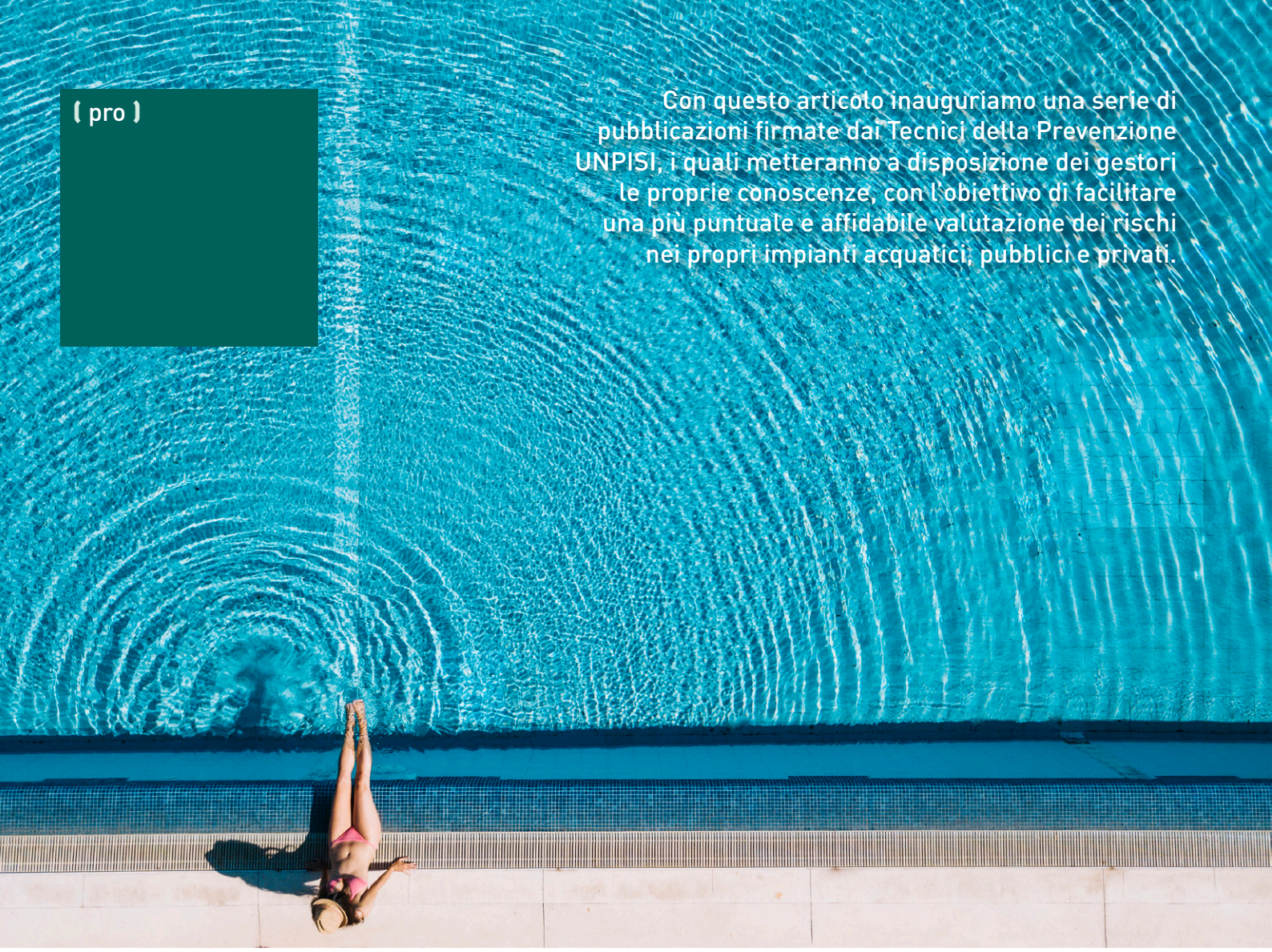
Con questo articolo inauguriamo una serie di pubblicazioni firmate dai Tecnici della Prevenzione UNPISI, i quali metteranno a disposizione dei gestori le proprie conoscenze, con l'obiettivo di facilitare una più puntuale e affidabile valutazione dei rischi nei propri impianti acquatici, pubblici e privati.



Piscine, aspetti di sanità pubblica e ispezioni igienico-sanitarie: una storia secolare

[I controlli sanitari, così come le piscine, hanno seguito un'evoluzione secolare, acquisendo conoscenze e competenze, anche tecniche e scientifiche, e gli strumenti necessari a garantire sicurezza e igiene negli ambienti acquatici, a tutela sia dei frequentatori sia dei gestori]

Del dott. Stefano Sghedoni e dott. Giovanni Rossi – Associazione Tecnico Scientifica dei Tecnici della Prevenzione UNPISI

