

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

N. 4623

DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori DI ORIO, VIVIANI, BERNASCONI,
CAMERINI, DANIELE GALDI, MASCONI, LOMBARDI
SATRIANI e MELE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 24 MAGGIO 2000

—————

**Abrogazione di norme sanitarie obsolete, inefficaci
ed inappropriate**

—————

ONOREVOLI SENATORI. - Il nostro sistema di produzione legislativa presenta il limite, più volte denunciato in diversi consessi giuridici, di introdurre nuove disposizioni senza porre la necessaria attenzione all'abrogazione delle norme precedenti che la legislazione subentrante di fatto supera.

La comunità scientifica italiana che opera in campo sanitario, e in particolare la Società italiana d'igiene, che indubbiamente dispone di un osservatorio più ampio di altri settori sanitari e di una sensibilità nei confronti della sanità pubblica che le è proprio, ha più volte affermato, nel solo interesse della collettività del nostro Paese, di procedere, con norme di legge e non solo sulla base della consuetudine, all'abrogazione di norme sanitarie obsolete, inefficaci ed inappropriate.

Con l'istituzione del sistema sanitario regionale ed il trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle regioni devono intendersi abrogate tutte le norme precedenti relative all'ordinamento sanitario statale. Di fatto lo sono, ma ad evitare equivoci o richiami a qualche particolare aspetto non più successivamente trattato, è opportuno che alcune di esse vengano espressamente abrogate.

Si dovrebbe prevedere - almeno - l'abrogazione delle seguenti norme:

legge 17 luglio 1890, n. 6972, recante norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;

regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, recante approvazione del testo unico delle leggi sanitarie, relativamente al titolo primo, concernente l'ordinamento e le attribuzioni dell'amministrazione sanitaria;

legge 13 marzo 1958, n. 296, relativa alla costituzione del Ministero della sanità e i conseguenti e correlati decreti del Presi-

dente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249 e n. 264.

L'elenco, ove non si possa in via generale dichiarare decaduta tutta la normativa in materia sanitaria almeno per quanto riguarda l'ordinamento dei servizi sanitari pubblici precedente alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, potrà essere completato in sede di definizione di un nuovo testo unico delle leggi sanitarie (così come previsto dall'articolo 4 della legge 30 novembre 1998, n. 419), la cui elaborazione ed emanazione è da tutti auspicata per eliminare riferimenti per lo più impropri o pretestuosi a normative datate, non efficaci, improprie e verosimilmente già non più applicabili.

Nell'ambito di quanto premesso si segnalano in particolare alcune norme la cui abrogazione si evidenzia con maggiore necessità ed urgenza.

A) *Abrogazione del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, sulla medicina scolastica ed, in particolare, dell'obbligo del controllo sanitario biennale per il personale della scuola*

Il decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, detta norme per l'organizzazione dei servizi di medicina scolastica ed in particolare, all'articolo 49, prevede una visita medica biennale con controllo radiologico del torace per tutto il personale della scuola.

Nei primi anni Sessanta e negli anni precedenti all'emanazione del suddetto decreto del Presidente della Repubblica si era evidenziata la necessità di interventi di prevenzione e controllo sanitario della popolazione

giovanile frequentante le comunità scolastiche.

La situazione epidemiologica presente negli anni Cinquanta - ove la tubercolosi era malattia allo stato epidemico, coinvolgente la popolazione giovanile, ad alta prevalenza di forme polmonari aperte e bacillifere in un quadro sociale favorente la diffusione della malattia a causa delle condizioni igieniche di vita e delle abitazioni - ove la scuola era il principale contesto di aggregazione con prolungato contatto diretto, determinò l'adozione di misure preventive e di diagnosi precoce adeguate, che ritrovavano nel controllo radiografico periodico del personale scolastico la principale arma.

L'attuale contesto sociale, caratterizzato da condizioni igieniche abitative e da uno stato nutrizionale adeguato per la quasi totalità della popolazione, insieme all'epidemiologia della malattia tubercolare che vede l'incidenza della malattia a livello endemo-sporadico, la circoscrizione all'interno di categorie di popolazione con particolari fattori di rischio concomitanti, l'emergere di microrganismi atipici, quindi non «testabili» con le prove tubercoliniche, l'aumento di forme extrapolmonari, necessita di misure diverse per ottenere un reale controllo della malattia.

