



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

**DOCUMENTO CONCLUSIVO DEL GRUPPO DI LAVORO COSTITUITO
CON DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE IN DATA 13 OTTOBRE
2004 PER LA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE
RELATIVAMENTE ALLE AUTORIZZAZIONI, CERTIFICAZIONI ED
IDONEITA' SANITARIE**

Roma, 9 febbraio 2006

PROPOSTA DI SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE RELATIVAMENTE ALLE AUTORIZZAZIONI, CERTIFICAZIONI ED IDONEITÀ SANITARIE

INDICE

METODOLOGIA ADOTTATA DAL GRUPPO

DI LAVORO.....pag. 4

SCHEDE RELATIVE A PROCEDURE PER LE QUALI SI PROPONE

LA SEMPLIFICAZIONE:

- 1. Certificato di sana e robusta costituzione.....pag. 8**
- 2. Certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego.....pag. 10**
- 3. Certificato di idoneità fisica per l'assunzione di insegnanti e altro
personale di servizio nelle scuolepag. 12**
- 4. Certificato di idoneità fisica al servizio civile volontario.....pag.14**
- 5. Certificato per vendita dei generi di monopolio.....pag. 15**
- 6. Certificato di idoneità fisica per l'assunzione di apprendisti non
a rischio.....pag. 16**
- 7. Certificato per abilitazione alla conduzione di generatori
di vapore (caldaie).....pag. 18**
- 8. Certificato sanitario per l'impiego dei gas tossici.....pag. 20**
- 9. Certificato per l'esonero dalle lezioni di educazione fisica.....pag. 22**
- 10. Scheda sanitaria per colonie e centri estivi.....pag. 23**
- 11. Certificato di vaccinazione per l'ammissione alle scuole pubbliche.....pag. 28**
- 12. Certificato di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti
professionali o corsi di formazione professionale.....pag. 30**
- 13. Libretto di idoneità sanitaria per i parrucchieri.....pag. 31**
- 14. Certificato di idoneità all'esercizio dell'attività di autoriparazione.....pag. 32**
- 15. Certificato di idoneità a svolgere la mansione di *fochino*.....pag. 33**
- 16. Certificato di idoneità alla conduzione di impianti di risalita.....pag. 34**
- 17. Certificato per maestro di sci.....pag. 36**
- 18. Certificato di idoneità fisica a fare il giudice onorario e il giudice di pace.....pag. 37**
- 19. Certificato di idoneità per i lavoratori extra-comunitari dello spettacolo.....pag. 38**
- 20. Certificato per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto
della retribuzione.....pag. 39**

21. ABOLIZIONE DEGLI OBBLIGHI IN MATERIA DI MEDICINA SCOLASTICA	
21.1. Obbligo della presenza del Medico scolastico.....	pag. 41
21.2. Obbligo della tenuta di registri di medicina scolastica.....	pag. 41
21.3. Obbligo della presentazione di certificato medico oltre i cinque giorni di assenza.....	pag. 41
21.4. Obbligo di periodiche disinfezioni e disinfestazioni degli ambienti scolastici.....	pag. 42
22. Partecipazione delle ASL alla Commissione Comunale	
“Parrucchieri, barbieri ed estetisti”.....	pag. 43
23. Abolizione dell’obbligo dell’RX torace per silicosi e asbestosi.	
Accertamenti medici per i lavoratori a rischio di silicosi e asbestosi.....	pag. 44
24. PROCEDURE IN AMBITO VETERINARIO	
Isolamento di animali per il controllo dell’infezione rabbica.....	pag. 45
Sospensione, in via temporanea e sperimentale, della visita veterinaria prima del carico, con relativa attestazione sanitaria, dei suini domestici, da allevamento e da macello, da trasportare fuori comune.....	pag. 45
25. POLIZIA MORTUARIA (Regolamento 26 marzo 1980, n. 327)	
Trattamenti antiputrefattivi.....	pag. 48
Certificazione dello stato delle condizioni igieniche dei carri funebri e dell’autorimessa per i carri funebri.....	pag. 50
Certificato di trasporto da Comune a Comune.....	pag. 52
Assistenza alle operazioni di esumazione ed estumulazione.....	pag. 53
Rilascio dei pareri per la costruzione di edicole funerarie e di sepolcri privati.....	pag. 55
Disposizioni in materia di cremazione. Obbligo di verifica della firma del sanitario certificatore.....	pag. 57
Delega ai medici di medicina generale della visita e certificato necroscopico.....	pag. 59
25.8 Certificato di conformità del feretro.....	pag. 60

METODOLOGIA ADOTTATA DAL GRUPPO DI LAVORO

PREMESSA

La presenza all'interno della normativa statale di norme e regolamenti stratificatesi nel tempo, da cui derivano procedure, come certificazioni o autorizzazioni, prive di documentata efficacia, genera un uso non ottimale delle risorse, una perdita di credibilità del sistema di prevenzione, oltre a una mancanza di impatto sui problemi di salute.

A questo proposito le Linee Guida per la Prevenzione Sanitaria e per lo Svolgimento delle Attività del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, emanate dalla Conferenza Stato Regioni il 25 luglio 2002, rilevano che "...i Dipartimenti di Prevenzione continuano ad organizzarsi intorno a pratiche la cui efficacia ed appropriatezza non sempre sono provate o possono non essere attuali...".

Negli scorsi anni, alcune Amministrazioni Regionali hanno provveduto, con proprie leggi, ad abolire ovvero semplificare alcune procedure relative alle certificazioni e alle autorizzazioni, nonché alle idoneità sanitarie. Nei confronti di tali iniziative, il Governo ha sollevato di fronte alla Corte Costituzionale un dubbio di costituzionalità. La Corte, con sentenza n. 162 del 2004, ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale sollevate.

Di conseguenza, il Ministro della salute, con proprio decreto del 13/10/2004, ha costituito, presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria, un gruppo di lavoro per la semplificazione delle procedure relativamente alle autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie, della durata di sei mesi, con il compito di:

- predisporre un elenco delle autorizzazioni sanitarie, idoneità sanitarie e certificazioni sanitarie previste dalla normativa vigente nazionale e regionale;
- valutare le prove di efficacia ai fini della salute della popolazione esistenti per ciascuna delle suddette procedure e classificarle in categorie: procedure certamente utili, procedure certamente non utili, procedure la cui utilità è incerta;
- formulare proposte di modifica dell'attuale quadro normativo di riferimento, con particolare riguardo alle eventuali pratiche inutili.

SANITÀ PUBBLICA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA

La comunità scientifica internazionale, dall'inizio degli anni '90, è impegnata nella ridefinizione delle basi teoriche delle pratiche sanitarie. Tali basi, tradizionalmente desunte partendo dai meccanismi fisio-patologici e da modelli sperimentali in vitro e su sistemi animali, dovrebbero essere affiancate da prove empiriche che ne dimostrino l'efficacia sull'uomo, prove il cui modello paradigmatico è rappresentato dalla sperimentazione clinica controllata. L'esigenza di dimostrazioni dell'efficacia degli interventi sanitari si sta diffondendo a tutti i livelli del sistema sanitario, con l'elaborazione di linee guida e raccomandazioni per la buona pratica clinica (*evidence based medicine*).

Anche nel campo delle misure di prevenzione, sia che esse agiscano a livello del sistema regolatorio, a livello della comunità o del singolo individuo, la valutazione dell'efficacia dell'intervento, basata su prove empiriche, è ritenuto un requisito indispensabile (*evidence based public health*).

Nella Legislazione Italiana si sono stratificate nel tempo norme che impongono l'adozione di misure rivolte alla prevenzione di malattie o alla tutela della salute, basate su idee dominanti nella comunità scientifica dell'epoca, ma attualmente non più ritenute valide¹, oppure basate sulla necessità di difesa da pericoli per la salute non più attuali². Nella pratica queste norme generano attività rituali percepite dai cittadini come un inutile aggravio burocratico. D'altra parte queste attività costituiscono uno spreco di risorse per la comunità e per il servizio sanitario, generando una perdita di credibilità per il servizio sanitario e il Ministero della Salute.

E' necessario che le pratiche di prevenzione siano giustificate dalla esistenza di prove che dimostrino la loro efficacia. Tali prove possono essere rintracciate nella letteratura scientifica o possono essere raccolte promuovendo un programma di ricerca applicata di cui si sente l'urgenza e previsto dalle Linee Guida sui Dipartimenti di Prevenzione emanate dalla Conferenza Stato Regioni il 25 luglio 2002.

In via preliminare la Commissione ha preso in esame le procedure la cui inutilità si appalesa in base ai criteri di seguito espressi.

¹ Ad esempio, il costituzionalismo della prima metà del secolo scorso su cui si basa il certificato di sana e robusta costituzione, oppure il check up o la visita preventiva degli anni '50 e '60 su cui si basa la medicina scolastica.

² Ad esempio, le misure di prevenzione della rabbia in caso di morso di animale, nel nostro attuale contesto in cui la rabbia non è diffusa.

CRITERI GENERALI PER UNA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE SANITARIE

La Legislazione Europea con sempre maggior decisione promuove il superamento del regime di tipo «autorizzativo» con un sistema di autocontrollo che si concretizza attraverso dichiarazioni di notifica, denunce di inizio attività, autocertificazioni, di cui la pubblica amministrazione può verificare la veridicità.

Si considerino, ad esempio, le direttive «riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro» attuate col D. Lgs. 19 settembre 1994, n. 626; le direttive «concernenti l'igiene dei prodotti alimentari», attuate con D. Lgs. 26 maggio 1997, n. 155; il regolamento (CE) n. 178/2002 del 28 gennaio 2002 «che stabilisce i principi e i requisiti della legislazione alimentare...»; il regolamento (CE) n. 852/2004 del 29 aprile 2004 «sull'igiene dei prodotti alimentari», art. 6, punto 2.

In generale deve valere il principio che le nuove norme si armonizzino con le vecchie o altrimenti le superino esplicitamente (es. abrogando le precedenti nelle parti specificamente in contrasto). In particolare, per quanto riguarda i contrasti con la legislazione di origine europea, si richiama la sentenza della Corte Costituzionale n. 170 del 1984 secondo cui il recepimento delle direttive comunitarie nell'ordinamento nazionale produce l'effetto della disapplicazione delle norme interne con essa in contrasto. Dalla data di entrata in vigore dei decreti di recepimento sono altresì allineate, a questi, tutte le norme dell'ordinamento nazionale rientranti nel campo di applicazione delle direttive recepite. I Servizi di Prevenzione dovrebbero quindi rilasciare soltanto certificati esigiti da leggi in vigore: ciò ad evitare, come già accaduto, che si richiedano certificati previsti da leggi abrogate; ovvero che si richiedano certificati non previsti da alcuna legge, ma surrettiziamente dedotti per analogia (vedi il caso dei «libretti sanitari per barbieri e parrucchieri» oppure il caso dei certificati di «ammissione in comunità»).