Sappiamo con certezza che le piscine esistono sin dall'antichità: pare, infatti, che i primi resti archeologici risalgano al terzo millennio avanti Cristo, in una zona del Pakistan. Anche l'età classica ha lasciato tracce a riguardo tanto nell'antica Grecia quanto in Italia; infatti, come è ben risaputo,i Romani ne diffusero l'uso in tutto l'Impero. Tuttavia, in termini di storia moderna, il primo stabilimento balneare in Italia, "Bagno di Diana", fu costruito nel 1842, a Milano, presso l'allora Porta Orientale, oggi Porta Venezia. Questa struttura, nata dal progetto dell'architetto e pittore Andrea Pizzala, venne inaugurata il 9 luglio del 1842 dal governatore austriaco dell'allora Regno Lombardo-Veneto. Non possiamo dire se nel III millennio a.C. fossero effettuati trattamenti di tipo "sanitario" nella piscina, ma è certo che, molto più avanti, gli antichi Romani svilupparono grandi competenze nelle tec-

niche di accumulo e trasporto dell'acqua, con soluzioni ingegneristiche e di trattamento molto efficaci: dalle vasche di decantazione e ossigenazione, ai tunnel in cui venivano ridotti i flussi permettendo a "manutentori/gestori" di rimuovere periodicamente i limi e le impurità che sedimentavano, fino ai condotti acquedottistici confinati e separati dalle acque putride convogliate in altro modo alle cloache di scarico. Con molta probabilità, avranno anche saltuariamente adottato qualche tecnica di filtrazione già conosciuta sin dall'antichità (es. con l'uso del carbone di legna o della sabbia), ma nutriamo grandi perplessità in merito a un utilizzo diffuso di tecniche "chimiche" per la disinfezione (anche solo blande, come l'uso di argento o di rame, impiegati più per contenere la crescita algale), non solo perché erano epoche in cui le competenze chimiche erano solo empiriche, ma anche perché non vi era alcuna conoscenza microbiologica e, di conseguenza, nessuna consapevolezza del rischio relativo: le epidemie (allora tutte definite "pestilenze"), infatti, erano considerate punizioni divine contrastabili solo con riti religiosi o magici, mentre infezioni o morti per setticemia erano all'ordine del giorno, quindi parte inseparabile della vita quotidiana.

VERSO LA CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO EPIDEMICO

Nel 1842, invece, pur non essendoci ancora adeguate conoscenze di microbiologia (bisognerà aspettare ancora 24 anni per i primi studi di Pasteur), si aveva consapevolezza del rischio epidemico e gli Stati avevano già decretato alcuni provvedimenti di sanità pubblica al fine di prevenire le infezioni: la prima vaccinazione, ad esempio, era stata messa a punto meno di cinquant'anni prima, nel 1796. Tuttavia la disinfezione chimica era ancora in fase pionieristica e solo da pochi anni erano note le proprietà disinfettanti di alcuni composti del cloro: nel 1835, ad esempio, il medico e scrittore inglese Oliver Wendel Holmes consigliò alle ostetriche di lavarsi le mani con ipoclorito di calcio per impedire la diffusione della febbre puerperale, mentre solo pochi anni dopo, nel 1847, il medico ungherese Ignàc Semmelweis, nella clinica universitaria di Vienna, arrivò alle stesse conclusioni scoprendo l'importanza della sanificazione, attraverso un accurato lavaggio delle mani degli operatori sanitari. Solo dopo gli sviluppi delle scoperte di microbiologia e di epidemiologia, tra fine '800 e inizio '900, prese piede la disinfezione chimica vera e propria, incrementata poi, assieme alle procedure di sanificazione, nel periodo pandemico di influenza spagnola, tra il 1918 e il 1920. Quando gli Stati hanno preso coscienza dei rischi epidemici, si è cominciato ad adottare provvedimenti di sanità pubblica e, naturalmente, a disporre relativi controlli. I primi provvedimenti risalgono alle Repubbliche Marinare, quando, per fare un esempio, in seguito all'epidemia di peste del 1347 i veneziani si resero velocemente conto che dagli scambi commerciali con l'oriente ne potevano derivare danni per il "passaggio" di malattie, perciò istituirono le "quarantene" e il Provveditorato di Sanità. Nei secoli successivi, nacquero anche i magistrati della salute nel Granducato di Toscana, i prefetti di sanità a Milano, fino ad arrivare all'epoca napoleonica nella quale tali figure vennero strutturate e organizzate all'interno della Grande Armée.

LA NASCITA DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA ITALIANA

Per una vera organizzazione sanitaria nel nostro Paese, tuttavia, dobbiamo giungere all'unione del Regno d'Italia e, più esattamente, al primo Governo Crispi che, rimasto colpito dal modello sanitario del primo ministro prussiano Otto Von Bismarck durante la sua visita di Stato nel 1887, chiamò a Roma un luminare d'igiene dell'Università di Torino, il professor Luigi Pagliani, incaricandolo di progettare la prima legge sanitaria d'Italia. Pagliani stesso ricorda l'incontro con Crispi con queste parole: "Stavo per chiudere l'ultima lezione del mio corso d'igiene a Torino nel 1887, quando mi si consegnò un laconico telegramma dell'allora Presidente del Consiglio dei ministri, col quale mi invitava a recarmi da lui per conferire. Il colloquio con quell'eminente uomo d'azione, più che di parole, fu molto breve. Egli intendeva, come uno dei suoi primi e principali compiti, organizzare la difesa della salute pubblica in Italia. Mi avrebbe sostenuto in ogni difficoltà da superare, non dovendo dipendere in questa impresa da altri che da lui, come mi avrebbe lasciata ampia facoltà di agire secondo i miei criteri tecnici. La proposta era grave quanto lusinghiera, enorme la responsabilità da assumermi di fronte a quell'uomo, che in pochi minuti mi aveva completamente suggestionato, con quel suo alto e sereno spiri-