Tra di esse non figura certamente il test tubercolinico tra il personale scolastico, valutazione condivisa oltre che nel contesto scientifico nazionale ed internazionale, anche dallo stesso Ministero della sanità, che non ha infatti compreso tale misura nelle «Linee guida per il controllo della malattia tubercolare» emanate nel 1998: pertanto questo obbligo va abolito, così come il decreto del Presidente della Repubblica che lo prevede.

B) Abolizione dell'obbligo di ricerca di casi di sifilide ignorata

La legge 25 luglio 1956, n. 837, all'articolo 7, ha previsto per diverse categorie di cittadini (persone che richiedono il rilascio

del certificato di sana e robusta costituzione fisica, militari all'inizio del servizio e al momento del congedo, detenuti, aspiranti all'arruolamento volontario nei corpi militari e militarizzati dello Stato, minorenni da rieducare) la verifica obbligatoria della eventuale positività sierologica per sifilide.

La situazione epidemiologica odierna vede notificati in Italia, nel 1997, quattrocentoquaranta casi di sifilide contagiosa, con un andamento del tutto sovrapponibile all'ultimo decennio.

Nonostante l'esiguità dei casi notificati, vi è da ritenere che la sifilide mantenga una diffusione costante e non irrilevante nel nostro Paese. Studi su popolazioni specifiche hanno altresì confermato il permanere di tale patologia a livello endemico e pertanto la sifilide, unitamente all'insieme delle malattie sessualmente trasmesse, costituisce un problema di sanità pubblica tuttora presente, cui è necessario far fronte, considerate le modalità di contagio, con strumenti decisamente più sofisticati che non la mera esecuzione di test di massa.

L'esecuzione di esami ematici di massa per l'individuazione di soggetti infetti o ammalatisi nel passato di sifilide non ha alcun significato, né in termini preventivi, né a fini epidemiologici e pertanto va abrogato.

L'educazione sanitaria effettuata nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse è l'unica arma di prevenzione efficace, oltre che accettabile da un punto di vista etico.

C) Abolizione dell'obbligo di controllo sanitario per addetti alla preparazione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari

Si tratta di un obbligo derivante dalla legge 30 aprile 1962, n. 283, e dal decreto del Presidente della Repubblica 26 marzo 1980, n. 327, che prevedono, con cadenza annuale, che i lavoratori addetti alla produzione, preparazione, somministrazione, distri-

buzione e deposito di sostanze alimentari vengano sottoposti a controlli clinici ed esami atti ad escludere la presenza di malattie infettive e diffuse.

Le conoscenze dell'epidemiologia delle malattie trasmesse da alimenti hanno portato ad un'evoluzione normativa radicale, il cui punto più alto è consistito nell'emanazione del decreto legislativo 26 maggio 1997, n. 155, che ha recepito le direttive CEE sul controllo e la sicurezza alimentare.

Con tale atto muta radicalmente l'azione dello Stato: infatti dal controllo «a valle», interamente a carico delle aziende sanitarie locali (ASL), si passa al controllo «a monte», a carico del produttore.

Ci si pone perciò nell'ottica di quello che potrebbe succedere - richiedendo un'analisi preventiva dei rischi di contaminazione in cui l'alimento può incorrere - e non della verifica, quando il danno è già successo.

Significativo è inoltre il fatto che il decreto legislativo n. 155 del 1997 pone in capo al responsabile della ditta o azienda, oltre che il controllo, anche la formazione e preparazione del personale, relativamente ai comportamenti da mettere costantemente in atto per prevenire il passaggio di contaminanti dal lavoratore all'alimento.

Come più sopra ricordato le malattie trasmesse da alimenti costituiscono ancora oggi un'emergenza sanitaria. La letteratura scientifica evidenzia però che è la contaminazione dei cibi il principale meccanismo attraverso cui avviene poi il contagio alimentare. Al contrario di quanto ritenuto sino a qualche anno fa, il rischio di contaminare un alimento da parte di un portatore asintomatico è ritenuto minimo. I fattori di rischio che invece portano alla contaminazione alimentare sono correlati a comportamenti erronei o a modalità erranee di trattamento e conservazione dei cibi.

