggi Sanitarie 1934.

È pertanto opportuno che le ASL instaurino accordi con i Comuni affinché questi si avvalgano di loro per le ispezioni di competenza comunale e concertino:

- a)** gli oggetti edilizi da controllare nei primi 60 giorni, escludendo quelli che già hanno acquisito parere favorevole delle ASL;
- b)** i restanti oggetti edilizi (sempre esclusi quelli già controllati con esito favorevole dalle ASL a seguito di richiesta delle imprese) che possono comportare rischi per la salute e per l'ambiente per le loro particolari caratteristiche d'uso, da controllare comunque entro i successivi 180 giorni.

Per quanto riguarda la normativa tecnica da aggiornare, anche se la competenza è attribuita al Ministero Lavori Pubblici sentito il Consiglio Superiore dei lavori pubblici, risulta evidente la necessità di un coinvolgimento al riguardo dei "tecnici della salute", sia per i requisiti che saranno previsti dalle norme nazionali sia per quelli da inserire nei regolamenti comunali.

Conclusioni

Il T.U. per l'Edilizia conferma quanto già avviato dalla più recente normativa in materia circa il trasferimento dei controlli di merito dalla fase progettuale a quella dell'opera edilizia completata, soprattutto a seguito dell'ammissione di autodichiarazioni delle imprese sulla rispondenza alle norme per l'acquisizione dei titoli abilitativi e dell'agibilità.

Ciò non esclude le azioni di controllo, ma al contrario le rendono maggiormente necessarie, per cui le ASL dovranno valutare il fabbisogno di risorse umane con specifiche professionalità e dovranno orientarsi a modificare la propria organizzazione del lavoro e i relativi procedimenti e a programmare gli interventi valutando il rapporto rischi/benefici (rischi correlati a particolari usi degli edifici / efficacia dei controlli).

Il T.U. quindi, oltre a non costituire ostacolo all'esercizio delle competenze delle ASL, rappresenta un'occasione per il rilancio di una disciplina troppo spesso trascurata dai Dipartimenti di Prevenzione, un rilancio che parte dall'aggiornamento culturale e professionale dei "tecnici della salute".

"LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE SANITARIA E PER LA ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLE ASL"

Consiglio Superiore di sanità - Seduta del 22.11.2000

Osservazioni

Il documento offre agli operatori della prevenzione e agli organi di governo della sanità indirizzi validi e quindi condivisibili sul piano culturale e professionale.

Sono senz'altro da condividere i seguenti aspetti :

- gli indirizzi per lavorare per obiettivi e progetti;
- le indicazioni metodologiche per la individuazione degli obiettivi prioritari di salute a livello nazionale e regionale;
- le carenze dei Dipartimenti di Prevenzione emerse dalla Relazione sullo stato di attuazione dei Dipartimenti di Prevenzione, conseguente all'indagine dalla Commissione Parlamentare di

Inchiesta sul sistema sanitario.

Tuttavia, allorchè il documento affronta i criteri organizzativi del Dipartimento, la parte maggiormente attesa dagli operatori, si dimostra estremamente carente e in certe parti difficilmente conciliabile con l'assetto organizzativo così come determinato dal D.Lgs. 229/1999.

Nessun dubbio che la organizzazione del Dipartimento rientri nelle competenze regionali, ma si sarebbe dovuto tenere presente che la SitI e gli stessi risultati della indagine sullo stato di attuazione dei Dipartimenti evidenziavano la necessità di uno schema organizzativo che assicurasse da un lato lo spazio dovuto alle Regioni, ma dall'altro anche un livello minimo di omogeneità nazionale che il D.Lgs. 229 non è stato e non è in grado di assicurare.

Le carenze culturali e professionali rendono indubbiamente difficile operare per obiettivi e progetti, ma sembra eccessivo chiamare in causa a questo proposito anche le funzioni di polizia giudiziaria, quando invece hanno un peso negativo di gran lunga maggiore le molteplici norme obsolete che si devono comunque osservare e le sempre più numerose richieste dei cittadini di interventi puntuali chiaramente non programmabili.

Per quanto riguarda le molte norme vigenti che impongono interventi spesso privi di ogni evidenza di efficacia, sarebbe bene che il Consiglio Superiore di Sanità provvedesse a un'analisi della situazione normativa attuale per aggiornarla, possibilmente senza dover ricorrere alle leggi finanziarie, come è stato fatto sin ora per l'abrogazione di alcune norme in materia di prevenzione delle malattie infettive.

Relativamente alle sempre più frequenti richieste di intervento dei singoli cittadini e della comunità, queste vanno considerate positivamente in quanto dimostrano la validità di un rapporto tra cittadini e Dipartimenti, in una situazione istituzionale in cui solitamente il cittadino che lamenta rischi per la salute o anche soli disagi non trova referenti e perciò si rivolge con richieste, talvolta anche improprie, all'unica istituzione che se ne fa carico.

Attenzione quindi a sopprimere, in funzione degli "obiettivi e progetti", gli spazi in cui si esercitano queste attività, anche se comportano impegni impossibili da programmare; deve invece essere possibile prevedere nell'organizzazione del lavoro gli spazi temporali e le risorse da dedicare loro. In altri termini vanno conciliate le funzioni di ascolto e di consulenza ai cittadini e alle imprese che lamentano problemi estemporanei con quelle di programma.