12. Bagni, doccie e piscine comunali

BAGNI MUNICIPALI	BAGNI A PAGAMENTO					Bagni gratuiti	COMPLESSO		
	In piscina		a doccia	in vasca	TOTALE		Aprile 1935	1934	1933
	Bagni	Esercitazioni nuoto							
Roberto Cozzi	5701	—	—	—	5701	2487	8188	2830	—
Mario Pagano	—	—	4970	—	4970	215	5185	62141	60496
Pasquale Sottocorno	—	—	2213	—	2213	1528	3741	48891	45378
Porta Nuova	—	—	2274	6821	9095	—	9095	133849	147903
Filippo Argellati	—	—	1082	3247	4329	—	4329	86361	91511
Via Ponzio	—	—	—	—	—	—	—	123436	114926
Via Cambini	—	—	—	—	—	—	—	25474	24666
Totale mese	5701	—	10539	10068	26308	4230	30538	—	—
Totale anno 1934	190441	306	106451	159399	456597	26385	—	482082	—
Totale anno 1933	189605	1985	136927	138234	466751	18129	—	—	484880

to di amor di Patria, che riluceva vivido in ogni sua parola e quasi imperioso nel suo sguardo penetrante e pur mite di antico cospiratore". La prima legislazione organica in materia sanitaria si ebbe perciò con la legge 22 dicembre 1888 n. 5849, nota come legge Crispi-Pagliani. La struttura sanitaria del Regno era costituita da un ufficio sanitario centrale, che si trasformerà poi in Direzione generale di sanità presso il Ministero dell'Interno. A livello provinciale, accanto al prefetto, erano presenti due organi tecnici sanitari rappresentati dal medico provinciale e dal veterinario provinciale. La figura del medico provinciale non era nuova nell'ordinamento sanitario ricordando quella del protomedico delle vecchie Province. L'onorevole Panizza, relatore della legge alla Camera, definì l'opera del medico provinciale come "il fulcro dove si impernia il nuovo ordinamento sanitario".

Per i comuni capoluoghi di provincia e quelli con popolazione superiore ai ventimila abitanti, fu creato l'ufficio sanitario comunale diretto dall'ufficiale sanitario, il cui compito era di assistere il sindaco nell'esercizio delle sue funzioni sanitarie; per i piccoli comuni le competenze della vigilanza igienico-sanitaria erano invece affidate al medico condotto. Questa struttura sanitaria assicurava la copertura dell'intero territorio del Regno, garantendo uniformità e incisività di interventi e rimase in atto sino al 1978, con il Testo Unico delle Leggi Sanitarie RD n.1265 del 1934 (per alcune parti ancora in vigore), ossia per ben 90 anni; in seguito, venne rimodellata con la prima rivoluzionaria legge di riforma sanitaria (che istituì il Servizio Sanitario Nazionale) ovvero, la L.833/78, che ha reso concreta la tutela del diritto dei cittadini alla salute, sancita dall'articolo 32 della Costituzione. Sino all'unità d'Italia, le competenze dei pubblici funzionari che si occupavano della vigilanza in materia di sanità riguardavano essenzialmente la polizia annonaria, la vigilanza sull'igiene degli alimenti e delle bevande, l'osservanza delle disposizioni di igiene pubblica, le condizioni del suolo e dell'abitato. Con il Regno d'Italia queste diverse funzioni furono disciplinate da appositi regolamenti che definirono tre principali figure dell'agente di vigilanza:

- vigile sanitario comunale (1890)
- guardie di sanità (1907)
- vigile sanitario provinciale (1934)

