

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

**N. 4615**

## **DISEGNO DI LEGGE**

**d'iniziativa del senatore TOMASSINI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 17 MAGGIO 2000**

—————

Aggiornamento di norme in materia di sanità pubblica con attribuzione  
di compiti specifici alle regioni e province autonome

—————

ONOREVOLI SENATORI. - La nostra legislazione sanitaria è attualmente caratterizzata dalla presenza di una serie di norme di vecchia data che risalgono a molti decenni or sono e non tengono in debita considerazione l'istituzione del sistema sanitario regionale e il trasferimento di numerose competenze in materia sanitaria. Da ben sessantasei anni, e cioè dal 1934, non è stato più aggiornato il testo unico delle leggi sanitarie, comportando ciò gravi disagi per gli operatori di sanità pubblica e numerosi sprechi in ordine alle terapie curative e preventive somministrate e alla procedure burocratiche che vengono quotidianamente espletate nelle aziende sanitarie locali. È vero che l'articolo 4 della legge 30 novembre 1998, n. 419, prevede che entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della predetta legge (e cioè la fine di giugno del 2000), il Governo emani un decreto legislativo «recante un testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge concernenti l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario nazionale», ma la lettura attenta di tale norma con le sue caratteristiche di genericità (opportune modificazioni integrative e correttive nonché quelle necessarie al fine del coordinamento stesso) lascia dubbi sulla effettiva possibilità che il Governo intervenga con innovazioni legislative rilevanti.

È per questo motivo che appare quanto mai urgente intervenire in maniera chiara su determinate materie utilizzando il principio della delega generale alle regioni su una serie di aspetti quali:

- vaccinazioni obbligatorie;
- igiene edilizia e degli ambienti confinati;
- disinfestazione;
- polizia mortuaria;
- certificazioni.

### I - Vaccinazioni obbligatorie

Un primo aspetto importante riguarda le vaccinazioni. Attualmente sussiste la competenza dello Stato per i vaccini obbligatori (antipolio, antidifterica, antitetanica e antiepatite B) e delle regioni per le profilassi immunitarie consigliate. Appare quanto mai necessario unificare queste competenze in capo alle regioni. Questa scelta è dettata dalle diverse caratteristiche del territorio e della popolazione, dell'andamento epidemiologico delle malattie infettive e delle possibilità di interventi preventivi anche di educazione sanitaria che potrebbe indurre le regioni a scelte diverse in ordine alle politiche vaccinali.

### II - Igiene edilizia e degli ambienti confinati

Una recente indagine condotta da un noto gruppo di ricerca e pubblicata sulla rivista scientifica «Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità» (1999) ha messo in evidenza come in molte regioni italiane le norme di igiene contenute nei regolamenti comunali di igiene ed edilizi siano ormai desuete, causando gravi problemi a progettisti e tecnici. Pur essendo previsto dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, che la competenza su questa materia spetta alle regioni appare quanto mai necessario un chiarimento legislativo che preveda esplicitamente l'intervento delle regioni ove i comuni non aggiornino nei tempi previsti i loro regolamenti.

### III - Disinfestazione

Un altro aspetto importante che merita una riflessione da parte degli operatori di sanità pubblica è quello che riguarda la disinfestazione. La delega alle regioni vuole essere

uno stimolo per rimediare a un problema in-gravescente che da qualche anno vede rim-pallare tra i diversi enti la competenza per questo importante aspetto della prevenzione che riguarda la lotta ai vettori.

L'ultimo Piano sanitario nazionale, infatti, fa riferimento solamente alla prevenzione dei focolai: non facendo quindi specifico riferi-mento alle disinfezioni, ogni anno vi sono numerosi casi di infestazioni da zanzare tigris, calabroni, ratti, ma soprattutto temibili zecche e pappataci, con conseguenze talvolta mortali per i colpiti.

L'intervento delle regioni dovrà quindi più consapevolmente, tenuto conto delle diver-sità territoriali e climatiche, essere tempe-stivo e specifico.