Nuovi obblighi di certificazione vanno introdotti solo se di provata utilità e solo dalla competente autorità sanitaria. È utile evidenziare le normative superate per l'adozione di successivi atti legislativi, ma non automaticamente abrogate: così il D. Lgs. 626/94 supera molte certificazioni di idoneità; e il D. Lgs. 155/97 è in contrasto esplicito con singole proposizioni e con l'impianto generale del DPR 327/80.

E' auspicabile che il riordino normativo avvenga di concerto tra le diverse amministrazioni regionali e dello Stato, per garantire gli stessi elementi di diritto in tutto il territorio nazionale.

CRITERI GENERALI DI LAVORO DELLA COMMISSIONE

In relazione al periodo di tempo definito per l'attività del gruppo di lavoro, si è scelto di concentrare il lavoro verso l'identificazione di un primo gruppo di norme da abolire che presentassero le seguenti caratteristiche:

- rientrare nella categoria “ procedure certamente non utili” utilizzando i seguenti criteri:
 - non attualità: l'analisi preliminare dei determinanti storici, epidemiologici, sociali che hanno determinato l'emanazione delle procedure, mostra che i rischi o i pericoli, alla cui riduzione la pratica è preposta, non sono attuali;
 - presenza di duplicazioni: altre norme successive mirano a raggiungere più efficacemente o altrettanto efficacemente gli stessi obiettivi.
 - assenza di coerenza logica, intendendo per coerenza logica, la congruità tra obiettivi perseguiti dalla procedura e metodi per raggiungere tali obiettivi;

- coprire l'intero arco di attività dei servizi compresi nei dipartimenti di prevenzione (igiene pubblica, igiene degli alimenti, tutela della salute nei luoghi di lavoro, attività di medicina veterinaria);
- permettere al nostro Paese di adeguarsi alle direttive europee;
- consentire la liberazione, all'interno dei dipartimenti di prevenzione, di risorse finanziarie ed umane da riutilizzare in interventi preventivi di provata efficacia;
- essere già state affrontate, abolite o modificate, in questi ultimi anni, almeno da una regione o provincia autonoma, senza che siano stati registrati effetti negativi.

1. Certificato di sana e robusta costituzione

Norma

Certificazione richiesta:

- a impiegati civili e militari dello Stato, ai sensi del R.D. 30 dicembre 1923, n. 2960, art. 1;
- a persone che devono iscriversi «al corso superiore dell'istituto magistrale» (R.D. 4 maggio 1925, n. 653, art.2);
- per «l'ammissione alle scuole convitto professionali per infermiere» (R.D. 21 novembre 1929, n. 2330, art. 17);
- a personale della Corte dei Conti (R.D. 12 ottobre 1933, n. 1364, art. 1, punto 3);
- a impiegati di Comuni, Province e Consorzi (R.D. 3 marzo 1934, n. 383, art. 221);
- a ufficiali esattoriali (Regolamento concernente modalità per il conseguimento della idoneità alle funzioni di ufficiale esattoriale in sostituzione di quelle previste dalla L. 11 gennaio 1951, n. 56, da emanarsi ai sensi dell'articolo 31 della L. 8 maggio 1998, n. 146. Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 gennaio 2001, n. 5. (“**8. Conseguimento dell’abilitazione.** I candidati idonei devono produrre, entro lo stesso termine, un certificato medico rilasciato dall’A.S.L. competente per residenza o domicilio ovvero, se il candidato risiede o si trova temporaneamente all’estero, da un medico di fiducia dell’autorità diplomatica o consolare, cui spetta di autenticarlo ed eventualmente tradurlo, attestante la **sana** e robusta **costituzione** e l’idoneità psico-fisica all’impiego.”)

Scopo

Lo scopo all'origine di tale obbligo è esplicitato, ad esempio, all'art. 1, comma 2, del R.D. 653/1925 relativo ai maestri: «...*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 adempimento ai suoi doveri*».

Pratica

L'obbligo si ritrova introdotto in bandi di concorso, bandi di ammissione, regolamenti e, per ricaduta o per analogia, è stato esteso a molti altri impieghi, professioni, corsi scolastici ed universitari, anche senza alcuna previsione di legge.

In campo scolastico il certificato è ancora largamente richiesto non solo per l'iscrizione all'Istituto Magistrale, quasi ovunque soppiantato dai licei psicopedagogici, in virtù di regolamenti interni o prassi consolidate: viene fatto obbligo di presentare detto certificato a tutti i supplenti, ad ogni inizio

di anno scolastico, come pure prima dell'immissione in ruolo. Ciò vale anche per numerose figure impiegatizie, che debbono presentare il certificato, anche quando esplicitamente abolito.

Conflitto tra norme:

L. 5-2-1992, n. 104. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. Pubblicata nella Gazz. Uff. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.

(“22. *Accertamenti ai fini del lavoro pubblico e privato.* 1. Ai fini dell'assunzione al lavoro pubblico e privato non è richiesta la certificazione di *sana e robusta costituzione* fisica.”).

L. 12-3-1999, n. 68. Norme per il diritto al lavoro dei disabili. Pubblicata nella Gazz. Uff. 23 marzo 1999, n. 68, S.O.

(“16. *Concorsi presso le pubbliche amministrazioni.* 3. Salvi i requisiti di idoneità specifica per singole funzioni, sono abrogate le norme che richiedono il requisito della *sana e robusta costituzione* fisica nei bandi di concorso per il pubblico impiego.”). D.P.R. 23-11-2000 n. 402.

C.M. 05/06/93, n.181. Iscrizione degli alunni alle Scuole Materne, Elementari e Secondarie di I e II grado. Abolizione del certificato di sana e robusta costituzione.

Decreto Legislativo 626/94: prevede specifiche norme in materia di idoneità specifica o generica al lavoro.

Commento

L'ampliamento della sfera dei diritti dei portatori di handicap e i soggetti affetti da menomazione e l'evoluzione dell'atteggiamento complessivo della società verso queste persone rendono non più attuale tale certificato.

Sotto il profilo sanitario, la collettività scolastica è comunque garantita dalla normativa in materia di sicurezza sul lavoro dettata dal decreto legislativo 626/94, che prevede specifiche norme in materia di idoneità specifica o generica al lavoro.

Nel caso dell'ammissione alle scuole convitto per infermiere, l'istituzione del diploma universitario – che sostituisce le scuole di formazione professionale – dovrebbe avere, di per sé, praticamente esaurito le richieste.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ELIMINAZIONE.

2. Certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego

Norma

DPR n. 3 del 10 gennaio 1957 – Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, *“Possono accedere agli impieghi civili dello Stato coloro che possiedono i seguenti requisiti: (...) idoneità fisica all’impiego. L’Amministrazione ha facoltà di sottoporre a visita medica di controllo i vincitori del concorso.”*

Norma ribadita in successivi atti regolamentari:

- DPR 3 maggio 1957, n. 686, in Suppl. Ord. alla G.U. n. 200 del 12 agosto;
- norme di esecuzione del testo unico delle disposizioni sullo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con DPR 10 gennaio 1957, n. 3 e DPR 9/5/1994, n. 487 (in Suppl. Ord. alla G.U. n. 185 del 9/8/94).
- Regolamento recante norme sull’accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi.

Scopo

La norma attiene ad un regime di controlli che differenziava lo status del dipendente pubblico nei confronti di quello privato.

Pratica

La facoltà per l’Amministrazione di sottoporre a visita medica di controllo l’assumendo diviene nella prassi obbligo di presentare una certificazione all’atto dell’assunzione. Spesso le Amministrazioni richiedono che nel certificato vengano riportate formule atte a documentare “l’assenza di menomazioni che potrebbero impedire o limitare le mansioni a cui l’individuo è destinato”, aggiungendo anche che eventuali limitazioni funzionali vengano esplicitamente indicate nel certificato stesso.

Conflitto tra norme

In base al D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626, i lavoratori del pubblico impiego sono soggetti a sorveglianza a cura del medico competente; pertanto debbono nuovamente sottoporsi ad accertamento di idoneità effettuato da quest’ultimo.

Commento

Il certificato, acquisito presso l'ASL, è attualmente un inutile doppione. Non si rilevano ragioni logiche per prevedere un regime di controlli sanitari differente nei confronti dei dipendenti pubblici rispetto ai dipendenti privati nelle medesime posizioni lavorative.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ELIMINAZIONE.

3. Certificato di idoneità fisica per assunzione insegnanti e altro personale di servizio nelle scuole

Norma

Tale certificazione è richiesta per l'immissione in ruolo e veniva altresì prodotta da tutto il personale scolastico – compresi cioè i bidelli, prima dipendenti comunali e attualmente dipendenti statali – all'atto del conferimento di ogni incarico provvisorio.

Attualmente dunque il personale precario, ad ogni cambiamento di incarico, anche con cadenze sub-annuali, presenta detto certificato. Tuttavia con l'entrata in vigore del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, i lavoratori del pubblico impiego soggetti a sorveglianza a cura del medico competente debbono nuovamente sottoporsi ad accertamento di idoneità effettuato da quest'ultimo: il precedente certificato, acquisito presso l'ASL, si rivela dunque un inutile doppione.

Scopo

Escludere dall'insegnamento persone che avessero disabilità ed handicap fisici.

Pratica

Nel decreto della Direzione generale dell'istruzione elementare del Ministero della pubblica istruzione del 2 aprile 1999, all'art. 15 (Documenti di rito), comma 3, viene precisato che per effetto dell'art. 22 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, non è più richiesta, ai fini dell'assunzione al lavoro pubblico, la certificazione di sana e robusta costituzione fisica e viene altresì stabilito che, alla luce di tale previsione di legge, **è sufficiente** che la certificazione sanitaria prodotta dai vincitori del concorso per l'accesso ai ruoli degli insegnanti elementari, rilasciata ai sensi delle vigenti disposizioni, rechi l'esplicita attestazione del possesso da parte dell'interessato dell'idoneità fisica per l'assolvimento della funzione di insegnante di scuola elementare. Lo stesso comma 3 dell'art. 15 della citata legge dispone peraltro che il Provveditore agli studi ha in ogni caso la facoltà di sottoporre i vincitori alla visita di una commissione medica, essendo tenuto, in base all'esito di detta visita, a disporre la decadenza da ogni diritto conseguente alla partecipazione al concorso nei confronti dei candidati che risultino fisicamente non idonei all'ufficio di insegnante di scuola elementare.

Conflitto tra norme

Non esiste una vera e propria conflittualità tra norme, anche se andrebbero meglio chiariti lo spirito e la lettera, nonché i relativi ambiti di applicazione, del decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487, a titolo: "Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle

pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi”, che, all’art. 2 (Requisiti generali), comma 1, punto 3, contempla, per l’accesso agli impieghi civili delle pubbliche amministrazioni, il possesso del **requisito generale** dell’idoneità fisica all’impiego, con facoltà dell’amministrazione di sottoporre a visita medica di controllo, in base alla normativa vigente, i vincitori di concorso, **con riferimento** a quanto previsto:

- dalla la legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante: “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” che, all’art. 22 (Accertamenti ai fini del lavoro pubblico e privato), prevede che “ai fini dell’assunzione al lavoro pubblico e privato non è richiesta la certificazione di sana e robusta costituzione fisica”;
- dalla legge 12 marzo 1999, n. 68, recante: “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” che, all’art. 16 (Concorsi presso le pubbliche amministrazioni), comma 3, stabilisce che “**salvi i requisiti di idoneità specifica per le singole funzioni**, sono abrogate le norme che richiedono il requisito della sana e robusta costituzione fisica nei bandi di concorso per il pubblico impiego”.