Le conoscenze scientifiche acquisite nell'epidemiologia delle malattie trasmesse da alimenti, che costituiscono tuttora un'emergenza di sanità pubblica, hanno evidenziato

come la contaminazione degli alimenti avvenga a seguito di misure di produzione, preparazione e conservazione scorrette.

Il ruolo di soggetti che manipolano alimenti e che siano portatori asintomatici di agenti patogeni si è rivelato irrilevante ed addirittura azzerabile quando vengano da essi adottate misure comportamentali di routine.

Quando anche la presenza di microrganismi patogeni in tali lavoratori comportasse un rischio per la sicurezza alimentare, lo stesso non sarebbe arginabile con accertamenti microbiologici a cadenza annuale.

La formazione e riqualificazione del personale dell'industria alimentare è dunque la misura principe nel contenimento di tutte le contaminazioni alimentari, ivi comprese quelle di natura biologica: di tale istanza ha tenuto ampiamente conto la legislazione italiana, recependo la direttiva europea sull'*Hazard Analysis and Critical Control Points* (HACCP). Con il decreto legislativo n. 155 del 1997 sono state introdotte tutte le norme di massima cautela per la sicurezza alimentare e la salute del consumatore, norme che superano, rendendolo inutile, l'obbligo del libretto di idoneità sanitaria.

D) *Abolizione dei certificati di sana e robusta costituzione e di analoghe certificazioni*

Molte delle certificazioni attualmente effettuate dai servizi di prevenzione non hanno più le motivazioni che le hanno determinate e rappresentano oggi solo incombenze burocratiche onerose per i cittadini e per gli stessi servizi, senza alcuna efficacia in termini preventivi o di tutela della salute.

L'abolizione dei certificati di sana e robusta costituzione, dei certificati per i gestori di autofficine e carrozzerie o per i lavoratori domestici e di altri che non siano di idoneità specifica al lavoro come previsti dalla legislazione in materia di prevenzione e sicu-

rezza sul lavoro, si presenta quindi come una necessità ineludibile nell'ottica di una razionalizzazione dei servizi e di una medicina basata sulle prove di efficacia.

Andrebbe riconsiderata anche la normativa sulla certificazione della idoneità alla guida non professionale di autoveicoli, allineandola alle disposizioni europee, in relazione al pressoché nullo effetto preventivo, liberando energie per interventi più efficaci di prevenzione degli incidenti stradali.

Le certificazioni medico-legali obbligatoriamente richieste sono numerose e la fonte normativa risale spesso a parecchi anni addietro, con motivazioni ormai non più valide, spesso discriminatorie.

Ad esempio si può considerare il certificato di sana e robusta costituzione previsto per legge - parrebbe - solo per l'iscrizione all'istituto magistrale e la frequenza a convitto per infermiere professionali (regio decreto 4 maggio 1925, n. 653). Lo scopo è addirittura esplicitato all'articolo 2, comma secondo: «... deve essere allegato alla domanda un certificato medico, dal quale risultino la sana e robusta costituzione fisica e l'assenza di imperfezioni tali da diminuire il prestigio di un insegnante o da impedirgli il pieno svolgimento dei suoi doveri».

È evidente il limite di una certificazione così motivata, così come trasparente appare la discriminazione nei confronti dei soggetti portatori di *handicap*.

Gli obblighi contrastano, inoltre, con leggi più recenti, come nel caso della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per la tutela dei portatori di *handicap*, che all'articolo 22 esclude esplicitamente che possa essere richiesto il certificato di sana e robusta costituzione per l'ammissione a qualsiasi attività lavorativa.

Da più parti la norma è stata interpretata come relativa ai soli soggetti handicappati: ma ciò appare francamente assurdo, perché distinguendo tra chi deve o non deve presentare detto certificato si opererebbe nuova-

mente la discriminazione che la legge ha voluto eliminare!