#### IV - *Polizia mortuaria*

Il regolamento di polizia mortuaria, appro-vato con decreto del Presidente della Repub-blica 10 settembre 1990, n. 285, è, ormai da alcuni anni, oggetto di revisione da parte dei competenti organi, ma, 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 nazio-nale, sono presenti alcune modifiche ed inno-vazioni di rilievo, che hanno recepito le ac-quisizioni scientifiche in campo igienico sa-nitario sopravvenute di recente: ne è un esempio l'abolizione, in ogni caso, del tratta-mento antiputrefattivo, effettuato con inie-zione di formalina sul cadavere. Altre incom-benze rimarrebbero invece invariate, pur es-sendovi valide ragioni, tecnico-scientifiche ed organizzative, che ne richiederebbero l'a-bolizione.

Alla luce di queste considerazioni si ri-tiene che il livello regionale debba essere in-vestito istituzionalmente del problema, fermo restando la possibilità che il Ministero pre-veda norme generali di indirizzo.

#### V - *Certificazioni*

Riguardo le certificazioni un'importante considerazione è data dal fatto che molte delle certificazioni attualmente effettuate dai servizi di prevenzione non hanno più le motivazioni che le hanno determinate e rap-presentano oggi solo incombenze burocrati-che onerose per i cittadini e per gli stessi ser-vizi, senza alcuna efficacia in termini pre-ventivi o di tutela della salute.

L'abolizione dei certificati di sana e robu-sta costituzione, dei certificati per i gestori di autofficine e carrozzerie o per i lavori dome-stici e di altri che non siano di idoneità spe-cifica al lavoro come previsti dalla legisla-zione in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro, si presenta quindi come una ne-cessità impellente anche in chiave di una ra-zionalizzazione delle spese.

L'obbligo di controllo sanitario per addetti alla preparazione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari deriva dalla legge 30 aprile 1962, n. 283, e dal decreto del Presi-dente della Repubblica 26 marzo 1980, n. 327, che prevedono, con cadenza annuale, che i lavoratori addetti alla produzione, pre-parazione, somministrazione, distribuzione e deposito di sostanze alimentari vengano sot-toposti a controlli clinici ed esami atti ad escludere la presenza di malattie infettive e diffuse.

La situazione al momento dell'emanazione degli atti normativi succitati presentava dun-que un quadro epidemiologico che giustifi-cava pienamente un controllo stringente su uno degli anelli della catena epidemiologica, costituito dal personale che manipolava gli alimenti. Scopo dei controlli annuali - consi-stenti, sin dall'inizio, nella ricerca microbio-logica di due soli agenti patogeni, la salmo-nella, tifoidea e minori, e lo stafilococco - era l'individuazione dei portatori asintoma-tici di tali batteri.

In realtà il contagio di un soggetto po-trebbe avvenire anche poco dopo il controllo, con la possibilità di alcuni mesi di stato di

portatore, quindi contagioso, di cui il portatore stesso sarà ignaro. Non solo è noto come, specie per le salmonelle minori, l'emissione fecale del germe, nel portatore, sia spesso intermittente: ciò significa che in un portatore asintomatico vi è la possibilità di esami coproculturali negativi (cioè falsi negativi).

Un secondo limite del controllo consiste nella ricerca circoscritta a due soli, pur frequenti, agenti patogeni: alle salmonelle minori si sono infatti aggiunti negli anni numerosi altri agenti patogeni all'origine di tossinfezioni alimentari, quali il *clostridium perfringens*, il *bacillus cereus*, la *yersinia enterocolitica*.

Per quanto riguarda poi lo stafilococco, ricercato a livello faringeo, va ricordato che causa di tossinfezioni non è il batterio, ma la tossina da esso prodotta e lo stato di portatore non corrisponde automaticamente alla produzione di essa.

Le conoscenze degli aspetti epidemiologici delle malattie trasmesse da alimenti hanno portato ad un'evoluzione normativa radicale, il cui punto più alto è consistito nell'emanazione del decreto legislativo 20 maggio 1997, n. 155, che ha recepito le direttive 93/43/CEE e 96/3/CE concernenti l'igiene dei prodotti alimentari. Con tale atto muta radicalmente l'azione dello Stato: infatti dal controllo «a valle» interamente a carico delle aziende sanitarie locali, 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.