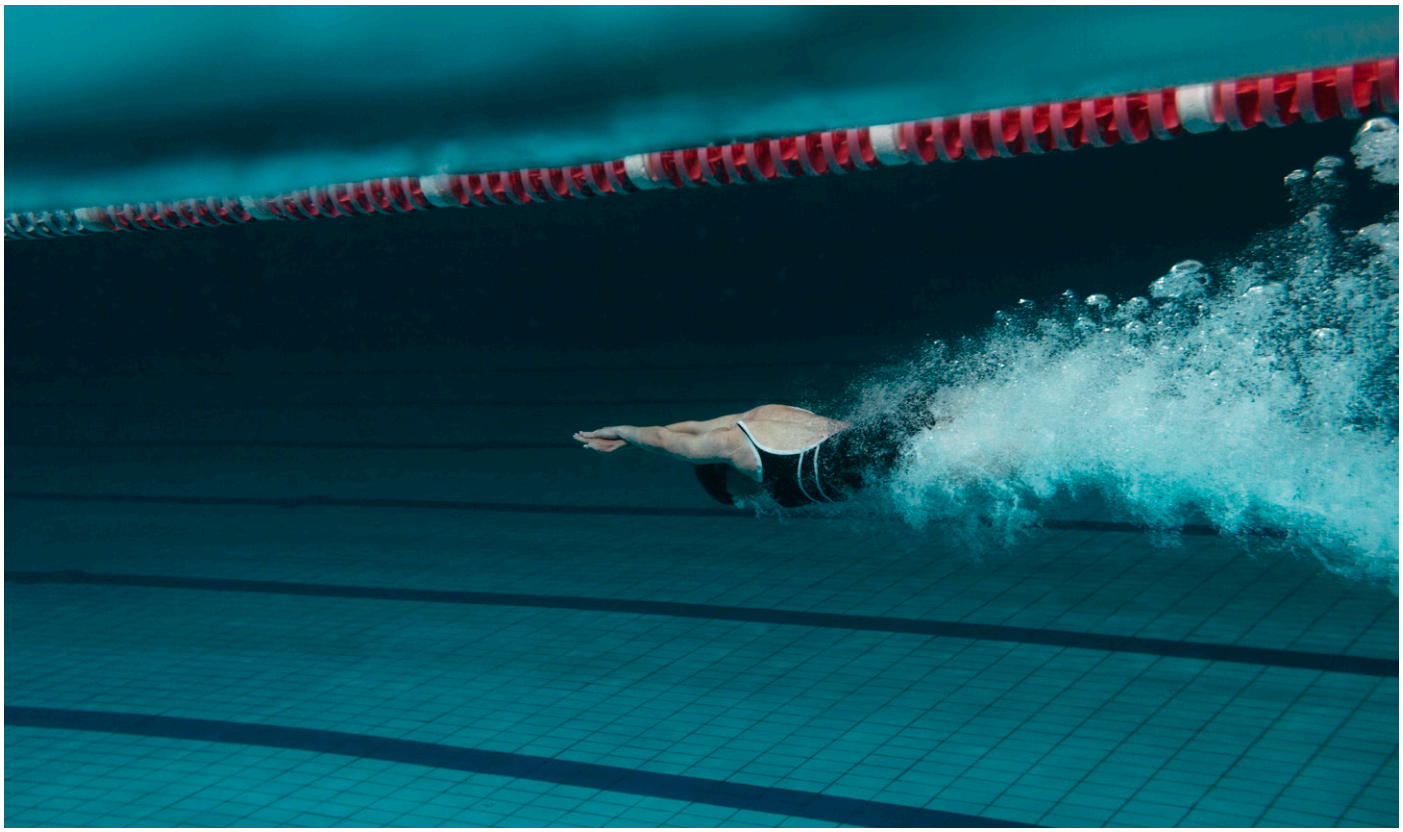
Questi operatori sanitari svolgeranno i loro compiti fino alla riforma sanitaria del 1978 per poi confluire nelle USL prendendo, negli anni '80, la nuova denominazione di Personale di Vigilanza e Ispezione e, successivamente, di Tecnici della Prevenzione (Decreto di equipollenza 27 luglio 2000).

DIFFUSIONE DELLE PISCINE E RELATIVI CONTROLLI D'IGIENE

Per quanto concerne le piscine, solo dopo la fine della prima guerra mondiale assistiamo alla costruzione in larga scala di piscine pubbliche e private, incremento avvenuto soprattutto nel ventennio fascista con la forte propaganda dello sport-spettacolo, attraverso il quale fu possibile anche esercitare l'indottrinamento ideologico con il mito del corpo sano. È in quegli anni che vengono costruite strutture imponenti, meravigliose e tecnicamente avanzate, come ad esempio il complesso natatorio del Foro Italico di Roma nel 1930. L'ideologia fascista considerava la salute come un valore assoluto degli interessi dello Stato, dunque, l'obiettivo fu quello di rafforzare l'ordinamento dei servizi sanitari attraverso l'emanazione di norme sull'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie, sull'igiene del suolo e dell'abitato, sulla tutela igienica dell'alimentazione, dell'acqua potabile e degli oggetti di uso personale, sulla lotta contro le malattie infettive e sociali e sulla polizia mortuaria. Con l'emanazione del Testo Unico delle LL.SS del 27 Luglio 1934, n. 1265 si diede un'organica sistemazione alla normativa in materia di tutela della salute pubblica sul piano generale; si istituirono i laboratori provinciali d'igiene e profilassi che assicuravano, nell'ambito della provincia, la vigilanza sull'igie-

ne del suolo e dell'abitato, sulla salubrità degli alimenti e delle bevande e infine sull'accertamento diagnostico e la profilassi delle malattie infettive. Il regime dispose importanti programmi di profilassi che portarono a debellare in gran parte del paese la malaria attraverso la bonifica dei terreni paludosi; ma la lotta si estese anche ad altre malattie sociali come la tubercolosi, la pellagra, la rabbia e il vaiolo. Risalgono, infatti, al 1937 i primi studi per migliorare i servizi igienico-sanitari locali, a seguito dei quali furono emanate nel 1937 le circolari n. 61 e n. 147, che istituirono i Consorzi di vigilanza igienica e di profilassi, diretti dagli ufficiali sanitari titolari. Così i comuni e le province divennero gli avamposti della sanità per la profilassi e l'assistenza sul territorio. Gli articoli 24 e 194 del TULLSS RD 1265/34, stabilivano che per la costruzione di piscine era necessario ottenere il parere preventivo su progetto del medico provinciale e che per l'apertura e l'esercizio di stabilimenti balneari, termali ecc. si dovesse ottenere l'autorizzazione del prefetto, sentito il parere del Consiglio provinciale di sanità. Tale impostazione è quella ereditata ai giorni nostri, dove anche in regime di semplificazione, considerati i rischi potenziali degli ambienti natatori sportivi o ludici pubblici o privati, dagli sportelli unici dei comuni può essere richiesto parere su progetto ai dipartimenti di prevenzione ASL per la costruzione delle piscine, mentre è ancora necessaria l'autorizzazione, oggi del sindaco sentiti i dipartimenti di prevenzione ASL, per gli stabilimenti balneari, termali, idroterapici ecc.

