

# Le deroghe ai requisiti igienico-sanitari nel recupero e nelle sanatorie di civili abitazioni in Italia

L. Capasso<sup>1,2</sup>, C. Varagnoli<sup>3</sup>, A. Basti<sup>3</sup>, M.G. Petronio<sup>4</sup>, M.E. Flacco<sup>1,5,6</sup>,  
L. Mascaro<sup>1,5</sup>, L. Manzoli<sup>1,2,5,6</sup>, D. D'Alessandro<sup>7</sup>

*Key Words: Building Hygiene, Hygienic Requirements, Health Regulations*  
*Parole chiave: Igiene edilizia, requisiti igienico-sanitari, normativa sanitaria*

## Abstract

### *Exceptions to Hygienic Requirements of Dwellings in Building Restoration and Indemnity for Abuses in Italy*

*Building restoration represents a fundamental tool to combine the population needs for housing with soil saving. Old buildings offer great possibilities, if we consider that 20% of residential buildings in Italy have been constructed before the beginning of XX century. In order to understand the public health impact of exemptions from hygienic requirements of dwellings, as well as indemnity for abuses, the authors analyse the national legislation on this topic. There is a strong need to update health standards and to rationalize and simplify the regulations, as a fundamental tool for the protection of public health in indoor environment.*

## Introduzione

In Italia, dagli anni '50 ad oggi, si è osservato un progressivo incremento nell'uso del suolo, il cui consumo, nel 2012, ha raggiunto il 7,3% (21.890 Km<sup>2</sup>) del totale. Tale percentuale sale al 67,6% nelle aree urbane. Gli edifici rappresentano la voce di consumo più rilevate, incidendo per il 30% (1).

Considerando che il consumo di suolo si associa a una serie di problematiche ambientali rilevanti quali, ad esempio, l'impermeabilizzazione, con conseguente riduzione della naturale capacità di assorbimento del terreno, la tendenza attuale e futura delle

politiche europee e nazionali sarà sempre più quella di spingere verso il recupero edilizio e la riqualificazione, piuttosto che verso il consumo di nuovo suolo a fini edilizi, come sottolineato anche dal recente Decreto Legge numero 133 del 12 settembre 2014 (2).

In questo scenario, in assenza di un quadro normativo ben preciso, il rischio che vengano inseriti nel mercato alloggi, recuperati o sanati, privi dei requisiti minimi per l'abitabilità è elevato, fenomeno, tra l'altro, già osservato in un recente passato (3).

In architettura, per recupero s'intende il complesso d'interventi grazie al quale le trasformazioni e la conservazione delle strutture

<sup>1</sup> Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università "G. d'Annunzio", Chieti, Italy

<sup>2</sup> EMISAC, CeSI Biotech, Chieti, Italy

<sup>3</sup> Dipartimento di Architettura, Università "G. d'Annunzio", Chieti, Italy

<sup>4</sup> Dipartimento di Prevenzione, ASL 11, Empoli, Italy

<sup>5</sup> ASL Pescara, Italy

<sup>6</sup> Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo, Italy

<sup>7</sup> Dipartimento di Ingegneria Civile, Edile ed Ambientale, Sapienza Università di Roma, Italy

sono finalizzate a reinserire una funzione in immobili obsoleti o abbandonati: nel caso del patrimonio di maggior rilievo storico e artistico, si parla più propriamente di restauro (4), che tuttavia, dal punto di vista esposto nel presente lavoro, presenta problematiche affini al caso più generale. Dal punto di vista normativo il tema del recupero è affrontato per la prima volta dalla legge 457 del 1978, agli articoli 27 e 28 (5), in cui si fa specifica menzione al rispetto degli strumenti urbanistici vigenti. Il recupero assume una valenza fondamentale nel nostro paese, tenendo conto che circa il 20% del patrimonio edilizio in Italia è stato costruito prima del 1919 (6) e che parte di questo è portatore di valori storici, architettonici e paesaggistici. Al fine di evitare il consumo di suolo, il recupero edilizio costituisce dunque uno strumento fondamentale per garantire un'adeguata offerta abitativa. Il legislatore, soprattutto a livello regionale, è già pesantemente intervenuto al fine di agevolare il riutilizzo d'immobili esistenti, anche ai fini abitativi ed anche derogando a requisiti igienico-sanitari vigenti su scala nazionale (7).