Commento

La legge n. 104/1992, cui viene fatto riferimento nel suddetto decreto dirigenziale del 2 aprile 1999, norma la materia relativa all’assistenza, all’integrazione sociale e ai diritti delle persone handicappate ed esclude la necessità del certificato di sana e robusta costituzione fisica per l’assunzione al lavoro pubblico e privato. La successiva affermazione della necessità che ci sia un certificato di idoneità fisica all’insegnamento prefigura una visita di idoneità pre-assuntiva di dubbia liceità e comunque inefficace a qualsiasi uso (non si specifica chi debba effettuarla, non si prevede che possa essere negativa, viene riservato all’amministrazione il diritto, non il dovere, di verificarne le conclusioni mediante apposita commissione medica, successivamente all’assunzione).

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L’ABOLIZIONE DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ FISICA.

4. Certificato di idoneità fisica al servizio civile volontario

Norma

D. Lvo. 5 Aprile 2002, n. 77, art. 3, c. 1.

Commento

In sostanza si tratta di un certificato generico di sana e robusta costituzione che rende idonei allo stesso modo soggetti che verranno impiegati in campi molto diversi (dal lavoro amministrativo a lavori fisicamente molto impegnativi).

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ABOLIZIONE DEL CERTIFICATO.

5. Certificato per vendita dei generi di monopolio

Norma

Legge n. 1293 del 22/12/1957, art. 6, comma 5: *“chi aspiri ad ottenere l’attribuzione di un magazzino di vendita deve produrre un certificato che escluda la non immunità a malattie infettive o contagiose”*.

Scopo

Lo scopo dell’esclusione delle malattie infettive è presumibilmente da addebitare alla vendita di prodotti sfusi, che nel 1957 ancora si verificava.

Commento

Tale finalità non ha oggi più alcun significato, sia in ragione del fatto che i generi di monopolio sono inscatolati, sia perché la trasmissione di eventuali infezioni non rientrerebbe in alcuna delle operazioni normalmente svolte dal venditore.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L’ELIMINAZIONE.

6. Certificato di idoneità fisica per l'assunzione di minori e/o apprendisti non a rischio

Norma

Due sono i filoni normativi che presiedono a questo adempimento. Da una parte, il recepimento della direttiva europea in materia di protezione dei giovani sul lavoro, D. Lgs. 345/1999, art. 9, comma 8 e le successive disposizioni correttive (D. Lgs. 262/2000, art. 2, comma 1), hanno modificato le pratiche di sorveglianza sanitaria per i minori svolte fino a quel momento dai medici dei Servizi di Prevenzione ed Igiene nei Luoghi di Lavoro (PISLL) delle Aziende Sanitarie, affidando sostanzialmente tale sorveglianza sanitaria ai medici competenti aziendali. Il cambiamento normativo però non ha compreso i minori avviati in lavorazioni per le quali non è prevista la sorveglianza sanitaria da parte del medico competente; in questi casi la sorveglianza sanitaria rimane a carico dei medici del servizio sanitario pubblico. Su di un altro piano, quello della normativa che regola l'apprendistato, la legge 19 gennaio 1955, n. 25, art. 4 ed il DPR 30 dicembre 1956, n. 1668, art. 9, prevedono che «l'assunzione dell'apprendista deve essere preceduta da visita sanitaria per accertare le sue condizioni fisiche che ne consentano la occupazione nel lavoro per il quale deve essere assunto». Al momento della stesura di questa normativa, apprendisti erano i giovani di età superiore ai 14 anni ed inferiore ai 20, essendo allora la maggiore età raggiunta a 21 anni e l'obbligo scolastico non ancora elevato ai 15 anni. In seguito, con ulteriori interventi legislativi, tale limite è stato portato fino a 29 anni. La sovrapposizione di campo d'applicazione fra i due filoni normativi è evidente.

Scopo

In origine, circa 120 anni fa, si voleva tutelare il minore da rischi lavorativi che lo rendevano inadatto, per il suo grado di sviluppo psico-fisico, all'espletamento della mansione prevista. Sul versante della normativa relativa all'apprendistato, si voleva invece aiutare il giovane a scegliere un lavoro confacente alla sua "vocazione" anche attraverso un "consiglio di orientamento" da effettuarsi in occasione della visita di avviamento al lavoro. Ambedue questi scopi sono superati dall'evoluzione del quadro epidemiologico e sociale.

Conflitto tra norme

Il D. Lgs. 345/99 ha prodotto una prima semplificazione, riguardante i lavoratori *minorenni*, che – se impiegati in attività che comportano l'obbligo di sorveglianza sanitaria ai sensi del D. Lvo. 626/94 e modifiche segg. – vengono visitati dal «medico competente».

Le leggi in capo a questo paragrafo restano dunque in vigore solo per gli apprendisti, maggiorenni o minorenni, che vengono ancora visitati dalla struttura pubblica. A rigor di termini ed in assenza di accordi locali basati sul buon senso, un giovane minorenne, apprendista, che va a lavorare in un settore a rischio dovrebbe essere visitato dal medico competente aziendale ai sensi della normativa n. 345/1999 e dal servizio di prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale ai sensi della normativa n. 25/1955.

Pratica

Al momento resta obbligatorio per i minori e/o apprendisti, maggiorenni o minorenni, «non a rischio», che vengono visitati dalla struttura pubblica. In pratica, sanissimi ragazzi sono esaminati e ricevono un certificato per poter svolgere, anche per soli due mesi, l'apprendista come «commesso», «banconiere», «cameriere» ecc.

Commento

Per definizione, in questo caso, non c'è rischio specifico lavorativo. Pertanto non sarebbe necessaria una visita «preventiva».

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE DI ABROGARE L'ART. 4 DELLA L. 19 GENNAIO 1955, N. 25 E L'ART. 9 DEL DPR 30 DICEMBRE 1956, N. 1668. VA ELIMINATO L'OBBLIGO DI VISITA PER I MINORI CHE SI IMPIEGHINO IN SETTORI NON "A RISCHIO" (QUELLI PER I QUALI NON È PREVISTA LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEL MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D. LVO. 626/94 E MODIFICHE SEGG.) ATTRAVERSO UNA RIFORMULAZIONE DELL'ARTICOLO 9, COMMA 8, DEL D. LGS. 345/1999 E DELLE SUCCESSIVE DISPOSIZIONI CORRETTIVE (D. LGS. 262/2000 ART. 2, COMMA 1).

7. Certificato per abilitazione alla conduzione di generatori di vapore (caldaie)

Norma

Con il D.M. del 1° marzo 1974 si stabilisce che gli aspiranti debbano produrre “*certificato medico di idoneità psico-fisica alla conduzione dei generatori di vapore ...*”.

Scopo

Verificare le capacità psico-fisiche allo svolgimento di questo compito da parte degli addetti, al fine di ridurre gli incidenti, una volta frequenti.

Pratica

Se colui/colei il quale effettua tale compito di lavoro risulta dipendente di un'azienda, allora è sottoposto per il tipo di lavoro svolto alla sorveglianza sanitaria del medico competente. In questo caso effettua due controlli, uno per il rilascio o la conferma del patentino da parte della AUSL, uno con periodicità diversa, ma più frequente, da parte del medico competente.

Conflitto con altre Norme

In base al D. Lvo. 626/94 e modifiche segg., la responsabilità è in capo al datore di lavoro che si avvale del medico competente per l'espletamento di tale funzione. Con l'entrata in vigore del D. Lgs. 19 settembre 1994, n. 626, tutti i lavoratori sono soggetti a sorveglianza sanitaria a cura del medico competente e devono dunque nuovamente sottoporsi ad accertamento di idoneità effettuato da quest'ultimo: il precedente certificato, acquisito presso l'ASL, si rivela dunque un inutile doppione.

Commento

Si tratta di una normativa riferita ad un periodo in cui le caldaie rappresentavano un pericolo elevatissimo per addetti e pubblico, essendo apparecchiature delicate e difficili da condurre. L'allarme sociale determinato dal frequente accadimento di incidenti devastanti spinse il Legislatore di allora a tutelare la salute pubblica garantendo almeno le condizioni minime indispensabili per la gestione di tali ordigni, attraverso la verifica, tra l'altro, delle capacità psico-fisiche allo svolgimento di questo compito da parte degli addetti.

Volendo fare un paragone con la situazione attuale, si potrebbe pensare a ciò che prevede la normativa per la conduzione di un automezzo per il trasporto pubblico.

Da allora lo scenario è completamente cambiato e attualmente i compiti in capo a questi lavoratori non differiscono sostanzialmente da quelli dei lavoratori genericamente addetti alla manutenzione elettrica e meccanica di apparecchiature industriali. In ogni caso le procedure per il rilascio del patentino prevedono già l'accertamento delle capacità (conoscenze teoriche e pratiche) atte ad effettuare il compito in modo sicuro. Da queste considerazioni discende l'ingiustificabilità di richiedere per questi lavoratori un regime di controllo delle condizioni psico-fisiche differente da quello previsto dalla normativa valida per tutti gli altri lavoratori.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ABOLIZIONE DEL CERTIFICATO.

8. Certificato sanitario per l'impiego dei gas tossici

Norma

Il regio decreto 9 gennaio 1927, n. 147, recante: "Approvazione del regolamento speciale per l'impiego dei gas tossici", stabilisce, all'art. 27, che per ottenere il certificato di idoneità all'esecuzione delle operazioni relative all'impiego di gas tossici è necessario corredare la relativa istanza di in certificato medico dal quale risulti che il richiedente:

- non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche di qualsiasi specie che gli impediscano di eseguire con sicurezza le operazioni relative all'impiego di gas tossici;
- non presenta segni di intossicazione alcolica o da sostanze stupefacenti;
- ha integri il senso olfattorio e la pervietà nasale;
- percepisce la voce afona ad almeno otto metri di distanza da ciascun orecchio;
- possiede il visus complessivamente non inferiore a 14/10 (tavola di Snellen), purché da un occhio non inferiore a 5/10.

Scopo

In origine per garantire che persone con caratteristiche adeguate manipolassero sostanze di grande pericolosità.

Conflitto tra norme

Con il decreto legislativo n. 626/1994, che detta particolari disposizioni in tema di idoneità specifica o generica al lavoro.