L'attività di vigilanza igienico-sanitaria delle piscine natatorie si è perciò sviluppata in modo preponderante negli anni Trenta del Novecento, ecco alcuni dati: nel 1938 i servizi comunali sanitari ispettivi svolsero 99 ispezioni nelle strutture natatorie in 40 provincie, evidenziando le efficienze delle stesse. L'attività ispettiva era affidata ai vigili sanitari comunali diretti dall'ufficiale sanitario, e prevedeva il prelievo delle acque con modalità regolamentate, in particolare, dalla circolare 19 ottobre 1907 indirizzata ai prefetti, la quale forniva le istruzioni per la raccolta di campioni di acqua da sottoporre a esame, indicava di redigere apposito verbale di prelevamento di campioni con specifica relazione sulla natura delle condizioni dove si prelevava: acqua di sorgente, di condotta, di pozzi e di cisterna, acque superficiali, acque di sottosuolo. Prevedeva, inoltre, la verifica della temperatura ambientale esterna e dell'acqua con termometro a mercurio, indicava le caratteristiche dell'acqua suddividendo per analisi chimica e microbiologica. La metodica prevedeva: "due campioni di litri tre ciascuno per l'esame chimico, e tre fialette Tur-



sini per l'esame batteriologico, a norma delle disposizioni dettate dal Ministero dell'Interno ogni flacone deve avere un'apposita etichetta riportante le indicazioni presenti nel verbale di prelievo".

Il materiale dell'epoca che occorreva per il prelevamento di campioni, nel dettaglio, era composto da:

- 40 kg di neve, per condizionare la cassetta refrigerante;
- bottiglioni nuovi di vetro bianco oppure nero, con relativi turaccioli di buon sughero e nuovi;
- carta pergamena per ricoprire i turaccioli dei bottiglioni;
- 200 g di acido solforico puro in 800 g di acqua distillata;
- una cassetta di legno forte per imballare e spedire a Roma i bottiglioni;
- una lampada a olio con stoppino;
- due boccette di ceralacca di buona qualità.

Alla conclusione del prelievo i campioni venivano inseriti in un'apposita cassetta refrigerata fornita dalla prefettura costituita da due scatole di zinco poste l'una dentro l'altra. Le fialette Tursini, contenenti i campioni d'acqua per

Esercizi di nuoto alla presenza del Re nella piscina Cozzi

la ricerca batteriologica, dovevano essere chiuse col solo mezzo della lampada e posti in apposti astucci di zinco, fissandolo con cotone non idrofilo. Gli astucci dovevano essere affondati nel ghiaccio contenuto nella cassetta di zinco più interna. Il ghiaccio doveva essere frammisto di sale, segatura, paglia e "altra sostanza" mescolati al fine di mantenere durevole la massa frigorifera, la cassetta esterna era in legno e conteneva quelle di zinco in cui erano presenti del ghiaccio e i flaconi di vetro sigillati con carta e ceralacca contenenti i campioni. La cassetta era chiusa a chiave e la stessa era inviata con raccomandata a parte; la cassa era spedita in porto affrancato ai laboratori del Ministero dell'Interno.

LA SITUAZIONE ATTUALE

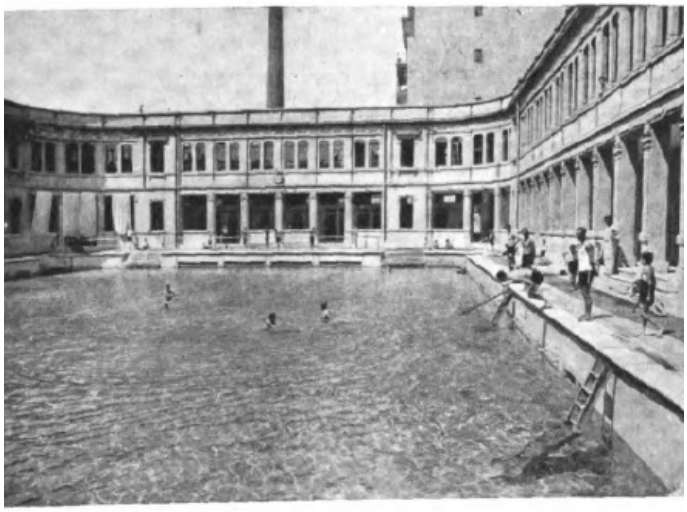
Arrivando ai giorni nostri, nonostante la grandissima diffusione di piscine, diversamente da molti altri ambiti non esiste una disciplina europea che regola il settore, perciò ogni stato membro si orienta in modo autonomo, ponendo approcci a volte anche molto differenti sul tema; inoltre, per alcuni paesi non risulta nemmeno l'esistenza di una normativa specifica, come ad esempio: Belgio, Finlandia, Germania, Regno Unito, Grecia. Unico riferimento internazionale sono le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2006 che, naturalmente, hanno mero valore indicativo.