Per quanto riguarda poi il certificato di idoneità alla guida, va ricordato che con decreto ministeriale 8 agosto 1994 (*Gazzetta Ufficiale*, 19 agosto 1994, n. 193), recante recepimento della direttiva del Consiglio n. 91/439/CEE del 29 luglio 1991 concernente le patenti di guida, si prevedeva, all'articolo 7, comma 1, che «Il rilascio della patente di guida è subordinato (...) al soddisfacimento di norme mediche, conformemente alle disposizioni degli allegati II e III» e al comma che «Il Ministro dei trasporti e della navigazione può derogare alle disposizioni dell'allegato III, quando tali deroghe siano compatibili con i progressi della medicina (...)».

Già l'allegato III stabiliva però che i conducenti non professionali - ossia le categorie A, B, B+E e la sottocategoria A1, - «devono essere sottoposti a un esame medico se, durante l'espletamento delle formalità richieste o durante le prove cui si debbono sottoporre prima di ottenere la patente, risulta che sono colpiti da una o più delle incapacità menzionate nel presente allegato».

Dunque, così come peraltro avviene nei Paesi dell'Unione europea, la norma non prevede che prima di ogni rilascio o rinnovo debba essere acquisito il certificato di idoneità.

Infine, relativamente alle varie certificazioni di idoneità, va ricordato che con l'emanazione del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, la tutela del lavoratore è ormai in capo al datore di lavoro, che la esercita tramite il medico competente.

Le conoscenze scientifiche, la situazione epidemiologica, la normativa a tutela dei soggetti svantaggiati, indicano la necessità della rapida eliminazione di obblighi certificatori di nessun'utilità e di largo costo sociale ed operativo, quali:

certificato di sana e robusta costituzione: da eliminarsi non solo ove previsto

per legge, ma anche ove richiesto come prassi soprattutto da enti pubblici;

certificato di idoneità fisica alla frequenza scolastica o formazione professionale: sia esplicitato l'obbligo a non richiederlo impropriamente;

certificato per vendita dei generi di monopolio;

certificato per abilitazione alla conduzione di generatori di vapore (caldaie);

certificato per minori e personale dei centri di vacanza;

tessera sanitaria per persone addette a lavori domestici;

certificato per adozione o affido.

Occorrerebbe inoltre adeguare agli effettivi fini:

certificazioni di idoneità alla guida di autoveicoli: adeguandosi agli altri Paesi dell'Unione europea, richiedendole, per la guida non professionale, solo al rilascio ed in occasioni di infrazioni o incidenti, ove gli esaminatori o le Forze di polizia ravvisino un'anomalia fisica all'origine dell'evento;

certificato di esonero dalle lezioni di educazione fisica e certificati ad uso militare.

E) *Abrogazione di norme di polizia mortuaria*

Il regolamento di polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, è, ormai da alcuni anni, oggetto di revisione da parte dei competenti organi ma, sinora, benché preannunciato per la fine del 1999, non ha ancora visto la luce.

Nelle bozze di revisione, presentate anche in occasione di convegni a carattere nazionale, sono presenti alcune modifiche ed innovazioni di rilievo, che hanno recepito le acquisizioni scientifiche in campo igienico-sanitario sopravvenute di recente: ne è un esempio l'abolizione, in ogni caso, del tratta-

mento antiputrefattivo, effettuato con iniezione di formalina sul cadavere.

Altre incombenze rimarrebbero invece invariate, pur essendovi valide ragioni, tecnico-scientifiche ed organizzative, che ne richiederebbero l'abolizione.

Ci si riferisce in modo particolare all'abolizione delle speciali norme per morti affetti da malattie infettive e diffuse che non hanno alcun presupposto preventivo, con riguardo in particolare:

a) all'articolo 10 da abrogare completamente: «Nei casi in cui la morte sia dovuta a malattia infettiva-diffusiva compresa nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità o il cadavere presenti segni di iniziata putrefazione, o quando altre ragioni speciali lo richiedano, su proposta del coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale il sindaco può ridurre il periodo di osservazione a meno di 24 ore»;

b) all'articolo 18, di cui si chiede l'abrogazione dei commi 1 e 2: «1. Quando la morte è dovuta ad una delle malattie infettive-diffusive comprese nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità, il cadavere, trascorso il periodo di osservazione, deve essere deposto nella cassa con gli indumenti di cui è rivestito ed avvolto in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante.