Commento

Questo accertamento sanitario fu concepito in un contesto socio-epidemiologico di natura completamente differente da quello attuale. L'affidamento al medico competente di tutte le attività sanitarie per la tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro ha di fatto superato l'impostazione di carattere autorizzativo scelta per questo come per altri certificati. L'anacronismo di questa pratica è anche testimoniato dal carattere farraginoso della procedura esistente: ogni anno lo Stato deve emanare un apposito decreto nel quale vengono dichiarate decadute le autorizzazioni rilasciate cinque anni prima e diviene quindi necessario per gli interessati avviare l'iter per il rinnovo che peraltro è dappertutto demandato alle autorità locali, in genere quelle sanitarie. Quanto poi agli esami previsti dalla normativa, si sconta l'obsolescenza della norma. Ai fini del rilascio del

certificato, è previsto di rilevare alcuni parametri fisiologici, sopra richiamati, anacronistici, alla luce delle moderne tecniche diagnostiche anche di primo livello. Sull'interpretazione da dare all'esame del visus si verificarono polemiche intense alcuni anni fa, data la difficoltà per soggetti di età matura di rispondere ai requisiti allora citati nella norma. Il problema era particolarmente grave per i titolari di aziende galvaniche, addetti all'uso di sostanze tossiche a base di cianuri, i quali avevano necessità di manipolare tali prodotti, peraltro da molti anni forniti in confezioni di piena sicurezza. Una circolare dell'Istituto superiore di sanità corresse le interpretazioni più restrittive che avevano creato un grave allarme sociale tra questi lavoratori. Il tutto senza che si sia mai verificato alcun problema né prima, né dopo le modifiche introdotte ai requisiti di questo esame.

In realtà ciò che è importante per la salute di questi lavoratori e per la sicurezza sul lavoro e nei confronti dell'ambiente esterno è l'addestramento teorico e pratico.

PROPOSTA CONCLUSIVA

ELIMINAZIONE DEL CERTIFICATO E SUA SOSTITUZIONE CON FORMAZIONE ALL'USO SICURO PER GLI ADDETTI E L'AMBIENTE, IN ANALOGIA CON QUANTO PROPOSTO PER IL LIBRETTO SANITARIO PER GLI ALIMENTARISTI.

9. Certificato per l'esonero dalle lezioni di educazione fisica

Norma

Il Testo Unico delle Leggi sulla Pubblica Istruzione – D. Lgs. 297 del 16/4/1994 – all'art. 303 - Esoneri dalle esercitazioni pratiche – prevede che “...*Il capo d'istituto concede esoneri temporanei o permanenti, parziali o totali, dalle esercitazioni pratiche incompatibili con lo stato di salute, su richiesta delle famiglie degli alunni e previa gli opportuni controlli medici sullo stato fisico degli alunni stessi da effettuarsi tramite la competente unità sanitaria locale... L'esonero è concesso anche ai candidati privatisti agli esami da sostenersi presso l'istituto, sulla base di idonea certificazione rilasciata agli interessati dalla competente unità sanitaria locale*”.

Pratica

Gli istituti scolastici richiedono una certificazione rilasciata dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, che di fatto convalidano semplicemente quanto certificato dal medico curante o dal medico specialista.

Commento

Questo certificato si rivela dunque un inutile ed oneroso doppione, tenuto conto, tra l'altro, che il medico di base opera in un rapporto di convenzione con l'ASL che esercita funzioni di controllo e di indirizzo sulla sua attività e il medico specialista di una azienda sanitaria è operatore della ex unità sanitaria locale e quindi abilitato al rilascio della certificazione richiesta.

Certificato già abolito dalla Regione Lombardia. Non risultano recrudescenze di alcun tipo di fenomeno avverso per la salute dei ragazzi.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ELIMINAZIONE.

10. Scheda sanitaria per colonie e centri estivi

Questa certificazione non è prevista da norme di legge ma da circolari ministeriali, che, anche recentemente, hanno recepito l'inutilità di parte degli accertamenti. Alcune Regioni inoltre ne hanno ulteriormente semplificato lo schema, prevedendo quasi esclusivamente autocertificazioni da parte dei genitori, che sono da ritenersi più che sufficienti alla tutela del soggetto e della collettività. Del tutto inutile invece è da ritenersi il certificato di idoneità richiesto per i centri estivi non residenziali (centri diurni comunali), in quanto, in questo caso, la tutela della salute è comunque garantita dalla rete sanitaria esistente (medico di base o pediatra libera scelta).

Certificato già abolito dalla Regione Lombardia. Si segnala e si riporta una circolare ministeriale (Ministero della salute) perché pertinente all'argomento in oggetto. Vi si può riconoscere *in nuce* l'impostazione di EBP (*Evidence Based Prevention*), ma poi la Circolare si perde nel tentativo di far quadrare il cerchio (cerchiobottismo).

Circolare n. 6 del 20 aprile 2000

Soggiorni di vacanza per minori: misure sanitarie per l'ammissione

La situazione epidemiologica corrente ed alcune modifiche intervenute di recente nel quadro normativo riguardante le misure di profilassi in sanità pubblica, suggeriscono l'opportunità di procedere ad un aggiornamento delle indicazioni fornite con la Circolare n. 25 del 24 giugno 1992, sia per quanto riguarda i minori ospitati nei centri di vacanza che per quanto riguarda il personale impegnato nella gestione dei centri stessi.

1 . Aspetti normativi ed epidemiologici

1. 1 Minori ospiti dei soggiorni di vacanza

a) **VACCINAZIONI.** Il D.P.R. 26 gennaio 1999, n. 355, concernente le modifiche al D.P.R. 1518/67, prevede l'ammissione alla frequenza scolastica, anche in assenza di certificazioni di avvenuta vaccinazione o di dichiarazioni sostitutive ai sensi della Legge 4 gennaio 1968, n. 15; si ritiene che tali disposizioni possano essere considerate valide anche ai fini dell'ammissione ad altre collettività.

b) **VACCINAZIONE ANTITIFICA.** La Circolare n. 25 del 1992 rimetteva alla prudente valutazione delle Regioni la decisione di richiedere o meno la vaccinazione antitifica sulla base della situazione epidemiologica locale. L'esame dell'epidemiologia della febbre tifoide relativa all'ultimo decennio (tabella 1) mostra, a partire dal 1993, un trend in decremento su tutto il territorio nazionale, con l'eccezione di un lieve aumento nel 1996; l'incidenza della febbre tifoide, negli ultimi 5 anni, è stata inferiore a 2 casi per 100.000 abitanti. Nel 1998 in nessuna Regione è stato superato il tasso di incidenza di 5 casi per 100.000 abitanti, tasso al di sopra del quale si può ritenere motivata la richiesta della vaccinazione antitifica. L'esame del trend decennale, per tutto il Paese, mostra la relazione lineare con l'età, relazione, peraltro, inversa, essendo la classe d'età più giovane la più colpita (figura 1).

c) **TEST DI SCREENING PER LA MALATTIA TUBERCOLARE.** Il Documento di Linee Guida per il controllo della malattia tubercolare (Provvedimento 17 dicembre 1998) indica l'opportunità di effettuare test di screening solo nelle situazioni epidemiologiche caratterizzate da incidenza di malattia tubercolare superiore a 50 casi per 100000 abitanti; poiché in Italia si rileva, nell'ultimo decennio, un'incidenza costantemente inferiore a 10 casi per 100.000 abitanti (figura 2) non si ritiene opportuno che venga richiesto il risultato del Tine test ai fini dell'ammissione ai centri di vacanza.

Tabella 1 - Febbre Tifoide: Tassi di incidenza (* 100.000) per Regione e per anno

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Piemonte	1,3	2,0	0,2	0,8	0,5	0,5	0,3	0,6	0,3	0,4
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	0,8	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2
Bolzano	0,2	-	0,7	0,2	0,2	-	-	0,2	-	0,4
Trento	0,9	0,9	0,2	0,4	-	0,4	-	0,6	0,2	0,6
Veneto	0,8	1,0	0,7	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,1
Friuli-Venezia Giulia	0,1	0,3	0,3	0,2	0,8	0,3	0,2	0,1	-	0,1
Liguria	0,9	0,1	1,0	1,7	0,5	0,9	0,4	0,2	0,2	-
Emilia-Romagna	0,5	0,5	0,5	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Toscana	1,5	1,1	0,5	0,3	0,2	0,3	0,1	0,3	0,3	0,2
Umbria	2,2	1,6	1,0	0,9	0,2	0,2	0,4	0,4	0,2	0,1
Marche	1,4	1,7	2,2	3,0	0,6	0,9	0,2	0,3	0,3	0,3
Lazio	1,5	1,7	1,4	1,8	1,5	1,7	2,7	2,4	1,0	0,6
Abruzzo	2,4	0,4	0,9	2,2	2,1	3,1	1,6	1,3	1,0	0,5
Molise	5,8	4,5	3,9	5,1	1,2	2,7	0,6	-	-	1,5

Campania	0,7	5,6	6,6	5,9	5,4	4,6	4,5	5,6	3,8	3,1
Puglia	11,1	12,5	10,9	12,0	7,5	6,3	4,8	6,3	5,1	4,4
Basilicata	3,3	5,7	8,0	6,1	3,6	3,3	3,3	2,8	1,2	1,6
Calabria	1,2	1,8	2,6	6,7	5,6	2,6	2,9	3,2	3,2	1,1
Sicilia	2,5	6,0	3,3	4,3	3,6	3,7	3,5	3,4	2,7	3,0
Sardegna	2,4	2,5	1,6	3,0	1,9	1,3	2,4	1,8	1,6	0,9
ITALIA	2,0	2,8	2,4	2,8	2,1	1,8	1,7	1,9	1,4	1,1

NB: in grassetto sono evidenziati i tassi di incidenza maggiori del 5 per 100.000

