

Doc. XVII
n. 10

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE **(Igiene e sanità)**

nella seduta del 15 dicembre 1998

Relatore CARELLA

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

promossa dalla Commissione stessa nella seduta del 3 giugno 1997, svolta nelle sedute dell'8 e 17 luglio, del 2 ottobre e del 3 dicembre 1997, del 10 febbraio 1998 e con i sopralluoghi compiuti in Venezia-Porto Marghera, in Portoscuro, in Brindisi, in Taranto, in Melfi e in Manfredonia tra il 22 giugno e l'8 ottobre 1998, conclusa il 15 dicembre 1998

SULLO SVILUPPO DI PATOLOGIE AD EZIOLOGIA AMBIENTALE E SULLA TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA NELLE AREE AD INQUINAMENTO AMBIENTALE DIFFUSO

(articolo 48, comma 6, del Regolamento)

Comunicato alla Presidenza il 16 dicembre 1998

L'indagine conoscitiva

L'inquinamento dell'ecosistema rappresenta, come è noto, una delle principali cause cui si imputa l'incremento delle malattie degenerative - in particolare delle malattie neoplastiche e delle patologie dell'apparato respiratorio - il cui aumento tendenziale appare in costante crescita non solo nelle società industrializzate, ma anche in quei paesi in via di sviluppo verso i quali vengono dirottate le produzioni più inquinanti e le tecnologie produttive obsolete.

Anche in Italia si è progressivamente diffusa la consapevolezza della gravità del rischio sanitario di origine ambientale, un problema che investe pressoché l'intera comunità nazionale, ove si considerino le radicali trasformazioni intervenute nel nostro Paese nell'ultimo quarantennio per quanto riguarda il rapporto tra uomo e ambiente.

Nel quadro di un ecosistema che appare in generale fortemente compromesso, il Ministro dell'ambiente, come è noto, ha individuato alcune aree dove il carattere particolarmente aggressivo degli insediamenti industriali, spesso in presenza di un ecosistema piuttosto fragile, ha causato fenomeni di inquinamento atmosferico e idrogeologico a carattere particolarmente accentuato e nel contempo diffuso, così da determinare una situazione di vero e proprio rischio ambientale.

Nel 1996 l'Organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato un rapporto nel quale lo stato di queste aree a rischio ambientale diffuso veniva analizzato sotto lo specifico profilo dello stato epidemiologico.

La realtà che emergeva da questo studio, per più versi allarmante, ha indotto la Commissione igiene e sanità del Senato a pro-

porre all'unanimità un'indagine conoscitiva, autorizzata dal Presidente del Senato in data 6 giugno 1997, avente lo scopo di verificare lo stato epidemiologico delle malattie ad eziologia ambientale nelle aree ad inquinamento ambientale diffuso e, partendo da questi dati, di fare il punto sugli strumenti attualmente disponibili in Italia per la tutela della salute pubblica e sulla loro concreta utilizzazione.

L'esigenza di questa indagine era determinata anche dalla consapevolezza che l'indirizzo politico fino ad oggi prevalente in materia di inquinamento diffuso è stato quello di affrontare il problema in un'ottica squisitamente ambientale, intervenendo con specifici provvedimenti in materia di inquinamento e di rischi di incidenti rilevanti; anche il Parlamento, il cui impegno in materia di protezione ambientale si è fatto sempre più significativo negli ultimi anni, ha finora percorso la stessa strada, con iniziative sicuramente pregevoli - come la costituzione della Commissione parlamentare d'inchiesta sullo smaltimento dei rifiuti - ma che lasciano in ombra la fondamentale questione della tutela sanitaria dei cittadini e della percorribilità di interventi specificamente correlati alla prevenzione degli effetti patogeni del degrado dell'ecosistema.

Va peraltro osservato che, dopo l'avvio dell'indagine conoscitiva, si è verificato un significativo elemento di novità, costituito dalla presentazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

Questo documento programmatico ribalta per la prima volta la tradizionale impostazione della politica sanitaria italiana, che privilegia il momento della cura e dell'intervento medico, per affermare la centralità del momento della prevenzione, che fino ad ora era stata trascurata pur essendo definita

dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale come uno dei principi informatori dell'intero sistema.