Diverso è il concetto d'immobile *sanato*; la sanatoria, infatti, è un titolo di legittimità a posteriori di opere abusive, concesso dietro pagamento di un'oblazione (8).

L'importanza dell'abitazione nel determinare lo stato di salute umana è fondamentale (9, 10, 11, 12), in quanto principale ambiente indoor per le popolazioni dei paesi più economicamente avanzati, compresa quella italiana (13, 14). Tale assunto è noto già da tempo sia alla comunità scientifica, ed in particolare a quella igienistica, che ai decisori politico-amministrativi (15). La tutela della salute fu affrontata in era unitaria e addirittura preunitaria dai legislatori italiani (15, 16), i quali provvidero a dare strutturazione ad un sistema di prevenzione esaustivo e ben codificato ed in particolare normando in maniera congrua e stringente anche per ciò che attiene i requisiti edilizi (13). Il corpus normativo dei requisiti igienico-sanitari è fra

gli elementi di maggiore importanza per la determinazione della salubrità degli ambienti confinati (17, 18). Tuttavia, dette norme, accumulate nel tempo, risultano spesso in contrasto tra di loro e tendono a una gestione del problema di tipo prescrittivo, piuttosto che prestazionale, ovvero finalizzata ad un chiaro obiettivo di salute (19).

Il presente lavoro intende analizzare criticamente la normativa italiana in tema di deroghe ai requisiti igienico-sanitari, nonché di sanatorie di abusi, al fine di rilevare se le parti di competenza sanitaria in esse contenute siano tali da tutelare effettivamente la salute pubblica.

## Materiali e metodi

Lo studio è consistito nella revisione delle norme italiane riguardanti il recupero/riqualificazione di vecchi edifici e/o il restauro di edifici storici a fini abitativi. La ricerca delle fonti normative è stata effettuata utilizzando il motore di ricerca Google, nonché altre fonti informative di carattere normativo (De Jure-Giuffrè e Maxima-Praxis), utilizzando le parole chiave: deroghe, sanatoria, requisiti igienico sanitari, recupero edilizio, restauro.

Sono state escluse dalla ricerca tutte le norme relative all'utilizzo residenziale di sottotetti e seminterrati, in quanto ambienti di vita estremamente peculiari e sovente regolamentati in maniera specifica a livello nazionale, regionale e locale (7, 20). La ricerca normativa si è conclusa alla data del 31 Luglio 2014.

Considerando il variegato panorama normativo italiano, per via della legiferazione regionale e delle competenze comunali in materia di edilizia (15), nella presente revisione si è preferito concentrare l'attenzione sulle norme nazionali, nel tentativo di comprendere quale fosse il livello di deroga dai requisiti igienico-sanitari per le abitazioni vigenti in Italia.

Le norme sono state analizzate al fine di rilevare eventuali criticità ed incongruenze rispetto alle esigenze di tutela della salute.

## Risultati

La revisione ha portato alla selezione di otto provvedimenti normativi; tra questi, alcuni riportano indicazioni di carattere generale (21, 22), altri entrano nel merito delle sanatorie, del recupero edilizio e del restauro dei beni storici ed architettonici (5, 23-27).

In merito al problema delle sanatorie, il comma 19 dell'articolo 35 della Legge 28/02/1985 numero 47 recita che: *“A seguito della concessione o autorizzazione in sanatoria viene altresì rilasciato il certificato di abitabilità o agibilità anche in deroga ai requisiti fissati da norme regolamentari, qualora le opere sanate non contrastino con le disposizioni vigenti in materia di sicurezza statica...”* (23). Appare dunque derogabile ogni requisito igienico-sanitario contenuto nelle normative di livello sia nazionale, che locale. A titolo esemplificativo nel Comune di Roma, vengono considerati idonei per abitazione locali con superficie di almeno 8 m<sup>2</sup>, altezza minima di 2,20 m e rapporto aeroilluminante pari a 1/12 della superficie calpestabile, integrato artificialmente (3, 28).