Figura 1 - Febbre tifoide: trend decennale per classi d'età

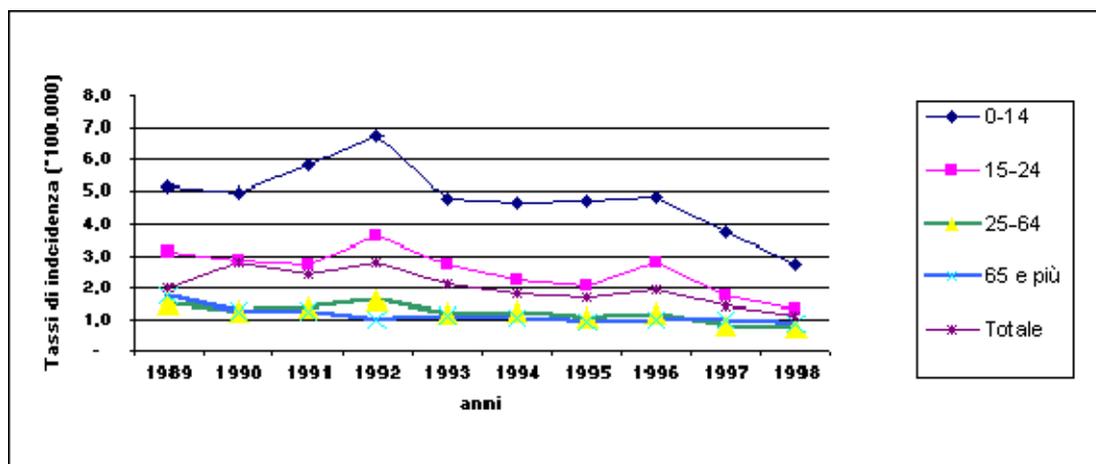
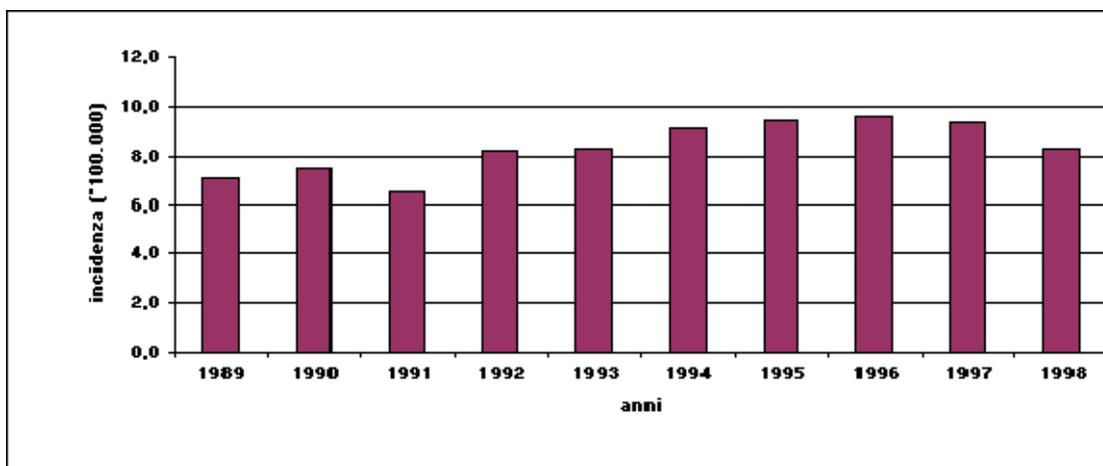


Figura 2 - Tubercolosi: incidenza nel decennio 1989-1998 sul territorio nazionale



1.2 Personale impegnato nella gestione dei soggiorni di vacanza

L'art. 32 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449, ha, di fatto, abrogato l'obbligatorietà della vaccinazione antitifo-paratifica (e di altre vaccinazioni) per il personale addetto alla produzione, manipolazione, preparazione e distribuzione di alimenti.

In considerazione della peculiarità delle mansioni svolte nelle collettività infantili andranno ricercate tutte le possibili occasioni al fine di educare e formare tale personale sulle norme igienico-sanitarie più appropriate.

2. Indicazioni

2.1 Ospiti dei soggiorni di vacanza

E' opportuno che per i minori che frequentano i soggiorni di vacanza sia documentata l'assenza di malattie contagiose, nonché l'eventuale suscettibilità alle stesse, sulla base di mancata immunizzazione naturale o indotta da vaccinazioni.

Pertanto, i minori dovranno essere muniti di cartella sanitaria conforme al modello riportato nell'allegato A, compilata dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale o dal personale medico in servizio presso la competente struttura dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di residenza, cui i genitori del minore forniranno, sotto la propria responsabilità, le informazioni eventualmente richieste e/o non deducibili dalla visita medica e dalla scheda personale del minore.

A giudizio del medico curante o della Azienda Unità Sanitaria Locale, potranno essere richiesti ulteriori accertamenti diagnostici ritenuti necessari in seguito al risultato dell'esame clinico.

La cartella sanitaria, compilata in data non anteriore a 5 giorni, dovrà essere presentata al Responsabile del Centro nel momento dell'arrivo presso il Centro stesso.

Nella cartella sanitaria andranno riportate informazioni relative ai seguenti punti:

- la situazione vaccinale del soggetto, con indicazione delle vaccinazioni eseguite, dei cicli vaccinali completati e dell'ultimo richiamo della vaccinazione antitetanico-difterica; in caso di mancata presentazione delle certificazioni attestanti l'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie, della dichiarazione sostitutiva o della attestazione di esonero sulla base delle motivazioni contenute nella Circolare n. 9 del 1991, valgono le disposizioni di cui al D.P.R. 26 gennaio 1999, n. 355;
- l'assenza di sintomi e segni di malattie trasmissibili in atto;
- l'esclusione della convivenza con persone affette da malattie trasmissibili in atto;
- l'assenza di ectoparassitosi;

Nella cartella sanitaria andranno altresì riportate notizie relative alle condizioni generali di salute del soggetto, con particolare riferimento ad allergie e/o intolleranze alimentari, che potrebbero richiedere un particolare regime dietetico, a terapie farmacologiche in corso, all'uso di dispositivi protesici o altri ausili.

Come sopra accennato, la situazione epidemiologica nazionale non richiede l'effettuazione della vaccinazione antitifica per la frequenza dei soggiorni di vacanza.

Tuttavia, vista la particolare incidenza della febbre tifoide nella classe d'età 0–14 anni, in casi particolari e sulla base della situazione epidemiologica locale, qualora i soggiorni estivi siano situati in località in cui la morbosità per febbre tifoide abbia superato i 5 casi per 100.000 abitanti nell'anno precedente, le Regioni possono richiedere tale vaccinazione come condizione, dandone comunicazione alle altre Regioni ed al Ministero della Sanità.

2.2 Personale impegnato nella gestione dei soggiorni di vacanza

Il personale destinato alla preparazione ed alla distribuzione dei pasti deve essere munito del libretto di idoneità sanitaria ai sensi dell'art. 14 della Legge 283/62, dell'art 37 del D.P.R. 327/80 e delle successive modifiche.

Il restante personale destinato ad operare nel soggiorno deve essere munito, all'entrata in servizio, della certificazione sanitaria di legge.

2.3 Accompagnatori e/o volontari

Le persone adulte, presenti nei soggiorni di vacanza in qualità di accompagnatori e/o di volontari, devono essere munite di una certificazione attestante, ai fini dell'ammissione in comunità, l'assenza di malattie trasmissibili in atto, secondo il modello riportato nell'allegato B, rilasciata dal medico curante o dal Personale sanitario del competente servizio della AUSL di residenza, in data non anteriore a 5 giorni all'arrivo nel Centro.

11. Certificato di vaccinazione per l'ammissione alle scuole pubbliche

Norma

Secondo quanto previsto dall'art. 117 del decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297, vengono presentate, all'atto della prima iscrizione alla frequenza o, in mancanza, della prima ammissione ad esami di idoneità o di licenza della scuola dell'obbligo, le certificazioni relative alle seguenti vaccinazioni:

- antidifterica ed antitetanica, ai sensi delle leggi 6 giugno 1939, n. 891 e 20 marzo 1968, n. 419;
- antipoliomielitica, ai sensi della legge 4 febbraio 1966, n. 51;
- contro l'epatite virale B, ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 165.

Scopo

Mantenere una sorveglianza dello stato vaccinale sulla popolazione infantile, esercitare una pressione sui genitori per l'effettuazione delle vaccinazioni infantili, aumentare le coperture vaccinali ed evitare epidemie intra-scolastiche.

Pratica

La situazione è diversificata: esistono realtà in cui è ancora richiesto il certificato ai genitori che devono procurarlo presso il centro vaccinale, realtà in cui è richiesta l'autocertificazione ed altre in cui non è richiesto né il certificato né l'autocertificazione. Infine, in alcune ASL e Regioni la scuola coopera con la ASL: invia l'elenco degli iscritti alla ASL che lo completa con le date delle vaccinazioni; in tal modo i non vaccinati possono essere sollecitati a completare il ciclo vaccinale.

Conflitto tra norme

Ai sensi del D.P.R. n. 355/1999, per ogni nuova iscrizione, in sostituzione del certificato vaccinale di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 1518/1967, i genitori possono presentare auto-certificazione. Inoltre, atti successivi del Ministero della Pubblica Istruzione hanno precisato che la mancata produzione del certificato non può pregiudicare la frequenza scolastica: ciò rende in effetti inutile l'obbligo di certificazione.

Commento

Più razionale è mantenere il compito della sorveglianza dello stato vaccinale della popolazione infantile alle ASL in collaborazione con la scuola. Queste ultime, infatti, grazie al fatto di disporre dell'anagrafe vaccinale, si trovano nella condizione di vigilare sullo stato vaccinale individuale e sui

livelli di copertura collettivi e di effettuare operazioni di verifica sulle autocertificazioni dubbie ovvero indagini a campione. In definitiva, il controllo sulla regolarità della situazione vaccinale dei **nuovi iscritti alle classi prime** può essere effettuato dalla ASL, utilizzando gli elenchi inviati dalle Direzioni Scolastiche all'inizio dell'anno.

PROPOSTA CONCLUSIVA

ABOLIZIONE DELL'OBBLIGO DELLE CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SEGUENTI VACCINAZIONI:

- **ANTIDIFTERICA ED ANTITETANICA, AI SENSI DELLE LEGGI 6 GIUGNO 1939, N. 891 E 20 MARZO 1968, N. 419;**
- **ANTIPOLIOMIELITICA, AI SENSI DELLA LEGGE 4 FEBBRAIO 1966, N. 51;**
- **CONTRO L'EPATITE VIRALE B, AI SENSI DELLA LEGGE 27 MAGGIO 1991, N. 165.**

12. Certificato di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale

Norma

Attualmente inesistente.

Il certificato era previsto, sino all'emanazione del Testo Unico delle Leggi sulla Pubblica Istruzione, dalle Ordinanze Ministeriali, che di anno in anno dettavano le modalità di svolgimento degli esami.

Pratica

Quasi tutti i Regolamenti degli Istituti prevedono la produzione di detto certificato.

Commento

Gli alunni degli istituti professionali sono esplicitamente citati tra i soggetti sottoposti agli obblighi previsti dalle disposizioni del D. Lgs. 626/94.

PROPOSTA CONCLUSIVA

CIRCOLARE ESPLICATIVA CONGIUNTA DEL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E RICERCA E DEL MINISTERO DELLA SALUTE CHE RICHIAMO ALLE DISPOSIZIONI DEL D. LGS. 626/94 E RIBADISCA L'INESISTENZA DI NORME COGENTI.

13. Libretto di idoneità sanitaria per i parrucchieri

Norma

Le modalità di autorizzazione di tali attività sono di competenza del Comune.

Pratica

La pratica è variabile tra varie realtà del Paese, da Regioni in cui è richiesta l'idoneità sanitaria come requisito per l'autorizzazione all'attività artigianale, a Regioni in cui tale idoneità non è richiesta.

Scopo

Evitare la trasmissione di malattie infettive da operatore infetto

Conflitto tra norme

Non essendo previsto da leggi entra in contrasto con i principi generali della volontarietà delle prestazioni sanitarie.

Commento

Le nuove conoscenze tecniche e scientifiche rendono del tutto inutile un periodico controllo sanitario degli esercenti tali attività.