2. È consentito di rendere al defunto le estreme onoranze, osservando le prescrizioni dell'autorità sanitaria, salvo che questa le vieti nella contingenza di manifestazione epidemica della malattia che ha causato la morte»;

c) all'articolo 25, si abroga il comma 1: «Per i morti di malattie infettive-diffusive di cui all'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanità, l'autorizzazione al trasporto prevista dall'articolo 24 può essere data soltanto quando risulti accertato che il cadavere, trascorso il periodo di osservazione, è stato composto nella duplice cassa prevista dagli articoli 30 e 31 seguendo le

prescrizioni degli articoli 18 e 32» e di conseguenza si modifica il comma 2.

Con riferimento all'abolizione delle norme relative ai controlli sui carri funebri e relative autorimesse, si osserva che è prevista una specifica autorizzazione sanitaria sia per le autorimesse che per i mezzi di trasporto dei feretri, quest'ultima da rinnovarsi ogni anno. Anche in questo caso si presume che il legislatore avesse in evidenza il rischio infettivo dei feretri, essendovi infatti tra i requisiti dei mezzi la presenza di superfici lavabili e disinfettabili.

Tali specifiche autorizzazioni non trovano più ragion d'essere sia perché non vi è alcun contatto diretto tra salma ed automezzi - e, se anche vi fosse, la semplice detersione eliminerebbe ogni rischio - sia perché l'industria di produzione degli automezzi è giunta a livelli tali per cui la verifica dei requisiti di igienicità è preventiva alla messa in strada.

Va inoltre ricordato che le autorimesse sono comunque soggette ad altre autorizzazioni comunali, quali la licenza d'uso ed il nulla osta di inizio attività e, dunque, l'autorizzazione della ASL si presenta come una duplicazione di verifiche già effettuate.

Sono quindi da abrogare i commi 2 e 3 dell'articolo 20 e il comma 3 dell'articolo 21: «Salva l'osservanza delle disposizioni di competenza dell'autorità di pubblica sicurezza e del servizio antincendi, l'idoneità dei locali adibiti a rimessa di carri funebri e delle relative attrezzature è accertata dal coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale competente».

Per quanto riguarda l'abolizione delle norme relative all'obbligatorio trattamento antiputrefattivo delle salme che risulta del tutto inefficace, si richiede l'abrogazione dell'articolo 32: «1. Per il trasporto di cui all'articolo 30, nei mesi di aprile, maggio, giugno, luglio, agosto e settembre, le salme devono essere sottoposte a trattamento antiputrefattivo mediante l'introduzione nelle cavità cor-

poree di almeno 500 centimetri cubi di formalina F.U. dopo che sia trascorso l'eventuale periodo di osservazione.

2. Negli altri mesi dell'anno tale prescrizione si applica solo per le salme che devono essere trasportate in località che, con il mezzo di trasporto prescelto, si raggiungono dopo 24 ore di tempo, oppure quando il trasporto venga eseguito trascorse 48 ore dal decesso.

3. Le prescrizioni del presente articolo non si applicano ai cadaveri sottoposti a trattamenti di imbalsamazione» e dell'articolo 48: «1. Il trattamento antiputrefattivo di cui all'articolo 32 è eseguito dal coordinatore sanitario o da altro personale tecnico da lui delegato, dopo che sia trascorso il periodo di osservazione di cui agli articoli 8, 9 e 10».

In relazione all'abolizione delle norme sull'assistenza sanitaria alle esumazioni ed estumulazioni straordinarie si osserva che nel vigente regolamento di polizia mortuaria la presenza alle operazioni di cui sopra è prevista in molti casi, verosimilmente per la tutela degli operatori addetti alle esumazioni e estumulazioni: non è infatti ipotizzabile alcun altro rischio, ad esempio per la salute pubblica o ambientale, né di danno alle salme o resti ossei.

Tuttavia il quadro normativo di tutela dei lavoratori si è radicalmente mutato con l'emanazione del decreto legislativo n. 626 del 1997, che pone in capo al datore di lavoro - nel nostro caso comuni o imprese appaltatrici - la valutazione del rischio e l'adozione dei mezzi di protezione.