A tal proposito la sentenza del Consiglio di Stato numero 2620 del 03/05/2011 ha sancito la non plausibilità di ritenere derogati requisiti che tutelano un diritto garantito dalla Costituzione, quale quello alla salute (29, 30). Secondo quanto asserito dai giudici amministrativi resterebbero dunque sempre validi i dettami, in materia igienico-sanitaria, del D.M. Sanità del 05/07/1975 e dei regolamenti locali d'igiene e di edilizia comunali. Questa confortante asserzione non basta sicuramente a dissipare i dubbi relativi alle deroghe già concesse agli edifici “sanati” negli anni successivi all'emanazione della

citata legge, ma precedenti al provvedimento del Consiglio di Stato.

Per quanto riguarda gli edifici storici, è necessario tener presente una serie di vincoli che possono nascere da imposizioni localistiche previste dagli enti preposti, in forza di una normativa specifica riferita a condizione di tutela del patrimonio storico-artistico e in particolare a quello architettonico (26, 27). In questo senso già l'articolo 21 della Legge n.1089 del 01/06/1939 “Tutela delle cose d'interesse artistico o storico” consentiva di intervenire indipendentemente dai dettami di piani regolatori e regolamenti edilizi (27).

Pertanto, in assenza una chiara normativa nazionale di riferimento in materia di possibili deroghe ai requisiti igienico sanitari, è facile comprendere quante difficoltà possano incontrare sia i progettisti che gli operatori di sanità pubblica eventualmente chiamati ad esprimersi, anche in conferenza dei servizi ai sensi dell'articolo 25 del D.lgs 42/2004 (26).

Vale la pena ricordare che il D.M. Sanità del 09/06/1999 (25) valuta la conservazione del patrimonio storico ed architettonico tenendo in considerazione le difficoltà ad adeguare edifici antichi ai requisiti (inderogabili) di altezza minima. Tale decreto, di soli due articoli, va infatti ad operare una deroga per edifici situati in ambito di comunità montane sottoposti ad interventi di recupero edilizio e di miglioramento delle caratteristiche igienico-sanitarie, a patto però che l'edificio *“presenti caratteristiche tipologiche specifiche del luogo meritevoli di conservazione ed a condizione che la richiesta di deroga sia accompagnata da un progetto di ristrutturazione con soluzioni alternative atte a garantire, comunque, in relazione al numero degli occupanti, idonee condizioni igienico-sanitarie dell'alloggio, ottenibili prevedendo una maggiore superficie dell'alloggio e dei vani abitabili ovvero la possibilità di una adeguata ventilazione naturale favorita dalla dimensione e tipologia delle finestre, dai riscontri d'aria trasversali e dall'impiego*

*di mezzi di ventilazione naturale ausiliaria*” (25). Come già affermato in altri studi (31) il Decreto del 1999 esclude i centri storici della maggior parte delle città italiane (non incluse nelle comunità montane), dove, invece, sono situati molti edifici d’interesse storico-architettonico. Inoltre appare complessa l’armonizzazione fra questo decreto e gli strumenti locali (regolamenti edilizi comunali e locali d’igiene), basati sui dettami del vecchio D.M. Sanità 05/07/1975 (31), regolamenti la cui vetustà ed inadeguatezza è stata più volte sollevata e discussa dalla comunità igienistica nazionale (20, 32).

## Conclusioni

Il recupero edilizio rappresenta uno strumento fondamentale per coniugare il bisogno di abitazioni con quello della difesa del suolo. Grandi possibilità in questo senso sono offerte da un patrimonio edilizio come quello italiano. Considerando che i provvedimenti in materia sono reperibili nell’ambito dei più disparati atti normativi, non solo di livello nazionale, ma anche regionale, la descrizione della situazione potrebbe non essere completamente esaustiva e del tutto precisa; tuttavia la presente ricerca ci permette di affermare anche che gli strumenti normativi sono però da considerarsi inadeguati. La giurisprudenza ha, infatti, stabilito che il Sindaco, nella sua duplice competenza urbanistico-edilizia e di tutela della salute, attivi gli uffici comunali preposti per rilasciare le certificazioni di abitabilità, ma la variabilità nei criteri di valutazione adottati dai Comuni comporta differenziazioni dei limiti derogabili dei requisiti igienico-sanitari sul territorio, con evidenti iniquità. Pertanto la necessità di adeguare gli standard igienico-sanitari, passando da un’impostazione prescrittiva a una prestazionale, diviene necessaria se consideriamo le difficoltà, e talvolta l’obiettivo impossibilità, di trasformazione di edifici esistenti.