PROPOSTA CONCLUSIVA

ADEGUAMENTO, TRAMITE CIRCOLARE MINISTERIALE, CON LE DISPOSIZIONI PIÙ GENERALI IN MATERIA ARTIGIANALE E DI SPORTELLO UNICO PER LE IMPRESE.

14. Certificato di idoneità all'esercizio dell'attività di autoriparazione

Norma

Legge 5 febbraio 1992, n. 122, art. 7, comma 1, lettera c:

Art. 7 Responsabile tecnico

1. Il responsabile tecnico di cui alla lettera c) del comma 1 dell' art. 3 deve possedere i seguenti requisiti personali:

...

c) essere fisicamente idoneo all'esercizio dell'attività in base a certificazione rilasciata dall'ufficiale sanitario del comune di esercizio dell'attività.

D. Lgs. 30 aprile 1992, art. 80, punto 9;

D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, art. 240.

Scopo

Non specificato e non deducibile dall'insieme del provvedimento.

Commento

A fronte di costi per la sua produzione, il certificato è superato dalla applicazione del D. Lvo. 626/94 e modifiche segg. che è in grado di garantire meglio l'idoneità del lavoratore allo svolgimento delle proprie mansioni.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ABROGAZIONE.

15. Certificato di idoneità a svolgere la mansione di *fochino*

Norma

DPR 19 marzo 1956, n. 302, art. 27:

Art. 27 - *Licenza per il mestiere del fochino* - Le operazioni di:

....

Devono essere effettuate esclusivamente da personale munito di speciale licenza, da rilasciarsi, su parere favorevole della Commissione tecnica provinciale per gli esplosivi, dal Prefetto previo accertamento del possesso dei requisiti soggettivi di idoneità da parte del richiedente all'esercizio del predetto mestiere.

....

La Commissione deve accertare nel candidato il possesso:

- a) dei requisiti fisici indispensabili (vista, udito, funzionalità degli arti);

Scopo

Si inserisce nel novero di quelle autorizzazioni che avevano come base razionale la necessità per la comunità di difendersi da comportamenti rischiosi da parte di persone addette a compiti altamente pericolosi. Attualmente le garanzie offerte dal tipo di materiali adoperati e, al tempo stesso, dalla sorveglianza sanitaria del medico competente d'azienda superano di fatto la supposta utilità di questa certificazione nel garantire condizioni di sicurezza nell'effettuazione del compito pericoloso.

Commento

Superato dal D. Lgs. 626/94; la visita medica appare pleonastica rispetto ai più cogenti addestramento ed istruzione professionale.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ABOLIZIONE.

16. Certificato di idoneità alla conduzione di impianti di risalita

Norma

DM 5 giugno 1985, art. 8, p. 5 e art. 32, comma 3.

Scopo

Si ritiene utile riportare l'intero comma relativo ai requisiti che devono avere sia il capo del servizio, sia gli agenti dell'impianto perché mostra con chiarezza estrema l'errore concettuale alla base della richiesta di certificazione:

“(omissis)

3. Il capo del servizio e' responsabile dell'osservanza delle disposizioni contenute nel regolamento di esercizio e di quelle impartite dal direttore di esercizio nei riguardi del servizio; egli risiede sul posto durante il funzionamento dell'impianto e supplisce con la propria iniziativa in tutti quei casi in cui per situazioni particolari si rende necessario integrare le disposizioni ricevute onde garantire la sicurezza e regolarità del servizio. Viene proposto dal direttore di esercizio e nominato dall'esercente previo nulla osta del competente ufficio periferico M.C.T.C. il quale, attraverso la documentazione esibita e mediante l'effettuazione di prove a carattere pratico, accerta l'idoneità morale, fisica e tecnica della persona proposta. Tale accertamento può essere ripetuto periodicamente onde constatare la permanenza delle condizioni che hanno dato luogo al benessere. L'esito sfavorevole dell'accertamento comporta la sostituzione del capo del servizio. 4. Gli agenti dell'impianto sono riconosciuti idonei all'esercizio delle loro mansioni dal direttore di esercizio e dal capo del servizio, previa visita medica di controllo.”

Modello Logico

Come è facile constatare dalla lettura del precedente capoverso, per la figura cruciale del “Capo del Servizio” la norma prevede che ne vengano accertate le attitudini, le capacità mediante l'effettuazione di prove a carattere pratico a cura dell'ufficio periferico della Direzione generale della motorizzazione civile e dei trasporti in concessione (M.C.T.C.), organo tecnico e professionale per eccellenza. Tale organismo accerta l'idoneità del candidato basandosi appunto su prove pratiche e su elementi che consentano di definire le caratteristiche morali, fisiche e tecniche della persona proposta. Inoltre periodicamente tale complesso accertamento può essere ripetuto per verificare la persistenza delle condizioni inizialmente accertate. Come si vede una definizione di “idoneità” particolarmente complessa ed affidata all'integrazione di più punti di vista, segnatamente quello “morale”, fisico, tecnico.

Per l'altra figura, quella dell'agente d'impianto, rimane solamente la visita medica di controllo, quasi che questo atto sanitario fosse sufficiente a garantire un livello meno impegnativo di affidabilità del soggetto. Si intravede l'esistenza di una gerarchia implicita nell'importanza dei due protocolli previsti, quello più completo ed esauriente riservato solamente al preposto gravato da particolare responsabilità. Si deve sottolineare che una siffatta gerarchizzazione non ha ragion d'essere. Una volta separata la visita medica dall'accertamento delle capacità tecniche a svolgere il proprio compito di lavoro, la prima perde di significato, non potendosi più integrare i rilievi che da essa possono emergere con il versante dell'attitudine allo svolgimento corretto del compito richiesto. In tal senso l'incongruità logica appare inconciliabile.

Commento

Superato dal D. Lgs. 626/94; la visita medica da sola appare pleonastica per gli agenti d'impianto rispetto ai più cogenti addestramento ed istruzione professionale.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ABOLIZIONE.

CONFERMA DEL PROTOCOLLO PREVISTO PER LA FIGURA DEL CAPO DEL SERVIZIO; ABOLIZIONE DELLA CERTIFICAZIONE PER GLI AGENTI D'IMPIANTO E RICOLLOCAMENTO DELLA TEMATICA NELL'AMBITO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA EX D. LVO. 626/94.

17. Certificato per maestro di sci

Norma

Legge 8 marzo 1991, n. 81, art. 4, lettera c.

Scopo

La visita medica dovrebbe rilevare cause fisiche e psichiche impedienti lo svolgimento del compito richiesto.

Modello Logico

Viene confuso il piano dell'attitudine con quello dell'idoneità fisica. Soggetti portatori di menomazioni fisiche e psichiche tali da renderli incapaci di svolgere correttamente il proprio compito non andrebbero giudicati nell'ambito di una visita medica, ma in quello di una prova attitudinale e, semmai, periodicamente verificati sempre nell'ambito di controlli di "performance" ed attitudinali.

Pratica

Certificato correntemente richiesto soprattutto in alcune aree del Paese.

Commento

Superato dal D. Lgs. 626/94: la visita medica appare pleonastica rispetto ai più cogenti addestramento ed istruzione professionale

PROPOSTA CONCLUSIVA

SOSTITUZIONE DEL CERTIFICATO CON L'ESECUZIONE DI TEST ATTITUDINALI E VERIFICHE PERIODICHE.

18. Certificato di idoneità fisica a fare il giudice onorario e il giudice di pace

Norma

La legge 22 luglio 1997, n. 276, recante: “Disposizioni per la definizione del contenzioso civile pendente: nomina di giudici onorari aggregati e istituzione delle sezioni stralcio nei tribunali ordinari”, stabilisce, all’art. 2 (Requisiti per la nomina e titoli di preferenza), comma 1, lettera e), che per la nomina a giudice onorario aggregato è richiesto il requisito del possesso dell’idoneità fisica e psichica.

Scopo

Si suppone che scopo della norma sia quello di garantire che a svolgere il delicato ufficio non vengano preposti soggetti con turbe o tare psichiche evidenti. Non risultano motivi fisici che impediscano lo svolgimento di tale lavoro.

Pratica

Il certificato viene regolarmente richiesto. Infatti, nel decreto del Ministro della giustizia datato 5 novembre 2002 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale – IV Serie speciale – n. 89 del 12 novembre 2002), con il quale è stato bandito un concorso per la copertura di 194 posti di giudice onorario aggregato presso le sezioni stralcio dei tribunali ordinari, viene ribadita (e, d’altro canto, correttamente applicata) la previsione dell’art. 2 della legge n. 276/1997 per quanto concerne il requisito del possesso dell’idoneità fisica e psichica nella fattispecie in esame.

Schema logico

Si confonde il piano dell’inabilità allo svolgimento della funzione (incapacità per mancanza di attitudine) con quello della salute, cercando di attribuire potere discriminante alla visita medica senza alcuna cognizione del valore predittivo, in senso epidemiologico, di un tale atto.

Commento

Non esiste alcun criterio sanitario per valutare l’idoneità a svolgere queste mansioni. La valutazione attiene ad un ambito comportamentale che esula dalle possibilità di valutazione del medico.

PROPOSTA CONCLUSIVA

PORTARE NELL’AMBITO ATTITUDINALE LA VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEL CANDIDATO.

19. Certificato di idoneità per i lavoratori extra-comunitari dello spettacolo

Norma

L. 30 dicembre 1986, n. 943, art. 14, c. 2.

Circolare 4 agosto 1988, n. 81, applicativa della L. 943/1986.

Circolare 1° dicembre 1999, n. 80, del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

Pratica

Il certificato medico viene abitualmente richiesto in forza della circolare confermativa (1° dicembre 1999, n. 80) della precedente circolare applicativa 4 agosto 1988, n. 81.

Conflitto di Norme

La L. 943/1986 è stata abrogata con D. Lgs 25 luglio 1998, n. 286, in cui le modalità di rilascio dell'autorizzazione al lavoro ad artisti extracomunitari è demandata al regolamento di attuazione.

Nel regolamento di attuazione (DPR 31 agosto 1999, n. 394) l'obbligo di certificazione sanitaria non compare.

Commento

Il certificato medico viene richiesto in forza della circolare confermativa di una precedente circolare applicativa della L. 943/1986 che è stata abrogata.

PROPOSTA CONCLUSIVA

CIRCOLARE ESPLICATIVA DEL MINISTERO DELLA SALUTE CHE RIBADISCA LA NON ESISTENZA DI NECESSITÀ DI CERTIFICAZIONE SANITARIA.

20. Certificato per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione

Norma

La legge 19 ottobre 1956, n. 1224, recante: “Sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione a favore degli iscritti agli istituti di previdenza presso il Ministero del Tesoro” prevede, all’art. 3, lettera f), che l’iscritto all’Istituto di previdenza che intenda richiedere ed ottenere la concessione della sovvenzione debba comprovare di possedere una sana costituzione fisica.

Scopo

Avere assicurazioni sulla capacità del mutuatario di estinguere il debito.

Pratica

Il certificato medico viene abitualmente richiesto.