Peraltro va ricordato che il rischio esistente non è, contrariamente a quanto si credeva sino a qualche anno fa, quello biologico, essendo notoriamente i processi putrefattivi determinati da agenti patogeni per l'uomo solo in caso eccezionale e, comunque, evitabili con l'adozione di semplici mezzi di barriera (guanti, calzari, grembiuli, mascherine).

La presenza di personale sanitario non riveste più alcun significato preventivo e non

esonera il datore di lavoro dalle proprie responsabilità di tutela degli addetti.

Sono quindi da abrogare all'articolo 83, comma 3, le parole: «del coordinatore sanitario della unità sanitaria locale e», all'articolo 86, comma 5, le parole: «su parere del coordinatore sanitario», mentre all'articolo 88, comma 1, le parole: «il coordinatore sanitario», e comma 2, le parole: «la predetta autorità sanitaria» devono essere sostituite con le seguenti: «l'incaricato delle operazioni di estumulazione».

F) *Abrogazione della obbligatorietà di alcune vaccinazioni*

Si segnala, infine, l'annoso problema della obbligatorietà delle vaccinazioni, su cui già si è espressa la Società italiana di igiene, nel cui merito si auspicano protocolli e linee guida basate su serie ed indiscutibili valutazioni costi/benefici e costi/efficacia in analogia a quanto avviene nei Paesi europei.

In questo contesto sono da segnalare alcune evidenti anomalie cui occorre subito porre rimedio. In particolare sarebbe doveroso procedere all'abrogazione urgente delle seguenti norme:

il decreto del Capo del Governo 2 dicembre 1926, recante obbligatorietà della vaccinazione antitifica;

l'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 1965, n. 1301, che, in attuazione della legge 5 marzo 1963, n. 292, determina in quattro anni l'obbligatorietà di richiamo della vaccinazione contro il tetano (e si determina in dieci anni il periodo intercorrente fra i richiami).

In merito alla obbligatorietà delle modalità di richiamo della vaccinazione contro il tetano è in vigore la legge 5 marzo 1963, n. 292, che ha reso obbligatoria la vaccinazione antitetanica nei nuovi nati ed in alcune categorie di lavoratori esposti. Tale legge demandava la definizione delle modalità di ese-

cuzione della vaccinazione e rivaccinazione ad un regolamento da emanarsi a cura del Ministero della sanità entro sei mesi.

Quasi tre anni più tardi, infatti, usciva nella *Gazzetta Ufficiale* del 3 dicembre 1965 il decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 1965, n. 1301, che, purtroppo, determinava anche, all'articolo 2, la cadenza dei richiami vaccinali ad intervalli di quattro anni. Essendo stato in seguito appurato che tale cadenza così ravvicinata era inutile (e dannosa), il Ministero, nel 1982, ha provveduto ad inviare una circolare consigliando di aumentare l'intervallo da quattro a dieci anni e preannunciando che era stato avviato l'*iter* legislativo di modifica del regolamento, che non è ancora stato concluso.

Dato che il contenuto di una circolare non modifica il testo di una legge, i dipartimenti di prevenzione delle ASL e, soprattutto, i medici del lavoro che operano nelle aziende, si suddividono fra chi accetta di violare la legge e praticare una profilassi corretta e chi si attiene alla legge e carica di anatossina tetanica la popolazione.

In generale, le vaccinazioni dovrebbero essere non imposte per vincoli di legge, ma raccomandate e promosse attivamente con possibilità di rifiuto informato ed accettato da parte degli interessati. In caso di eventi epidemici e di rischio concreto ed imminente per la salute collettiva l'autorità regionale potrà adottare i provvedimenti prescrittivi necessari.

A fronte di tale liberalizzazione occorrerebbe imporre ai servizi dei dipartimenti di prevenzione l'obbligo di promuovere campagne d'informazione e sensibilizzazione fissando loro obiettivi di copertura il cui raggiungimento o meno potrebbe essere oggetto di incentivi di risultato.