Viene così a cadere anche una seconda finalità che si sarebbe potuta conferire al controllo degli alimentaristi e cioè la formazione ed aggiornamento sui comportamenti corretti da tenere per la prevenzione delle contaminazioni alimentari.

La provincia di Trento ha peraltro colto la discrepanza tra la legge n. 283 del 1962 ed il decreto legislativo n. 155 del 1997, abolendo formalmente oltre che di fatto l'obbligatorietà del libretto di idoneità sanitaria, sostituito dall'attività formativa e di controllo svolta dai titolari di ditte ed aziende.

La situazione odierna, viste le acquisizioni sull'epidemiologia delle malattie trasmesse da alimenti, presenta due tipi di orientamenti regionali: vi sono cioè regioni che utilizzano il libretto di idoneità sanitaria come momento formativo, eliminando accertamenti microbiologici ritenuti obsoleti, ed altre regioni che, invece, hanno mantenuto i dettati del decreto del Presidente della Repubblica n. 327 del 1980, effettuando su tutti i soggetti sottoposti all'obbligo le ricerche microbiologiche succitate.

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. Anche se 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.

Al fine di una più incisiva presa di posizione nei confronti di norme di sanità pubblica ormai desuete in questo disegno di legge si propone l'abrogazione esplicita di alcuni articoli di legge, oltre alla generale

dizione che prevede la soppressione di ogni altra norma incompatibile con le disposizioni contenute negli articoli della presente legge.

*VI - Abrogazione dell'articolo 14 della legge 30 aprile 1962, n. 283*

L'articolo 14 della legge 30 aprile 1962, n. 283, e il decreto del Presidente della Repubblica 26 marzo 1980, n. 327, prevedono, con cadenza annuale, che i lavoratori addetti alla produzione, preparazione, somministrazione, distribuzione e deposito di sostanze alimentari vengano sottoposti a controlli clinici ed esami atti ad escludere la presenza di malattie infettive e diffusive.

*VII - Abrogazione dell'articolo 7 della legge 25 luglio 1956, n. 837*

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 la sifilide.

Il periodo antecedente alla emanazione della legge n. 837 del 1956 vide una notevole diffusione delle malattie sessualmente trasmesse. Tuttavia la motivazione che portò ad emanare un atto normativo specifico per il controllo di una malattia nasceva anche dalla preoccupazione del legislatore che l'introduzione di nuove norme in materia di prostituzione (legge Merlin) potessero far dilagare la sifilide in Italia. 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.

Alla luce di tali considerazioni si propone l'abolizione della norma di cui sopra.

Non si fa luogo alla redazione della relazione tecnica in quanto dal provvedimento non scaturiscono nuove o maggiori spese a carico del bilancio dello Stato.

**DISEGNO DI LEGGE**  

---

## Art. 1.

*(Competenze regionali in materia  
di sanità pubblica)*

1. Le competenze nelle seguenti materie, che fanno capo al Servizio sanitario nazionale, sono delegate alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano:

- a) vaccinazioni obbligatorie;
- b) igiene edilizia e degli ambienti confinati;
- c) disinfestazione;
- d) polizia mortuaria;
- e) certificazioni, inclusi i controlli sanitari per addetti alla preparazione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano le suddette materie con leggi regionali o provinciali ovvero con regolamenti tenendo conto delle caratteristiche del territorio e della popolazione, dell'andamento epidemiologico delle malattie e delle possibilità di interventi preventivi.

## Art. 2.

*(Norme di igiene edilizia  
e degli ambienti confinati)*

1. Le norme per la tutela della salute negli ambienti confinati sono contenute nei regolamenti comunali.

2. Le regioni e le province autonome devono vigilare sull'aggiornamento di tali regolamenti, prevedendo provvedimenti di surroga in caso di inadempienza.

Art. 3.

*(Abrogazione di norme)*

1. Sono abrogati l'articolo 14 della legge 30 aprile 1962, n. 283, e successive modificazioni, e l'articolo 7 della legge 25 luglio 1956, n. 837. È altresì abrogata ogni altra norma incompatibile con le disposizioni contenute nella presente legge.