Va sottolineata con forza l’importanza dell’aggiornamento del quadro normativo in materia di edilizia, conservando l’obiettivo primario della tutela della salute degli occupanti (come diritto costituzionalmente tutelato) e contemperando le esigenze di risparmio energetico e sostenibilità ambientale delle costruzioni. Allo scopo si ritengono fondamentali alcuni elementi al fine di semplificare l’operato di progettisti ed operatori di sanità pubblica, ovvero:

Aggiornamento dei requisiti igienico-sanitari per le civili abitazioni su scala nazionale.

Coordinamento delle norme in materia edilizia con quelle igienico-sanitarie in generale, con abrogazione di ridondanti provvedimenti esistenti e semplificazione del quadro nazionale di riferimento.

Passaggio ad un sistema di requisiti più flessibile, basato su valori prestazionali, almeno per ciò che attiene al recupero edilizio, tenendo in considerazione la necessità della conservazione dei valori storici, architettonici ed ambientali, in particolare nei centri storici.

Superamento del dualismo Regolamento Edilizio Comunale – Regolamento Locale di Igiene, anche riferendosi ad un territorio più ampio di quello comunale, con espressione chiara ed univoca dei requisiti igienico-sanitari e di sostenibilità.

Un quadro regolamentare chiaro, esaustivo ed aggiornato rappresenta, oltre che una semplificazione per i cittadini, un valido strumento di prevenzione primaria, essendo i requisiti dettati dalle norme una componente fondamentale per la tutela della salute pubblica in ambiente confinato.

## Riassunto

Nell’attuale fase storica il recupero edilizio ed il restauro rappresentano strumenti fondamentali per coniugare il bisogno di abitazioni da parte della popolazione con quello della difesa del suolo. Grandi possibilità in questo senso offerte da un patrimonio edilizio come quel-

lo italiano, che conta circa il 20% di edifici residenziali costruiti prima del 1919, spesso anche inutilizzati. Al fine di comprendere l'impatto sulla salute pubblica di deroghe ai requisiti igienico-sanitari, nonché di sanatorie di abusi, gli autori analizzano le normative nazionali sull'argomento. Si sottolinea la necessità dell'aggiornamento dei requisiti igienico-sanitari e la razionalizzazione, nonché la coerenza, della regolamentazione sanitaria ed edilizia, come elemento fondamentale per la tutela della salute pubblica in ambiente confinato.