Non essendo allo stato attuale ipotizzabile una generalizzata liberalizzazione di una prassi diffusa ed ancora accettata dalla comunità medica e dalla popolazione, e per non interrompere i piani di lavoro in corso o programmati, per perseguire l'abolizione

dell'obbligatorietà delle vaccinazioni si dovrà procedere con gradualità, prevedendo sinora l'abrogazione dell'obbligatorietà di quella più recente e più discussa, la vaccinazione antiepatite B. Ciò in linea con le tendenze peraltro già espresse in numerosi atti del Ministero della sanità ed in ottemperanza ai principi, enunciati a livello internazionale

ed in parte applicati a livello nazionale, di sussidiarietà, di sburocratizzazione se non di delegificazione, di semplificazione delle procedure, di attenzione ai risultati più che alle forme ed in sostanza di una medicina moderna basata sull'evidenza di provata efficacia anche per gli interventi di igiene, prevenzione e sanità pubblica.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. In coerenza con la legislazione in materia sanitaria attualmente vigente e con il Piano sanitario nazionale, nonchè in considerazione delle mutate condizioni epidemiologiche, culturali e sociali della popolazione e delle più recenti conoscenze in tema di epidemiologia e di prevenzione sono abrogati:

a) la legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, recante norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;

b) il titolo I del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, relativo all'ordinamento e attribuzioni della amministrazione sanitaria;

c) la legge 13 marzo 1958, n. 296, recante costituzione del Ministero della sanità, nonchè il decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, e il decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, e successive modificazioni;

d) l'articolo 7 della legge 25 luglio 1956, n. 837, relativo alla verifica obbligatoria della positività sierologia per sifilide per alcune categorie di persone;

e) l'articolo 49 del regolamento per l'applicazione del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, relativo ai servizi di medicina scolastica, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, e successive modificazioni;

f) l'articolo 14 della legge 30 aprile 1962, n. 283, e successive modificazioni, e gli articoli 34, 37, 38, 39, 40 e 41 del regolamento di esecuzione della legge 30 aprile 1962, n. 283, e successive modificazioni, in materia di disciplina igienica della produ-

zione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 26 marzo 1980, n. 327, relativi all'obbligo di controllo sanitario per addetti alla preparazione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari;

g) il decreto del Capo del Governo 2 dicembre 1926, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 287 del 14 dicembre 1926, recante obbligatorietà della vaccinazione antitiflica;

h) l'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 1965, n. 1301, che determina in quattro anni la obbligatorietà di richiamo della vaccinazione contro il tetano;

i) la legge 27 maggio 1991, n. 165, e gli articoli 4 e 6 del decreto del Ministro della sanità 7 aprile 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 14 aprile 1999, che prevedono l'obbligatorietà della vaccinazione antiapatite B e della vaccinazione anti-*Haemophilus influenzae b*;

l) l'articolo 2, commi secondo, terzo e quarto, del regio decreto 4 maggio 1925, n. 653, che prevede un certificato di sana e robusta costituzione e relative norme di attuazione che prevedano certificati sanitari per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale;

m) l'articolo 5, secondo comma, n. 3), del decreto del Presidente della Repubblica 21 agosto 1971, n. 1275, che prevede un certificato medico di sana costituzione fisica tra i documenti da allegare alla domanda che gli aspiranti per l'autorizzazione all'esercizio della farmacia devono presentare;

n) l'articolo 6, primo comma, n. 5), della legge 22 dicembre 1957, n. 1293, laddove prevede che la gestione dei magazzini di vendita di generi di monopolio sia inibita a coloro che non siano immuni da malattie infettive o contagiose;

o) l'articolo 3, quarto comma, lettera b), del decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale 1° marzo 1974, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 16 aprile 1974, che stabilisce che gli aspiranti ad ac-

quisire il certificato di abilitazione alla conduzione di generatori di vapore debbano produrre un certificato medico di idoneità psicofisica alla conduzione dei generatori di vapore;

p) l'articolo 3, primo comma, lettera *f)*, della legge 19 ottobre 1956, n. 1224, in cui si prevede che il pubblico dipendente per potere accedere alla sovvenzione ivi prevista debba comprovare di avere sana costituzione fisica;

q) l'articolo 3 della legge 7 febbraio 1958, n. 88, che vincola la concessione dell'esonero dalle lezioni di educazione fisica da parte del capo d'istituto alla richiesta delle famiglie e previ gli opportuni controlli medici, il cui onere dovrebbe essere a carico della cassa scolastica;