Conflitto tra norme

L’art. 3 della legge n. 1224/1956 introduce discriminazioni a danno dei portatori di handicap e si pone in evidente contraddizione:

- con la legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante: “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” che, all’art. 22 (Accertamenti ai fini del lavoro pubblico e privato), prevede che “ai fini dell’assunzione al lavoro pubblico e privato non è richiesta la certificazione di sana e robusta costituzione fisica”;
- con la legge 12 marzo 1999, n. 68, recante: “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” che, all’art. 16 (Concorsi presso le pubbliche amministrazioni), comma 3, stabilisce che “salvi i requisiti di idoneità specifica per le singole funzioni, sono abrogate le norme che richiedono il requisito della sana e robusta costituzione fisica nei bandi di concorso per il pubblico impiego”;
- con il decreto legislativo n. 626/1994 che detta particolari disposizioni in tema di idoneità specifica o generica al lavoro.

Si cita ad esempio, per quanto concerne i requisiti di idoneità specifica per le singole funzioni menzionati all’alinea 2, quanto disposto dal D.P.R. 23 novembre 2000, n. 402, recante: “Regolamento concernente modalità per il conseguimento della idoneità alle funzioni di ufficiale esattoriale ... (omissis) ...” che, all’art. 8 (Conseguimento dell’abilitazione), comma 2, stabilisce che ai fini del conseguimento dell’abilitazione alle funzioni di ufficiale della riscossione i candidati

idonei debbano produrre un certificato medico attestante la sana e robusta costituzione e l' idoneità psico-fisica all'impiego.

Commento

Un certificato sanitario non è predittivo della capacità del mutuatario di estinguere il debito.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ELIMINAZIONE.

21. ABOLIZIONE DEGLI OBBLIGHI IN MATERIA DI MEDICINA SCOLASTICA

Va perseguito l'obiettivo di superare obblighi previsti da una legislazione datata e da considerare non più attuali, data la diversa organizzazione del servizio sanitario pubblico in materia di medicina scolastica.

Il D.P.R. 22 dicembre 1967, n. 1518 - Regolamento per l'applicazione del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, relativo ai servizi di medicina scolastica - (G.U. 6 giugno 1968, n. 143) regola l'attività medica all'interno delle strutture scolastiche. Il D.P.R. citato, oltre che datato dal punto di vista dei contenuti, in quanto riferito ad un contesto epidemiologico, sociale, scolastico estremamente modificato e rivoluzionato nelle sue caratteristiche, è stato superato dalla stessa normativa (vedasi le parti relative alle malattie infettive, all'organizzazione dei servizi di prevenzione) ed è inoltre largamente disatteso nella prassi abituale. Tuttavia le norme per le quali vale un immediato superamento sono individuate in:

21.1 • Obbligo della presenza del Medico scolastico come responsabile del “controllo dello stato di salute di ogni scolaro” nonché delle “prestazioni sanitarie di medicina preventiva e di urgenza”. Da tale norma sono evidentemente ingenerate le procedure di visita individuale di scolari e studenti: queste visite hanno perso di qualsiasi significato e interesse, se si tiene conto della figura e della attività del pediatra di libera scelta (vedi DPR 28 luglio 2000, n. 272 «Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta», art. 29); altrettanto si può dire delle richieste di prestazioni di urgenza da parte di Direttori Didattici e Presidi, ormai assolve dalle strutture del Servizio Sanitario;

21.2 • Obbligo alla tenuta di registri di medicina scolastica: ampiamente superato dalla definizione di sistemi informativi specifici, tuttavia quanto previsto vincola alla tenuta degli archivi delle cartelle sanitarie individuali, che costituiscono un onere non indifferente per Scuole ed ASL (presso cui sono stati spesso trasferiti) ed il cui significato ha cessato d'essere con l'avvio del libretto sanitario individuale, aggiornato dal pediatra di base (DPR 272/2000, art. 29, p. 2, lett. f);

21.3 • Obbligo alla presentazione di certificato medico oltre i cinque giorni di assenza: ancora applicato, benché il Testo Unico delle Leggi sulla Pubblica Istruzione (D. Lgs. 297 del 16/4/1994) non lo preveda. Questa certificazione comporta:

- un onere notevole per la famiglia;

- una scarsa utilità in quanto le malattie infettive sono spesso contagiose in fase di incubazione, ma raramente quando il soggetto è convalescente;
- la «riammissione alla scuola materna, alla scuola dell'obbligo e alle scuole secondarie superiori» dopo malattia rientra tra i compiti del pediatra di libera scelta (DPR 272/2000, art. 29, p. 2, lett. e).

21.4 • Obbligo di periodiche disinfezione e disinfestazione degli ambienti scolastici: largamente praticate, si tratta di prassi ancora in uso, nonostante la dimostrata inutilità nella prevenzione del contagio, se non del negativo impatto sulle resistenze degli agenti patogeni.

22. Partecipazione delle ASL alla Commissione Comunale "Parrucchieri, barbieri ed estetisti"

La Legge 23/12/1970, n. 1142 “Modifiche alla legge 14/2/63, n. 161, concernente la disciplina dell’attività di barbiere, parrucchiere per uomo e donna e mestieri affini” prevede che presso ogni Comune sia costituita una “Commissione comunale presieduta dal Sindaco o da un suo delegato, composta da 3 rappresentanti della categoria artigianale, da 3 rappresentanti nominati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative, dall’Autorità Sanitaria, dal comandante della polizia municipale e da un rappresentante della commissione provinciale per l’artigianato o da un suo delegato artigiano della categoria residente nel Comune interessato”. Detta commissione è tenuta a fornire parere obbligatorio ma non vincolante alla redazione dei regolamenti comunali per la disciplina dell’attività di barbiere, parrucchiere per uomo e donna e mestieri affini. La Commissione, inoltre, deve essere sentita ai fini del rilascio, da parte del Sindaco, del provvedimento di autorizzazione all’esercizio.

L’Autorità Sanitaria citata dalla norma si identifica oggi, per competenza, nel dirigente medico del Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione delle ASL.

Commento

La partecipazione del Servizio Igiene e Sanità Pubblica alla Commissione rappresenta una duplicazione di attività:

- i pareri espressi in sede di commissione vengono, comunque, sempre rilasciati per iscritto dallo stesso Servizio su specifica richiesta;
- l’approvazione dei Regolamenti locali d’Igiene e Sanità Pubblica ed altri Regolamenti su materie sanitarie demandati ai Comuni, è vincolata al parere delle ASL ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dell’art. 345 del T.U.LL.SS. approvato con R.D. 27/7/1934, n. 1265 e dell’art. 16 del R.D. n. 45 del 3/2/1901.

La partecipazione di un medico del Dipartimento di Prevenzione alla Commissione comunale “Parrucchieri, barbieri ed estetisti” non soddisfa il requisito dell’efficienza configurando un cattivo impiego delle risorse per mera duplicazione di attività comunque e altrimenti svolte con modalità organizzative più efficienti.

23. Abolizione dell'obbligo dell'RX torace per silicosi e asbestosi. Accertamenti medici per i lavoratori a rischio di silicosi e asbestosi

In deroga a quanto previsto dal combinato disposto degli articoli 157, secondo comma e 160, primo comma del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" l'esame radiografico del torace è sostituito, per i lavoratori a rischio di silicosi e asbestosi, con altri accertamenti che tendono a verificare lo stato della malattia, disposti dal medico competente in relazione alla valutazione del rischio nel caso concreto.

Il combinato disposto degli articoli 157, 2° comma e 160, 1° comma del DPR 30/6/1965, n. 1124 "Testo Unico delle disposizioni sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" sancisce l'obbligo per il datore di lavoro di sottoporre annualmente i lavoratori a rischio di silicosi ad accertamenti sanitari da eseguirsi da parte del medico competente (ex medico di fabbrica) ai sensi dell'articolo 16 del D. Lgs. 626/94.

La sorveglianza sanitaria in tal caso comprende, oltre l'esame clinico, anche una radiografia del torace relativa all'intero ambito polmonare.

Recenti studi scientifici hanno evidenziato l'inadeguatezza allo scopo preventivo non tanto dell'esame radiografico, quanto della periodicità annuale dello stesso. Si ritiene infatti che un ravvicinamento temporale dell'esame, se non giustificato da condizioni particolari in cui versa il lavoratore, rischi di causare all'esposto un danno maggiore di quello che mira a prevenire.

Ciò premesso si propone che la periodicità con cui debbono essere effettuati gli esami radiografici sugli esposti al suddetto rischio venga differenziata dal medico competente che valuterà le reali condizioni di rischio rispetto alle caratteristiche soggettive di ciascun lavoratore e al tempo di esposizione al rischio connesso alla attività lavorativa.

Ciò anche in ottemperanza al D. Lgs. 26 maggio 2000, n. 187 «Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche»:

* che si applica anche all'«esposizione di persone nell'ambito della sorveglianza sanitaria professionale» (art. 1, c. 2, punto b) e all'«esposizione di persone nell'ambito di procedure medicolegali» (art. 1, c. 2, punto e);

* che reca all'art. 3, punto 1: «È vietata l'esposizione non giustificata», e al punto 4: «Tutte le esposizioni mediche individuali devono essere giustificate»;

* e in ottemperanza a molte altre tutte condivisibili norme – alle quali si rimanda – che rafforzano la richiesta di abolire la periodicità obbligatoria esaminata in questo paragrafo.

24. PROCEDURE IN AMBITO VETERINARIO

24.1 Isolamento di animali per il controllo dell'infezione rabbica.

Nei casi previsti dall'articolo 86 del DPR 8 febbraio 1954, n. 320 "Regolamento di polizia veterinaria", l'obbligatorietà dell'isolamento e della relativa osservazione è valutata dal servizio veterinario dell'azienda ULSS competente, in relazione agli elementi di conoscenza del caso concreto e ai dati relativi alla situazione epidemiologica e sanitaria di cui dispone.

L'articolo 86 del D.P.R. n. 320/1954 "Regolamento di Polizia Veterinaria" sancisce l'obbligatorietà dell'isolamento e dell'osservazione per 10 giorni dell'animale morsicatore.

In considerazione dell'assenza prolungata nel territorio regionale, da valutare nelle diverse situazioni epidemiologiche, di segnalazioni di casi di rabbia, sia in animali selvatici che domestici, e in considerazione, altresì, della specifica professionalità dei veterinari del Servizio pubblico dell'Azienda U.L.S.S. (professionalità che consente loro di discernere e valutare il grado di rischio sanitario, in relazione allo specifico evento), si ritiene che l'obbligatorietà dell'isolamento dell'animale morsicatore sia da valutare caso per caso dal Servizio Veterinario dell'Azienda U.L.S.S. competente per territorio.