In Italia le cose non vanno molto diversamente dagli altri paesi europei, infatti, tuttora, non è presente una vera e propria norma che affronti e regolamenti le piscine e le attività che vi si svolgono da un punto di vista sanitario, anche se sono stati fatti diversi tentativi nel tempo, che sono tuttora in corso. Esistono norme di sicurezza per la costruzione e l'esercizio degli impianti sportivi del Ministero dell'Interno, (decreto ministeriale del 18 marzo 1996 e s.m.i.) applicabili a complessi sportivi, anche piccoli, in cui si svolgono comunque attività sportive regolamentate dal C.O.N.I. o dalle Federazioni Sportive Italiane, come ad esempio la Federazione Italiana Nuoto, che oltre a non comprendere tutte le altre tipologie di vasche si limitano a trattare, seppur in modo prezioso, solo alcuni degli aspetti strutturali e gestionali che interessano tali ambienti. Vista tale carenza, nel 1971, il Ministero della Sanità ha diffuso una circolare (n. 128 del 16 luglio 1971) per colmare il vuoto, non solo normativo, ma anche a livello di indicazioni generali. Fino a quel momento, infatti, gli aspetti igienico-sanitari e di sicurezza, erano subordinati ai pareri dei

La visita di S. M. il Re agli impianti della piscina Cozzi

medici provinciali, nelle Commissioni provinciali di pubblico spettacolo e degli "ufficiali sanitari", in vigilanza. Naturalmente, fino all'arrivo di queste prime linee nazionali, mancava completamente un'uniformità d'impostazione e anche una coerenza tra i vari comportamenti assunti su tutto il territorio italiano, tuttavia tale documento non aveva alcun valore di tipo giuridico non essendo un atto normativo bensì un mero atto amministrativo. Dopo un fallimentare tentativo di regolamentazione, stavolta attraverso un Atto d'Intesa tra Stato e Regioni (11 luglio 1991), documento rivelatosi in breve tempo inapplicabile, si è arrivati all'attuale riferimento regolamentare. Nel 2001, la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre, riformò il titolo V della Costituzione, stabilendo che le Regioni e lo Stato sono, da quel momento in poi, concorrenti in materia di tutela della salute, perciò lo Stato deve fissare solo i criteri generali e i livelli essenziali di assistenza da garantire in tutto il territorio nazionale (LEA), mentre le Regioni si devono assumere l'obbligo di garantirli, provvedendo con tutti gli oneri legislativi necessari per la regolamentazione, in materia sanitaria, nel territorio di competenza.
Dal 2003, le linee di indirizzo sulla gestione e sul controllo delle piscine si basano principalmente sulle "filosofie" di due accordi nazionali:

- l'Accordo tra il Ministro della Salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sugli aspetti igienico-sanitari per la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine a uso natatorio, del 16 gennaio 2003, il cui allegato è considerato LEA;
- l'Accordo interregionale sulla disciplina delle piscine, approvato dal Coordinamento Interregionale Prevenzione nella seduta del 22 giugno 2004, per recepire il primo in modo uniforme tra tutte le regioni italiane.