In questo quadro il Piano sanitario nazionale assume tra gli obiettivi assegnati il miglioramento del contesto ambientale, riconoscendo la necessità di un quadro d'intervento di carattere multisetoriale per il miglioramento della qualità dell'aria, dell'acqua e degli alimenti, nonché per la riduzione dell'esposizione alle radiazioni e la riduzione e lo smaltimento razionale dei rifiuti (obiettivo III).

In sede di dibattito parlamentare - in coerenza del resto con la normale dialettica tra maggioranza e opposizione - è emersa una diversità di valutazioni spesso molto netta in ordine alla validità del piano e all'idoneità del sistema a realizzarne gli obiettivi; tuttavia unanime è stato il riconoscimento che la strada della prevenzione è quella giusta per migliorare la capacità del sistema di rispondere al bisogno di salute della collettività, contenendo e governando nel contempo la dinamica dei costi. In questo quadro l'indagine conoscitiva assume un nuovo valore, che è quello di fornire elementi di conoscenza per orientare l'azione del Parlamento e del Governo in un settore centrale della politica di prevenzione sanitaria.

La fase istruttoria dell'indagine

In una prima fase la Commissione ha proceduto ad una serie di audizioni di rappresentanti di soggetti scientifici ed istituzionali.

Sono stati ascoltati in particolare:

a) i responsabili in Italia dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), dottor Roberto Bertolini e ingegner Michele Faberi;

b) i responsabili del laboratorio di igiene ambientale dell'Istituto superiore di sanità, ingegner Giovanni Alfredo Zappone, dottoressa Susanna Lagorio e dottor Enzo Funari;

c) i responsabili del laboratorio di fisica dell'Istituto superiore di sanità, dottor Paolo Vecchia, dottor Gianni Francesco Mariutti e dottoressa Serena Risica;

d) il direttore del Servizio inquinamento atmosferico ed acustico e per le industrie a rischio (SIAR) del Ministero dell'ambiente, dottor Corrado Clini.

I resoconti stenografici delle sedute relative a dette audizioni e una selezione di documenti acquisiti dalla Commissione saranno successivamente pubblicati in volume.

Per quanto riguarda in particolare l'audizione dei rappresentanti dell'Organizzazione mondiale della sanità, essi si sono soffermati sulle metodologie dello studio elaborato dalla divisione di Roma del Centro europeo ambiente e salute dell'OMS, dalla quale aveva preso le mosse l'indagine conoscitiva, illustrando in particolare i criteri per la definizione e la classificazione delle aree a rischio, suddivise in aree puntiformi - quali Massa Carrara, Manfredonia, Taranto, Brindisi, Augusta-Priolo, Gela, Crotona, Portoscuso - ed aree complesse, quali la Valborgna, l'area Lambro-Olona-Seveso, i conoidi della Valle del Po, il Polesine, il Po di Volano, la provincia di Napoli e la Valle del Sarno.

Sono poi stati illustrati i criteri di valutazione degli effetti manifestati in passato o nel presente in relazione ad esposizioni a fattori inquinanti e le previsioni epidemiologiche.

Sono state infine illustrate alcune tabelle relative alla mortalità per malattie respiratorie e per tumori verificati nelle zone a rischio e al loro eventuale spostamento dalle aspettative elaborate sulla base dei dati epidemiologici nazionali.

Un elemento importante emerso da questa audizione, e che sarebbe poi stato confermato dalle successive audizioni dei rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità, è il carattere in notevole misura congetturale di questi studi epidemiologici, dal momento che la valutazione della relazione tra ambiente e salute è soggetta a modificarsi

con l'evolvere delle conoscenze scientifiche, il che trova riscontro nell'evoluzione delle varie legislazioni nazionali, che nelle norme di tutela ambientale hanno conosciuto una progressiva riduzione dei livelli di concentrazione dei fattori inquinanti ritenuti dannosi per la salute; ciò determina una potenziale espansione delle aree a rischio, dal momento che non può essere escluso che in futuro siano ritenuti pericolosi per la salute livelli di esposizione alle sostanze inquinanti fino ad ora ritenuti accettabili.