Ma il punto più discutibile del documento è quello in cui si ritiene di superare il vecchio e sempre attuale problema della mancata integrazione funzionale tra le diverse professionalità, tra i vari Servizi del Dipartimento e tra il Dipartimento di Prevenzione e gli altri Dipartimenti (non solo quelli territoriali), ricorrendo a "gruppi multidisciplinari, multiprofessionali, multisettoriali"; le esperienze già fatte con tali gruppi hanno dimostrato il forte e insuperabile condizionamento che i gruppi subiscono da parte dei servizi o unità operative cioè dalle organizzazioni formalmente strutturate.

Nessuno può mettere in discussione la necessità di azioni multiprofessionali e multisettoriali, non esistendo praticamente obiettivo di prevenzione che non richieda l'intervento contemporaneo di molteplici professionalità e diversi servizi, ma ciò si scontra con le disposizioni del D.Lgs.229/1999 che impone all'interno delle tre aree dipartimentali "strutture organizzative specificamente dedicate" (**art.7-quater, comma 2) le quali si distinguono in "servizi o unità operative in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite" (art, 7-quater, comma 3).**

I servizi così concepiti costituiscono gabbie monodisciplinari e monoprofessionali difficilmente tra loro comunicanti, arroccate sulla "omogeneità" della disciplina che soverchia anche gerarchicamente le altre discipline eventualmente presenti nello stesso servizio, che non sono disponibili a interventi congiunti per problemi che impegnano contemporaneamente più servizi, al punto che si eseguono tante e distinte ispezioni nello stesso luogo quanti sono i servizi coinvolti. Questi problemi sono noti da tempo e si dovrà pure trovare il modo di affrontarli, senza limitarsi a invocare gruppi spontanei se poi questi non vengono messi in grado di operare.

Inspiegabile è il continuo rinvio di un problema, anche questo a tutti noto, che costituisce l'apice della incomunicabilità tra servizi, : quello dei rapporti funzionali tra i medici del servizio "Igiene degli alimenti e della nutrizione" e i veterinari del servizio "Igiene della produzione ecc... degli alimenti di origine animale"; almeno si fosse fatta chiarezza sulle rispettive competenze, in mancanza di una organizzazione del lavoro multiprofessionale.

In queste condizioni non è possibile stupirsi della "specificità settoriale" che ostacola l'adozione di una progettazione per obiettivi.

Occorre sperimentare "modalità di lavoro per la soluzione ai problemi di integrazione", che il documento del CSS richiama ma senza fornire alcuna utile indicazione al proposito.

Dato l'assetto organizzativo del D.Lgs. 229/1999, con tutti i limiti di cui si è detto, una ipotesi può essere quella di una organizzazione del lavoro per "processi", già ampiamente sperimentata nella produzione di beni e servizi e dimostratasi, seppure in realtà ben diverse da quella di un'Azienda Sanitaria, efficace per la integrazione funzionale e la interprofessionalità delle azioni.

Il processo è stato definito "una sequenza di azioni che coinvolgono diverse strutture di produzione (i servizi), finalizzato a un obiettivo unitario ma indipendente e separabile dalle strutture organizzative e dalle relative responsabilità".

In altri termini il processo si avvia e prosegue con una successione di azioni, ciascuna esattamente prevista per quanto riguarda l'obiettivo e i servizi che vi partecipano con le relative professionalità, si conclude con la verifica dell'obiettivo finale. In tal modo i servizi restano strutturati come previsto dalla norma, anche per quanto riguarda la loro "omogeneità disciplinare", ma vengono impegnati in una successione di azioni che coinvolgono anche altri servizi, in ciascuna delle quali sanno quale ruolo è loro attribuito e ne rispondono esclusivamente sotto l'aspetto professionale. Da ciò ne deriva la necessità che il processo sia attribuito a una responsabilità esterna e autonoma rispetto ai singoli servizi.

Il lavoro per processi è congruente a un lavoro per obiettivi e progetti, ma si debbono prevedere anche gli spazi per gli interventi estemporanei richiesti dai cittadini.

Nel documento del CSS si riscontra anche una carenza in merito ai rapporti esterni del Dipartimento di Prevenzione, rapporti da definire con le altre strutture di produzione (i Dipartimenti sia territoriali che ospedalieri); anche a questo proposito potrebbe valere l'ipotesi di una organizzazione per processi, in cui le azioni nelle diverse fasi sono attribuite appunto ai diversi Dipartimenti in funzione dell'obiettivo di ciascun processo.

Manca nel documento in particolare il rapporto con i Distretti, problema questo estremamente complesso a seconda della "missione" a questi attribuita: struttura di sola committenza o struttura di sola produzione o struttura mista di committenza e produzione? La scelta che sarà fatta dalle Regioni non è indifferente per i Dipartimenti di Prevenzione.

Infine anche il rapporto sanità - ambiente (Dipartimento - ARPA) è lasciato sostanzialmente in sospeso, così come era stato lasciato dal D.Lgs. 229/1999 e dalle leggi regionali istitutive dell'ARPA; una cosa comunque va ribadita: la mancanza per la sanità pubblica di un preciso referente certo all'interno della sanità pubblica stessa per gli accertamenti analitici, presente in tutti gli altri Paesi, limita fortemente l'efficacia degli interventi di prevenzione.

Per concludere, il documento del CSS è un ottimo documento sul piano accademico, con importanti indicazioni culturali e professionali, ma non affronta i problemi denunciati dagli operatori della prevenzione, dagli organi di governo locale e dalla comunità; se poi si vorrà sostenere che tali problemi dovranno essere affrontati dalle Regioni, allora si spieghi quali erano i presupposti di partenza e gli obiettivi del CSS dal momento che sembrano essere stati ignorati i fondamentali punti critici evidenziati dalla Relazione sullo stato di attuazione dei Dipartimenti di Prevenzione.

Prof. Antonio Faggioli