r) l'articolo 119, commi 2 e 3, e l'articolo 126, comma 4, primo periodo, del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, relativamente alle certificazioni di idoneità sanitaria alla guida di autoveicoli previste per il rilascio e rinnovo delle patenti A, B ed E in condizioni normali; conseguentemente, all'articolo 126, comma 4, secondo periodo, le parole: «Detto accertamento» sono sostituite dalle seguenti: «L'accertamento dei requisiti per la guida dei motoveicoli e degli autoveicoli di cui all'articolo 116, comma 8». Resta fermo quanto disposto dall'articolo 7, comma 1, lettera *a)*, e dal punto 3 dell'allegato III del decreto del Ministro dei trasporti e della navigazione 8 agosto 1994, e successive modificazioni, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 193 del 19 agosto 1994;

s) gli articoli 5 e 19, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1997, n. 431, relativi ai requisiti fisici per il conseguimento delle patenti nautiche;

t) la legge 22 giugno 1939, n. 1239, e successive modificazioni.

2. Al regolamento di polizia mortuaria approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, e suc-

cessive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'articolo 18, i commi 1 e 2 sono abrogati;

b) all'articolo 20, i commi 2 e 3 sono abrogati;

c) all'articolo 21, il comma 3 è abrogato;

d) all'articolo 25:

1) il comma 1 è abrogato;

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Ai trasporti di cadaveri da o per l'estero previsti dagli articoli 27, 28 e 29, quando la morte sia dovuta a una delle malattie infettive-diffuse di cui all'elenco pubblicato dal Ministero della sanità, l'autorizzazione al trasporto prevista dall'articolo 24 può essere data soltanto quando risulti accertato che il cadavere, trascorso il periodo di osservazione, è stato composto nella duplice cassa prevista dagli articoli 30 e 31.»;

e) l'articolo 32 è abrogato;

f) l'articolo 48 è abrogato;

g) all'articolo 83, comma 3, le parole: «del coordinatore sanitario della unità sanitaria locale e» sono soppresse;

h) all'articolo 86, comma 5, le parole: «su parere del coordinatore sanitario» sono soppresse;

i) all'articolo 88:

1) al comma 1, le parole: «il coordinatore sanitario» sono sostituite con le seguenti: «l'incaricato delle operazioni di estumulazione»;

2) al comma 2, le parole: «la predetta autorità sanitaria» sono sostituite con le seguenti: «l'incaricato delle operazioni di estumulazione».

3. Al terzo comma dell'articolo 22 della legge 4 maggio 1983, n. 184, le parole: «la salute,» sono soppresse.

4. È abrogata ogni altra disposizione che preveda certificazioni o attestazioni di conferma della firma o la convalida, da parte

di un dirigente del Servizio sanitario nazionale o di un altro pubblico ufficiale, di certificati sanitari rilasciati da altri professionisti ben individuabili.

5. Sono abrogate tutte le disposizioni che prevedono l'obbligo di certificati di sana e robusta costituzione o certificati di buona salute, quali, tra gli altri, quelli stabiliti per studenti, gestori di autofficine e carrozzerie o per i lavori domestici, ad eccezione di quanto previsto in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro.

Art. 2.

1. Nelle materie oggetto della presente legge le regioni provvedono ad emanare apposite disposizioni ai dipartimenti di prevenzione affinché adottino tutte le necessarie misure per assicurare la tutela della salute individuale e collettiva; in particolare le regioni promuovono campagne attive che, pur salvaguardando il diritto al rifiuto con dissenso informato e sottoscritto, siano adeguate a perseguire gli obiettivi di copertura previsti per tutte le vaccinazioni raccomandate dal Piano sanitario nazionale.

2. Le regioni dettano norme relative all'igiene edilizia ed ambientale in considerazione delle molteplici modifiche legislative intervenute, delle mutate condizioni economiche e sociali ed anche della necessità di mantenere in capo ai dipartimenti di prevenzione tutti gli aspetti di igiene ambientale che hanno un diretto e significativo impatto sulla salute individuale e collettiva.