## Bibliografia

1. ISPRA. Il consumo di suolo in Italia. Edizione 2014. Rapporti 195/2014. Roma, 26 marzo 2014.
2. Decreto Legge 12 settembre 2014, n. 133. Misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive. GURI n. 212 del 12 settembre 2014.
3. D'Alessandro D, Raffo M. Adeguare le risposte ai nuovi problemi dell'abitare in una società che cambia. *Ann Ig* 2011; **23**(3): 267-74.
4. Carbonara G. Trattato di restauro architettonico, Torino: UTET, 1996.
5. Legge 5 agosto 1978, n. 457. Norme per l'edilizia residenziale. GURI n. 231 del 19 agosto 1978.
6. ISTAT. Rapporto Bes 2013: il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: ISTAT, 2013.
7. Capasso L, Flacco ME, Manzoli L, Basti A. Analisi delle differenze fra i requisiti igienico-sanitari dei sottotetti abitabili nelle diverse regioni italiane. *Ann Ig* 2013; **25**(2): 159-65.
8. Campana S, Castellani E. Abitabilità e agibilità delle costruzioni nell'ordinamento vigente. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore, 1988.
9. Jacobs DE, Kelly T, Sobolewski J. Linking public health, housing, and indoor environmental policy: successes and challenges at local and federal agencies in the United States. *Environ Health Perspect*. 2007; **115**(6): 976-82.
10. Lowry S. Housing. *BMJ* 1991; **303**(6806): 838-40.
11. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet* 1991; **338**(8774): 1059-63.
12. Goromosov MS. Bases physiologiques des normes d'hygiène applicables au logement. Geneva: OMS, 1968.
13. Braubach M, Fairburn J. Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location a review of evidence. *Eur J Public Health* 2010; **20**(1): 36-42.
14. De Martino A. Linee-guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati. *Ig Sanita Pubbl* 2001; **57**(4): 407-14.
15. Capasso L, Schioppa FS. 150 anni di requisiti igienico-sanitari delle abitazioni in Italia. *Ann Ig* 2012; **24**(3): 207-16.
16. Capasso L, Vecchiet J, D'Anastasio R. Notizie sull'epidemia di tifo addominale in Civitella del Tronto (Teramo) durante la prima metà dell'anno 1817. *Ig Sanita Pubbl* 2012; **68**: 303-12.
17. Braubach M. Key challenges of housing and health from WHO perspective. *Int J Public Health* 2011; **56**(6): 579-80.
18. Perdue WC, Stone LA, Gostin LO. The built environment and its relationship to the public's health: the legal framework. *Am J Public Health* 2003; **93**(9): 1390-4.
19. D'Alessandro D, Faggioli A. Nuovi criteri per la casa sana e proposte per una linea di indirizzo della Società Italiana di Igiene. Atti 45° Congresso SII. Relazioni. Santa Margherita di Pula (Cagliari), 3-6 Ottobre 2012. *Ann Ig* 2013; **25**(3 Suppl 1): 127-31.
20. Capasso L, Basti A, Savino A, Flacco ME, Manzoli L, D'Alessandro D. Semi-basements used as dwellings: hygienic considerations and analysis of the regulations. *Ann Ig* 2014; **26**(1): 3-9.
21. Istruzioni Ministeriali 20 giugno 1896. Compilazione dei regolamenti locali sull'igiene del suolo e dell'abitato. [http://architettura.it/notes/ns\\_nazionale/anno\\_96/ISTR.MIN.20-6-96.html](http://architettura.it/notes/ns_nazionale/anno_96/ISTR.MIN.20-6-96.html) [Accessed September 2014].
22. Decreto Ministero della Sanità 5 luglio 1975. Modificazioni alle istruzioni ministeriali 20 giugno 1896, relativamente all'altezza minima ed ai requisiti igienico-sanitari principali dei locali di abitazione. GURI n. 190 del 18 luglio 1975.
23. Legge 28 febbraio 1985, n. 47. Norme in materia di controllo dell'attività urbanistico-edilizia, sanzioni, recupero e sanatoria delle opere edilizie. GURI n. 53 del 2 marzo 1985 (Suppl Ord).
24. Legge 23 dicembre 1994, n. 724. Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. GURI n. 304 del 30 dicembre 1994 (Suppl Ord n. 174).

25. Decreto Ministero della Sanità 9 giugno 1999. Modificazioni in materia dell'altezza minima e dei requisiti igienico sanitari principali dei locali di abitazione. GURI n. 148 del 26 giugno 1999.
26. Decreto Legislativo 22 gennaio 2004, n. 42. Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137. GURI n. 45 del 24 febbraio 2004 (Suppl Ord n. 28).
27. Legge 1 giugno 1939, n. 1089. Tutela delle cose d'interesse artistico o storico. GURI n. 184 dell'8 agosto 1939.
28. Determinazione Dirigenziale Ufficio Speciale Condoni Edilizi del Comune di Roma del 22.03.2000, n. 76. *Rettifica per le procedure per il rilascio del certificato di abitabilità degli immobili condonati ai sensi delle Leggi 47/85 e 724/94, art. 39 nel caso di immobili destinazione d'uso residenziale privi di alcuni requisiti fissati da norme regolamentari*. Comune di Roma, protocollo Generale 22 marzo 2000, n. 19226.
29. Consiglio di Stato, sezione IV, sentenza del 03/05/2011, n. 2620.
30. Costituzione della Repubblica Italiana.
31. Signorelli C. Height of rooms: changes after the Ministerial Decree of June 9, 1999. *Ann Ig* 2000; **12**(1): 75-8.
32. Signorelli C, Capolongo S, Carreri V, Fara GM. The adoption of local hygiene and building regulations and their update in a sample of 338 Italian municipalities. *Ann Ig* 1999; **11**(5): 397-403.

Corrispondenza: Dr. Lorenzo Capasso, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università "G. d'Annunzio" Chieti, Via dei Vestini 31, 66100 Chieti, Italy  
e-mail: lmcapasso@unich.it