Le audizioni dei responsabili del laboratorio fisico e del laboratorio di igiene ambientale dell'Istituto superiore di sanità hanno consentito di acquisire importanti elementi informativi.

In particolare, sulla base dei dati emersi dallo studio dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel quale si rileva la maggiore incidenza nelle aree ad inquinamento ambientale diffuso della mortalità per neoplasie e malattie dell'apparato respiratorio - mortalità che risulta invece in linea con la media nazionale per quanto riguarda le altre cause importanti - l'Istituto ha stipulato una convenzione con il Ministero dell'ambiente per realizzare uno studio approfondito sulla patogenesi delle malattie respiratorie nelle aree di crisi ambientale.

In particolare sono state avviate due direttrici di studio, l'una relativa agli effetti dell'esposizione professionale sull'intera quota interessata della popolazione, l'altra, in aree più limitate, relativa ad una valutazione a campione degli effetti tanto dell'esposizione professionale quanto dell'inquinamento ambientale (quest'ultima riferita non solo all'incidenza dei tumori dell'apparato respiratorio ma anche a quelli della vescica).

In attesa dei risultati di questa indagine, assumono particolare interesse, anche come parametri per uno studio comparato, gli studi sul rapporto tra inquinamento ambientale e malattie dell'apparato cardio-respiratorio che sono stati effettuati negli Stati Uniti, in Canada ed in varie parti d'Europa.

L'analisi comparata dei risultati di questi studi - che hanno preso in considerazione sia il rapporto tra mortalità generale e mortalità legata a problemi cardiorespiratori, sia l'andamento dei ricoveri e della segnalazione di sofferenze relativi a problemi cardiorespiratori - ha consentito di elaborare un rapporto costante, ancora non chiarito dal punto di vista eziologico ma ormai indubitabile sotto il profilo fenomenologico, tra l'incremento delle polveri sospese - che vengono così a configurarsi come un indice critico del livello di inquinamento urbano e sono legate soprattutto, ma non solo, al traffico veicolare - e la mortalità giornaliera legata a problemi cardiorespiratori.

L'entità di questo rapporto non è omogenea nelle diverse località dove le rilevazioni sono state effettuate, evidentemente per motivi legati alle metodologie di rilevazione, alle differenti caratteristiche meteorologiche, alle diverse composizioni per classi demografiche, alla compresenza di differenziati fattori di inquinamento. Tuttavia si segnala in ogni caso un incremento lineare della mortalità in rapporto all'inquinamento, e tale da rendere impossibile la definizione di una soglia minima di sicurezza. In particolare, negli Stati Uniti e in Canada si è registrato un aumento della mortalità giornaliera dell'1 per cento per ogni aumento della concentrazione delle polveri sospese pari a 10 microgrammi, mentre in Europa gli incrementi risultano più bassi ma comunque costanti (a Roma ad esempio l'incremento è dello 0,4 per cento per ogni aumento di 10 microgrammi).

Come si è detto, sono in corso studi diretti a chiarire il meccanismo causale di questo fenomeno - si ipotizza un legame con l'infiammazione polmonare profonda di soggetti predisposti e con l'aumento della coagulabilità del sangue - ma risulta evidente la necessità di interventi di profilassi ambientale diretti a ridurre per quanto possibile il livello delle polveri sospese.

Altre questioni affrontate nel corso dell'audizione dei ricercatori dell'Istituto superiore di sanità sono state quelle relative

ai rischi sanitari derivanti dall'inquinamento delle acque - sia di origine microbiologica, sia determinato dagli agenti chimici - dall'uso di sostanze tossiche in agricoltura e dai rischi determinati dall'esposizione alle radiazioni.

In particolare è stata rilevata l'insufficienza del sistema di sorveglianza sulle fonti di inquinamento delle reti idriche, mentre si è fatta presente la necessità di recepire le direttive comunitarie sull'uso dei nitrati in modo da eliminare una grave carenza di tutela per i consumatori, in particolare per quanto riguarda l'alimentazione nella prima infanzia.