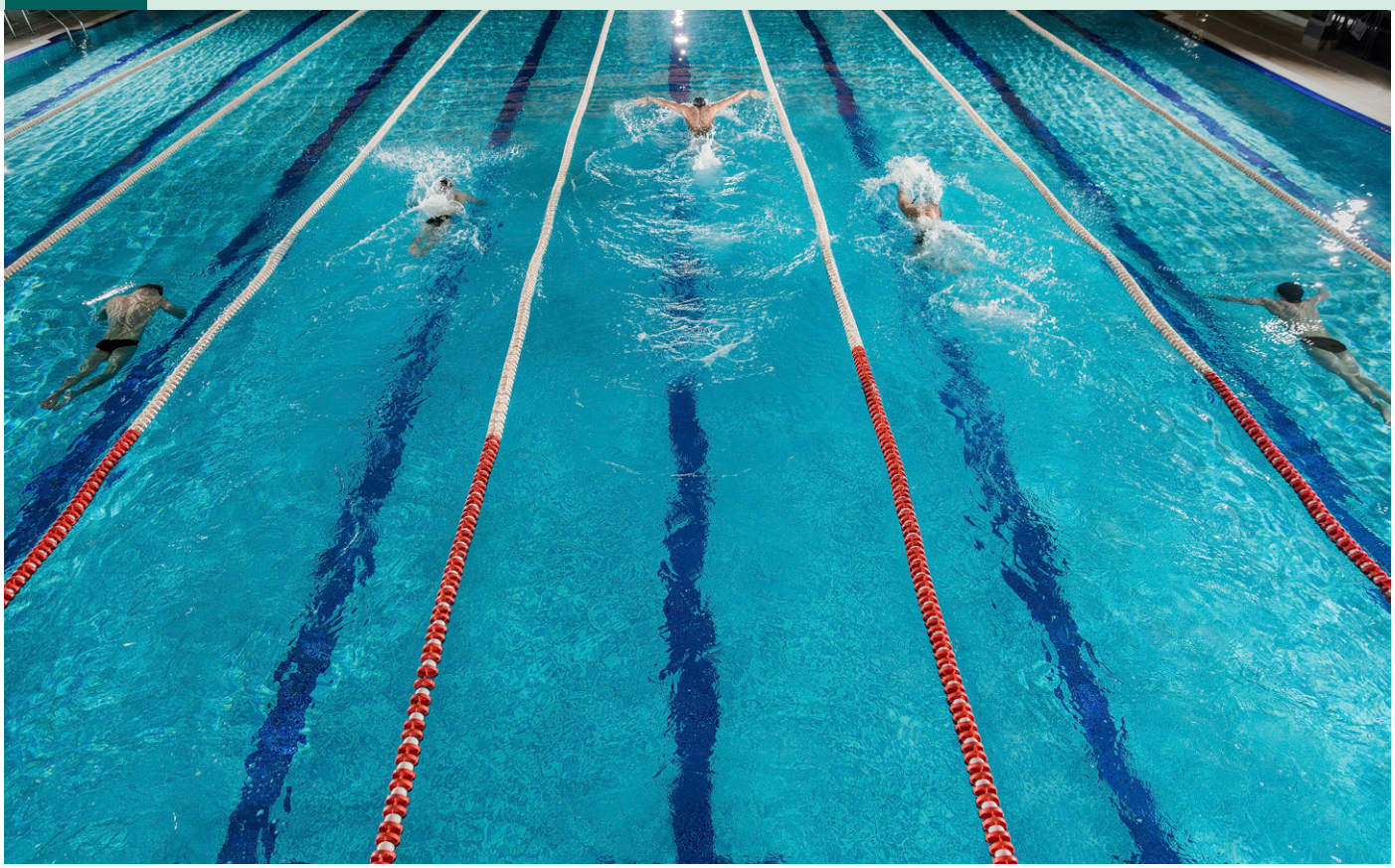
Veduta parziale della piscina del Ponte delle Gabelle

In seguito, le varie regioni italiane hanno acquisito, a volte anche solo parzialmente, le indicazioni fornite dai due accordi, normando, non sempre in modo coerente, sia gli aspetti di interesse generale, sia quelli più specifici inerenti alle diverse categorie e tipologie di piscine. Attualmente, in Italia, sono presenti solo alcune leggi regionali, ma dalla maggioranza delle regioni gli accordi sono stati recepiti con delibere di giunta o con atti equivalenti.
Il ruolo affidato ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, dalla normativa e regolamentazione sia nazionale sia regionale è relativo ai controlli esterni in merito alla tutela igienico-sanitaria (e non solo) delle strutture natatorie.
Al personale di vigilanza AUSL è consentito l'accesso in tutte le strutture natatorie pubbliche o private, a esclusione delle piscine di singole abitazioni, ed è consentito l'utilizzo di ogni strumento ritenuto necessario per svolgere le dovute verifiche, attraverso:

Piscina di via Ponzio

- ispezioni
- misurazioni
- esami documentali
- campionamenti (rispetto al passato il campione per l'analisi deve essere considerato una delle verifiche e non l'unica da effettuarsi).

L'Accordo interregionale del 2004 riferisce che i controlli esterni vanno svolti con particolare attenzione ai punti critici evidenziati nei piani di autocontrollo e comunque discrezionalmente sulla base di segnalazioni o evidenze di potenziale rischio per l'utenza.
I controlli esterni devono verificare l'efficacia dell'autocontrollo e non devono sostituirlo; i controlli igienico-sanitari dovranno porre attenzione alle condizioni igienico-



sanitarie complessive e, più in generale, all'adeguatezza del protocollo di gestione e delle misure correttive; tuttavia, l'autocontrollo deve seguire due direttrici, una relativa alla qualità igienico-sanitaria dell'acqua (dei locali e delle strutture), l'altra alla sicurezza per il rischio da infortuni dei bagnanti (oltre che la sicurezza dei lavoratori, già normata dal D.Lgs 81/08 e smi), perciò il sistema dei controlli esterni deve tenere focalizzata l'attenzione su tutti i rischi di piscina per i frequentatori: infortunistico, fisico, chimico e microbiologico.

In generale, le attribuzioni delle funzioni di tutela della salute sono affidate dal Servizio Sanitario Nazionale al Servizio Sanitario Regionale il quale, a sua volta, assegna alle aziende sanitarie dislocate sul territorio il compito di garantire i LEA in termini operativi e preventivi, attraverso le rispettive competenze e professionalità. Queste funzioni sono ulteriormente regolate da precisi programmi, anche attraverso pianificazioni di ambito politico-sociale, concertate con l'intera comunità del territorio che servono. Le mansioni attribuite dalle funzioni di tutela della salute, in tutta la complessità dei vari compiti da esse declinati, sono successivamente assegnate dalle organizzazioni aziendali sanitarie, prima ai propri Servizi e Unità Operative, poi, a caduta, ai professionisti che ne costituiscono preziosa risorsa. È in questo ambito che subentra la figura del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro che, in riferimento alle competenze fornite dal decreto istitutivo (DM 58/1997), dall'ordinamento didattico dei corsi universitari e dal codice deontologico, è la professione sanitaria maggiormente occupata nell'ambito dei controlli dei Dipartimenti di Prevenzione ASL, ma, allo stesso tempo, una risorsa professionale preziosa anche sull'altro versante, quello che riguarda i controlli interni come definiti da entrambi gli Accordi del 2003 e del 2004, potendo sviluppare la propria professionalità sia come consulente tecnico, sia come Responsabile di Piscina.