Per quanto riguarda il problema dell'esposizione alle radiazioni, è stata rilevata la necessità di una applicazione più estesa ed immediata del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230, al fine di favorire tecniche di edilizia dirette a ridurre l'esposizione *indoor* al radon, nonché di una rapida attuazione dell'articolo 157 dello stesso decreto, finora ostacolata dalle resistenze del comparto industriale, che concerne la sorveglianza radiometrica dei materiali pesanti, che attualmente non può essere svolta con l'efficacia del passato, quando il Ministero della sanità poteva effettuare controlli alle frontiere sull'ingresso di autocarri ed autotreni trasportanti scorie radioattive e rottami metallici contaminati. Per quanto riguarda poi l'esposizione alle radiazioni non ionizzanti è stato rilevato che se di fatto - anche in presenza di reti di alta tensione, di antenne per la telefonia cellulare e di emittenti radiotelevisive a livelli senza riscontro in altri paesi europei - non si possono individuare vere e proprie aree di crisi, risultano peraltro fondate le preoccupazioni di carattere epidemiologico sulle patologie che potrebbero derivarne in quanto, anche se attualmente rilevate a livello sporadico, esse appaiono di particolare gravità, come le leucemie infantili. A questo proposito va ricordato che il Ministero dell'ambiente ha emanato, con il decreto 10 settembre 1998, n. 381, il regolamento recante norme per la

determinazione dei tetti di radiofrequenza compatibili con la salute umana.

L'audizione del dottor Clini, infine, ha consentito di acquisire elementi informativi sul quadro normativo di riferimento.

In primo luogo, egli ha fatto presente che il principale strumento di intervento del Ministero dell'ambiente nelle zone ad inquinamento diffuso è il programma straordinario di risanamento ambientale, previsto dalla legge istitutiva del Ministero, mentre un altro tipo di intervento è quello adottato in base alla legislazione sui rischi ambientali nelle zone ad alta concentrazione industriale.

Dopo aver dato conto dello stato dell'*iter* del programma straordinario nelle varie zone ad inquinamento diffuso e dell'entità delle somme stanziare, il dottor Clini ha illustrato le caratteristiche e le problematiche principali connesse agli interventi, che si articolano solitamente nelle tre fasi dell'individuazione dei rischi ambientali e sanitari, degli interventi prioritari di risanamento e delle prescrizioni alle industrie.

Le difficoltà principali sono determinate dalla scarsità dei dati forniti dalle regioni e dagli enti locali, che rende spesso difficile una ricostruzione storica del rischio sanitario della massima importanza perché in molti casi gli effetti patogeni delle esposizioni si rivelano a distanza di tempo. Inoltre alcuni settori, in particolare nella chimica che ha visto negli ultimi decenni una serie di radicali trasformazioni nelle metodologie produttive, solo un monitoraggio storico può dare conto delle stratificazioni dei danni ambientali e dei rischi sanitari.

In proposito il dottor Clini ha osservato come spesso la sottovalutazione delle problematiche ambientali da parte degli enti locali dipenda dalla scarsa visibilità di tali problematiche agli occhi dell'opinione pubblica - rispetto ad altre questioni come lo smaltimento dei rifiuti e la depurazione delle acque - dal momento che la storia e l'analisi della malattia resta solitamente «chiusa» tra il paziente ed i medici, che ovviamente finiscono per porre attenzione so-

prattutto alla possibilità di un intervento terapeutico o comunque di un atto sanitario. In questo modo l'allarme individuale non diventa allarme sociale, e permane una sottovalutazione dei rischi ambientali derivanti da microinquinanti ed agenti chimici che non vengono costantemente monitorati come sarebbe necessario per comprendere l'eziologia di malattie a decorso lungo.

Egli ha sottolineato comunque la necessità di un maggiore coordinamento, che peraltro viene da qualche tempo perseguito, fra Ministero dell'ambiente e Ministero della sanità al fine di realizzare un catalogo dei siti che presentano contaminazioni significative dal punto di vista sanitario, in modo da poter tarare l'intervento ambientale sulle necessità determinate dalla tutela della salute.

I sopralluoghi presso le aree a rischio ambientale

Conclusa la fase delle audizioni, la Commissione ha intrapreso, attraverso delegazioni di volta in volta costituite, un programma di sopralluoghi presso talune località che sono state ritenute di particolare interesse, incontrando i rappresentanti degli assessorati regionali alla sanità e provinciali all'ambiente, i sindaci, i responsabili dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali, i rappresentanti delle aziende regionali di protezione ambientale o dei presidi multizonali di prevenzione, nonché visitando i laboratori dei dipartimenti di prevenzione.

La scelta delle località da visitare ha tenuto conto di vari fattori: la singolarità del pregio ambientale dell'area interessata, come nel caso di Portoscuso, la gravità delle evidenze sanitarie, come a Brindisi e Taranto, la compresenza del disinquinamento di un sito industriale dismesso e della realizzazione di nuovi investimenti industriali, come nel caso di Manfredonia.

Due località, infine, sono state scelte pur non essendo inserite nell'elencazione delle

aree a rischio ambientale: si tratta dell'area di Venezia-Porto Marghera e della zona di Melfi.

I motivi dell'inserimento di queste località nel programma dei sopralluoghi della Commissione sono stati, per quanto riguarda Venezia-Porto Marghera (che peraltro è stata inserita fra le aree destinatarie di interventi di bonifica a norma dell'articolo 1 della legge 9 dicembre 1998, n. 426, recante «Nuovi interventi in campo ambientale»), opportunità di valutare quanto si fa in un'area caratterizzata da un rapporto particolarmente delicato tra gli insediamenti industriali ed un insediamento urbano collocato in un ecosistema del tutto particolare. Per quanto riguarda Melfi, invece, si è ritenuto di dover valutare come queste problematiche vengano affrontate in un'area di nuovo insediamento industriale, dove sarebbe lecito attendersi una particolare attenzione alla cura degli aspetti preventivi, anche utilizzando l'esperienza di altri siti dove l'insediamento industriale è avvenuto in epoche in cui più scarsa era la consapevolezza dell'impatto ambientale delle attività produttive e delle conseguenti ricadute sulla salute della collettività. L'opportunità di questa scelta della Commissione è stata casualmente confermata dal fatto che, proprio quando si è deciso di effettuare i sopralluoghi, si sono verificate le vicende della sospensione dell'attività dell'ENICHEM di Porto Marghera e del referendum sulla realizzazione a Melfi da parte della FIAT dell'impianto di smaltimento di rifiuti «La Fenice». Ciò vale a ricordare che la problematica dei rischi sanitari determinati dal degrado dell'ecosistema va ben oltre le situazioni di rischio ambientale ufficialmente classificate come tali.

Il quadro emerso dai sopralluoghi appare, pur nell'estrema difformità delle varie situazioni, singolarmente uniforme. Il problema di fondo sembra infatti essere quello di un insufficiente coordinamento tra le autorità preposte a vario livello alla tutela della salute e alla tutela dell'ambiente.

In primo luogo, infatti, si è riscontrato un generale ritardo nella costituzione delle Agenzie regionali per la protezione ambientale. Anche dove queste esistono, come nel Veneto, vi è comunque un ritardo nel trasferimento delle competenze dai presidi multizonali di prevenzione.

Come spesso accade, la difficoltà di dare esecuzione ad una normativa che prevede un ente di forte coordinamento delle politiche di un determinato settore determina una diminuzione del consenso nei confronti della normativa stessa, instaurando una sorta di cortocircuito conservatore che impedisce di superare lo stallo istituzionale. Tale è la situazione nelle zone visitate, dove è pressoché generale il rimpianto per il precedente sistema di controllo incentrato sulle unità sanitarie locali e venuto meno a seguito del *referendum*.

La Commissione ha comunque riscontrato un differente livello di consapevolezza dei problemi da parte delle autorità locali.