LA FIGURA DEL TECNICO DELLA PREVENZIONE

Il Tecnico della Prevenzione dell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (ex vigile sanitario), con l'evolversi della società, della normativa e anche delle competenze, è divenuto sia tutore sia consulente del benessere della collettività attraverso la sorveglianza e il miglioramento degli ambienti di vita e di lavoro, è un difensore, quindi, dei diritti dello stato di salute per gli ambiti di riferimento. È opinione diffusa dalla popolazione che quella del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro sia una figura "nuova", poiché istituita con il Decreto 58 del 1997; il decreto, però, racchiude tutte quelle competenze di diverse figure sanitarie che operavano nel settore del con-

trollo ispettivo del vigile sanitario comunale (1890), guardie di sanità (1907), del vigile sanitario provinciale, nonché dell'ispettore d'igiene (1970-1984). I vigili sanitari, dal 1890 fino agli anni '70 del secolo scorso, hanno rappresentato l'asse portante della macchina dei controlli sanitari nel nostro Paese. Molti i loro compiti: dal controllo degli alimenti, del suolo e dell'abitato, alla lotta contro le frodi, passando dal fronteggiare e prevenire le epidemie e le malattie infettive. Nel corso degli anni le competenze si sono sempre più arricchite, occupandosi anche del settore del controllo degli ambienti di vita e di lavoro; a fine anni Novanta questa professione si è evoluta come "professione intellettuale" con una sua laurea ed è stato istituito recentemente con la Legge Lorenzin, L. 3/2018, anche un albo professionale all'interno dell'Ordine TSRM PSTRP. Oggi è un professionista sanitario laureato, e agisce in scienza e coscienza in tutti i contesti lavorativi e di vita in cui è chiamato a operare nell'applicazione delle norme che la società si è data in ambito di tutela e prevenzione della salute, attraverso il controllo e la salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, attivando contestualmente strategie di formazione, comunicazione e promozione della salute, nel rispetto della missione professionale tesa a prevenire l'insorgenza di un evento dannoso sia al singolo sia alla comunità. Dai contenuti del decreto istitutivo del profilo professionale (DM 58/97), nonché dall'analisi delle competenze proprie professionali (di base, tecnico professionali, trasversali), è possibile affermare che tale figura agisce in un ambito molto vasto di attività, dagli alimenti all'ambiente e alla sicurezza sul lavoro; orientato a un risultato non sempre facile da misurare in termini di "produzione di salute e benessere della comunità".
Dal 2019, un'ulteriore rivoluzione coinvolge le piscine nella cornice delineata dal "Piano d'azione globale sull'attività fisica per gli anni 2018-2030" dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), in una filosofia integrata di promozione della salute attraverso l'attività fisica, sullo slogan "Active life! Longer life!" (Una vita attiva! Una vita più lunga!). Attraverso i settings del Piano Nazionale della Prevenzione e le conseguenti ricadute sui Piani Regionali della Prevenzione con precisi percorsi istituzionali di riconoscimento, le piscine, come le palestre, possono integrare le attività del SSN in modo collaborativo, promuovendo salute, ossia offrendo percorsi di esercizio e/o attività fisica adattata per tutti, sia in termini preventivi per la popolazione generale, sia in termini di mantenimento psico-fisico per chi soffre di talune patologie croniche, sia in termini di recupero funzionale per chi ha terminato percorsi riabilitativi.
Un'evoluzione secolare, dunque, quella dei controlli sanitari, così come quella delle attività di piscine, che ha percorso diverse epoche storiche per arricchirsi di conoscenze e di competenze anche tecniche e scientifiche, fornendo tutti gli strumenti necessari oggi per poter garantire sicurezza e igiene anche negli ambienti di piscina, a tutela sia dei frequentatori e dei bagnanti sia dei gestori, dove il Tecnico della Prevenzione può essere una risorsa tanto nell'ambito dei controlli esterni, tanto in quello dei controlli interni. □

GIOVANNI ROSSI ↓

Laureato in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro e micologo, lavora presso il Servizio S.I.A.N. (Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) Asl e per l'Ispettorato Micologico di Parma. Autore di diverse pubblicazioni scientifiche, è professore a contratto presso l'Università degli Studi di Parma per il corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione. Riveste il ruolo di presidente e legale rappresentante dell'UNPISI ATS Tecnici della Prevenzione.

STEFANO SGHEDONI ↓

Laureato in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro e in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione. Si occupa di controlli qualità e prevenzione dei rischi da più di 30 anni, prima nel settore privato poi in AUSL. Segretario Regionale dell'Associazione Tecnico-Scientifica dei Tecnici della Prevenzione (UNPISI, Sez. Emilia-Romagna), è riferimento professionale per l'ambito della vigilanza igienico-sanitaria e prevenzione dai rischi nelle piscine.