A Venezia la mancanza di coordinamento tra le varie autorità – in particolare tra l'azienda sanitaria locale, il comune e l'azienda regionale di prevenzione ambientale da una parte e il magistrato delle acque dall'altra – costituisce l'effetto di una visione eccessivamente parcellizzata delle problematiche della Laguna, e quindi dei rigidi steccati tra le competenze dei vari organi, che ha finito per determinare, nell'episodio del blocco degli impianti ENICHEM, l'intervento sostitutivo della Procura della Repubblica. Tuttavia va rilevato che il livello di attenzione di queste stesse autorità all'andamento della qualità dell'aria e dell'acqua è sicuramente molto elevato, e certamente lo stato idrogeologico ed ambientale della Laguna risulta essere tra i maggiormente studiati al mondo. Resta tuttavia il problema di una mancanza di dati epidemiologici affidabili.

Diversa è la situazione di Portoscuso. Qui infatti le maggiori insufficienze sembrano riguardare il monitoraggio continuo della qualità dell'aria e dei dati epidemiologici, mentre è apprezzabile il livello delle

conoscenze epidemiologiche storiche consolidate, grazie all'impegno dell'Osservatorio epidemiologico regionale. Questi studi, che confermano peraltro il Rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità, testimoniano, oltre ad un peculiare e preoccupantissimo incremento delle leucemie infantili, un significativo scostamento dai valori regionali medi della mortalità legata ai tumori e alle patologie dell'apparato respiratorio per l'area sud-occidentale della Sardegna, in particolare nell'area del comune di Portoscuso. Peraltro la differente distribuzione di questi scostamenti tra la popolazione maschile e quella femminile, il fatto che la classificazione delle cause di mortalità sia stata effettuata – in mancanza di altri strumenti – essenzialmente sulla base delle dichiarazioni di morte, vale a dire con uno strumento fortemente inquinato da valutazioni e terminologie soggettivistiche, e la carenza di strumenti per una anamnesi che consenta di individuare le concause rendono necessario, anche in quest'area, fornire strumenti per la costruzione di un quadro statistico più sofisticato.

Appare poi particolarmente complessa la situazione delle varie realtà pugliesi.

Vi sono infatti incontrovertibili dati statistici che, in un quadro generale regionale nel quale la mortalità per patologie a possibile eziologia ambientale è particolarmente bassa, vedono le aree di Brindisi e Taranto presentare una morbilità ed una mortalità specifiche elevatissime e tali da non consentire dubbi sul peso dell'inquinamento ambientale – e quindi sicuramente non solo dell'esposizione lavorativa: si veda la notevolissima incidenza di malattie legate all'esposizione all'amianto tra la popolazione femminile di Taranto – nel quadro patogenetico. A fronte di tale situazione, la Commissione ha dovuto constatare una sorprendente sottovalutazione della sua gravità da parte delle autorità locali dell'area brindisina, dove pure da parte del presidio multizonale di prevenzione e dell'azienda sanitaria locale sono stati realizzati studi prege-

voli, mentre – grazie anche a un maggiore controllo dell'opinione pubblica, resa edotta dalla estrema visibilità del problema ambientale in alcune aree del territorio comunale – diversa è apparsa la consapevolezza da parte delle autorità comunali di Taranto.

In ogni caso anche in questa situazione si deve rilevare una mancanza di coordinamento che si traduce, ad esempio, in una inutile moltiplicazione degli strumenti di rilevamento della qualità dell'aria, gestiti dal presidio multizonale, dal comune, dalle stesse società che gestiscono gli impianti industriali.

A Manfredonia, poi, la Commissione ha dovuto riscontrare una grave debolezza del dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale, causata da carenze di personale, strutture e concrete possibilità operative, tale da determinare l'insufficienza del monitoraggio dello stato di salute della popolazione, in particolare in relazione all'assoluta peculiarità delle esposizioni cui questa è stata sottoposta negli anni, specialmente per quanto riguarda l'esposizione all'arsenico, la cui gravità e diffusione, a seguito dell'incidente del 1977, ha rappresentato un caso unico al mondo. Tutto ciò è tanto più grave ove si consideri l'importanza di un quadro epidemiologico affidabile ai fini sia dell'opera di bonifica idrogeologica in atto nelle aree industriali dismesse, sia in relazione ai nuovi insediamenti industriali; a tale proposito va sottolineato che il dipartimento di prevenzione non appare assolutamente in grado, come invece gli competerebbe specialmente in assenza dell'Agenzia regionale per la prevenzione ambientale, di svolgere i propri compiti di prescrizione e di controllo in tutte le fasi del processo di reindustrializzazione, tanto che la Commissione stessa ha suggerito di ricercare, nell'ambito dei contratti d'area, rapporti di collaborazione con le aziende sanitarie locali limitrofe.

Un caso particolare è quello di Melfi, dove la Commissione ha verificato una situazione singolarmente preoccupante e tale da

far sorgere il dubbio che, anche in altre aree del paese, allo sviluppo della coscienza ambientalista non faccia seguito una risposta politica conseguente se non quando i problemi si sono ormai verificati. Tralasciando la valutazione – che resta fondamentale ma che esula dai limiti di questa indagine – circa la validità di strategie di sviluppo che puntano sull'industrializzazione pesante anche di aree interne, montuose, geograficamente periferiche e di grande qualità ambientale, che avrebbero forse altre vocazioni produttive, bisogna constatare che la tutela sanitaria specifica delle popolazioni interessate appare assolutamente carente, tanto che la Regione risulta non aver ancora adempiuto, se non in due aziende sanitarie locali su cinque, all'obbligo di istituzione dei dipartimenti di prevenzione previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. La spinta ad una più attenta valutazione della ricaduta del processo di industrializzazione sulla salute della collettività sembra venire in questo momento dall'organizzazione spontanea dei cittadini; sembra quindi destinato a riprodursi in tutte le sue tappe quel processo che, in altre aree del paese, ha visto prendere coscienza del problema ambientale dapprima coloro che ne subivano gli effetti in maniera più visibile e diretta, poi l'opinione pubblica, e solo alla fine le autorità competenti, quando ormai l'intervento non poteva che assumere il carattere del disinquinamento e del tentativo di ripristino di un equilibrio ambientale violato e di condizioni igienico-sanitarie accettabili.

Valutazioni conclusive

Alla luce degli elementi emersi nel corso dell'indagine, appare in primo luogo opportuno sottolineare l'intima connessione che deve porsi, soprattutto in una prospettiva di prevenzione, tra le problematiche ambientali e quelle sanitarie, tenendo conto altresì che esse investono la competenza non solo degli specifici ministeri ma anche quella di

altri soggetti pubblici operanti nei settori della produzione industriale e del lavoro. Sembra poi necessario, anche al fine di perseguire efficacemente gli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale in materia di miglioramento del contesto ambientale, privilegiare la creazione di strumenti di conoscenza epidemiologica affidabili, che consentano un'accurata valutazione eziologica di tutti i fenomeni di scostamento dai dati attesi, e individuare momenti di coordinamento che permettano alle autorità sanitarie di adottare e richiedere provvedimenti efficaci laddove si determinino situazioni di emergenza sanitaria o, comunque, dove si verificano incrementi di patologie evitabili la cui genesi ambientale sia stata riconosciuta e completamente definita.

Pertanto, mentre è necessario precisare a livello nazionale criteri uniformi per la rile-

vazione e per la valutazione dei dati epidemiologici - si pensi a quanto si è precedentemente affermato circa l'inaffidabilità delle statistiche elaborate sulla sola base delle dichiarazioni di morte - occorre anche individuare, definendo precisamente le attribuzioni dell'Agenzia regionale per la prevenzione ambientale, un unico soggetto abilitato a monitorare i dati di carattere ambientale, che devono essere messi in relazione con le dinamiche epidemiologiche studiate ed elaborate dai dipartimenti di prevenzione i quali, anche per poter svolgere un ruolo di promozione e stimolo dell'attività dell'Agenzia regionale, devono essere messi in grado di funzionare in maniera finalmente efficace, anche attraverso una programmazione nazionale e regionale che dirotti risorse adeguate dal settore dell'assistenza a quello della prevenzione.