24.2 Sospensione, in via temporanea e sperimentale, della visita veterinaria prima del carico, con relativa attestazione sanitaria, dei suini domestici, da allevamento e da macello, da trasportare fuori comune

L'obiettivo dell'ordinanza ministeriale 27 aprile 1983, emanata a seguito del manifestarsi sul territorio nazionale di numerosi focolai di Peste Suina Classica (P.S.C.), malattia infettiva altamente contagiosa, era quello di controllarne la diffusione sottoponendo a visita veterinaria tutti i suini che dovevano essere trasportati fuori comune, in un contesto di rischio epidemiologico e di strategia di controllo delle malattie infettive e diffusive del bestiame completamente diverso da quello attuale, che mira alla eradicazione dell'agente eziologico dal territorio comunitario. Dopo il 1983, come è stato sopra ricordato, sono stati realizzati piani di sorveglianza attiva e controllo nei confronti non solo della P.S.C., ma anche di altre malattie infettive, a carattere diffusivo dei suini, particolarmente rilevanti sotto il profilo sanitario, socio-economico e commerciale. Inoltre, il rigoroso complesso delle misure di identificazione degli animali e delle aziende suinicole che li detengono, introdotto dal D.M. 18/10/1991, n. 427 e perfezionato dal D.P.R. 30/4/1996, n. 317, ha permesso di realizzare

un efficace ed efficiente sistema di anagrafe per la rintracciabilità degli animali nelle loro movimentazioni.

A fronte di queste innovative misure di biosicurezza, la mera visita veterinaria dei suini prima del carico risulta del tutto superata e poco efficace ed efficiente per prevenire le sopra citate malattie a carattere infettivo e diffusivo, segnatamente di quelle della Lista A dell' "Organisation Mondiale de la Santé Animale" (O.I.E.). Non può essere dimenticato come, nell'eventualità di insorgenza di malattie a carattere epizootico, trovi comunque applicazione il disposto dell'art. 32 del Regolamento di Polizia Veterinaria (R.P.V.), in base al quale la competente Autorità sanitaria può disporre che la dichiarazione di provenienza degli animali - modello 4 - sia integrata da un'attestazione sanitaria relativa alla visita favorevole degli animali prima del carico a prescindere in questa circostanza dal comune di destinazione.

In questo modo, come è già operante per le malattie infettive delle altre specie animali, la visita veterinaria viene resa obbligatoria solo in caso di effettiva e comprovata necessità. L'erogazione della prestazione in argomento rappresenta un sempre più gravoso adempimento, in termini di risorse professionali ed economiche, che va a scapito delle altre attività mirate su efficaci progetti di intervento di sanità pubblica veterinaria a finalità preventiva, da potenziare o tuttora insufficientemente praticate, comportando una sorta di "lista d'attesa" di attività, nonostante i documenti a valenza programmatica ne indichino la necessaria adozione.

Si sottolinea inoltre come, al fine di salvaguardare la rintracciabilità delle movimentazioni, la copia della dichiarazione di provenienza degli animali - modello 4, prevista dall'art. 31 del R.P.V., debba essere consegnata al Servizio Veterinario dell'Azienda Sanitaria, competente sull'allevamento suinicolo di destinazione, secondo la procedura stabilita dall'art. 16, comma 6, del D.M. 18/10/1991, n. 427, per effetto del quale deve ritenersi disapplicato l'art. 3 dell'Ordinanza ministeriale 27/4/1983.

Contemporaneamente alla sospensione, ancorché a titolo temporaneo e sperimentale, della suddetta procedura sanitaria i Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie dovrebbero porre in atto, nell'ambito dell'attività permanente di epidemiosorveglianza negli allevamenti suinicoli, le seguenti azioni:

1-proseguimento del monitoraggio sierologico, secondo i piani previsti dalla vigente normativa nazionale e/o regionale;

2-attuazione di specifici interventi di prevenzione e controllo per:

-la corretta valutazione dei rischi infettivi e l'appropriata gestione degli stessi;

-la registrazione delle aziende, l'identificazione degli animali nonché le registrazioni di carico e scarico ai fini della tracciabilità delle loro movimentazioni;

-la farmacosorveglianza relativamente all'acquisto, alla detenzione e alla somministrazione di medicinali veterinari e mangimi medicati;

-un percorso educativo-formativo di tutti gli addetti sulle misure relative alle buone pratiche di igiene zootecnica e di protezione degli animali negli allevamenti e durante il trasporto.

Ai sensi del citato art. 32 del R.P.V., è fatta salva la possibilità di disporre l'obbligo della visita veterinaria degli animali prima della partenza qualora si verificano sul territorio regionale malattie infettive a carattere epizootico.

Da ultimo, l'adempimento previsto dall'art. 16, comma 1, dell'O.M. 26 luglio 2001, relativo alla dicitura "suini provenienti da allevamento accreditato per Malattia Vescicolare del Suino (M.V.S.)", da riportare sulla dichiarazione di provenienza degli animali - modello 4 - che accompagna le partite di suini provenienti dalle regioni accreditate, può essere assolto con una delle seguenti procedure semplificate:

1-un attestato di "allevamento accreditato per M.V.S.", valevole fino al perdurare delle condizioni sanitarie che ne hanno consentito il rilascio, viene consegnato d'ufficio dal Servizio Veterinario delle competenti Aziende Sanitarie a ciascun allevamento riconosciuto, in modo che lo speditore lo possa allegare in fotocopia alla dichiarazione di provenienza degli animali - modello 4 prima del trasporto;

2-i servizi veterinari delle Aziende Sanitarie della Regione adottano e mantengono aggiornato, per le finalità di controllo, un registro, accessibile su web, con i dati anagrafici delle aziende suinicole accreditate.

25. POLIZIA MORTUARIA (Regolamento 26 marzo 1980, n. 327)

25. 1 Trattamenti antiputrefattivi

Norma

D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 («Approvazione del regolamento di polizia mortuaria»), art. 32:

«1. Per il trasporto di cui all'art. 30, nei mesi di aprile, maggio, giugno, luglio, agosto e settembre, le salme devono essere sottoposte a trattamento antiputrefattivo mediante l'introduzione nelle cavità corporee di almeno 500 cc 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.»

e art. 48:

«Il trattamento antiputrefattivo di cui all'art. 32 è eseguito dal coordinatore sanitario o da altro personale tecnico da lui delegato...».

Scopo

I trattamenti antiputrefattivi hanno lo scopo di ritardare la putrefazione e di impedire la diffusione di malattie infettive epidemico-diffusive – come si evince agevolmente dal confronto con gli analoghi articoli del Regio Decreto 25 luglio 1892, n. 448, che ne costituiscono la base fondante – poi ripetuta quasi senza varianti nei successivi R.D. 21 dicembre 1942-XXI, n. 1880, artt. 15 e 29 e D.P.R. 21 ottobre 1975, n. 803, artt. 16 e 30.

L'art. 34 del R.D. 448/1892 recita: «Per trasporti in ferrovia a distanza di oltre trecento chilometri o, a qualunque distanza, nei mesi di maggio, giugno, luglio, agosto e settembre, oltre l'esecuzione delle sopra enumerate prescrizioni, si dovrà esigere che il cadavere sia iniettato nel torace e nella cavità addominale con almeno 1 litro di soluzione di sublimato corrosivo al 3‰ o di acido fenico al 5% e avvolto con un lenzuolo imbevuto della prima delle stesse soluzioni»;

e l'art. 19: «I cadaveri di persone morte per vajuolo, tifo esantematico, scarlattina, difterite, colera, devono essere deposte nel feretro, senza spogliarli dei loro indumenti, avvolti in un lenzuolo inzuppato in soluzione di sublimato corrosivo al due per mille. Essi devono trasportarsi direttamente dal luogo del decesso al cimitero».

Schema logico

Con l'iniezione conservativa si intende ritardare il processo putrefattivo al fine di evitare il diffondersi di malattie infettive, con le quali la putrefazione sembrava essere intimamente connessa.

Commento

Sono state effettuate ricerche presso le principali banche dati e fonti bibliografiche al fine di valutare il rischio di trasmissione di microrganismi patogeni al momento della manipolazione e del trasporto del cadavere e l'efficacia delle misure di controllo proposte.

Si sono trovate in letteratura raccomandazioni di adottare cautele speciali nei confronti dei cadaveri di persone defunte per infezioni da virus del vaiolo, virus delle febbri emorragiche, *Yersinia Pestis*, spore di *Bacillus Anthracis* (malattie non attestate in Italia); ma non è stata documentata la possibilità di trasmissione di altri microrganismi patogeni a seguito di manipolazione di cadaveri o di feretri.

La persistenza del rischio infettivo dopo la chiusura del feretro o a seguito di manipolazione di feretri a distanza di tempo dalla sepoltura non è supportata da dati scientifici.

I microrganismi che determinano i processi putrefattivi non sono necessariamente patogeni per l'uomo.

Non è scientificamente corretto prevedere l'applicazione di misure generiche che non hanno rapporto con il rischio e le modalità di trasmissione delle più diffuse malattie infettive oggi presenti in Italia.

Inoltre, la formalina impiegata comporta un allungamento dei processi di mineralizzazione; ed è prodotto cancerogeno e mutageno, provoca inquinamento ambientale, ha potenziale azione patogena nei confronti dell'operatore al momento della manipolazione.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE DI ABROGARE GLI ARTICOLI 32 E 48 DEL D.P.R. 10 SETTEMBRE 1990, N. 285.

IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO SARÀ EFFETTUATO SOLTANTO PER IL TRASPORTO DELLA SALMA IN ALCUNI PAESI ESTERI, REGOLATI DA PARTICOLARI ORDINAMENTI, O IN TUTTI I CASI IN CUI LO RITENGA NECESSARIO IL MEDICO NECROSCOPO.

25.2 Certificazione dello stato delle condizioni igieniche dei carri funebri e dell'autorimessa per i carri funebri

Norma

D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 («Approvazione del regolamento di polizia mortuaria»), art. 20:

«2. [I carri destinati al trasporto di cadaveri su strada...] possono essere posti in servizio da parte dei comuni e dei privati solo dopo che siano stati riconosciuti idonei dalle unità sanitarie locali competenti, che devono controllarne almeno una volta all'anno lo stato di manutenzione.

3. Un apposito registro, dal quale risulti la dichiarazione di idoneità, deve essere conservato sul carro in ogni suo trasferimento per essere, a richiesta, esibito agli organi di vigilanza»

e art. 21:

«3. [...] l'idoneità dei locali adibiti a rimessa di carri funebri e delle relative attrezzature è accertata dal coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale competente».

Scopo

È possibile che il legislatore – richiedendo la certificazione di idoneità dei carri funebri da parte delle unità sanitarie locali – abbia inteso tutelare la salute pubblica evitando la dispersione di microrganismi patogeni durante la collocazione del cadavere nella cassa ed il trasferimento del feretro, contestualmente rappresentando l'esigenza di tutelare la salute dei lavoratori addetti a tali operazioni.

Commento

Per le considerazioni infettivologiche si rimanda a quanto esplicitato nella precedente scheda. Il rischio da microrganismi patogeni al momento della manipolazione e del trasporto del cadavere è estremamente basso e comunque limitata ad alcuni microrganismi.

Non vi è possibilità di contatto tra il cadavere, riposto in cassa, e le superfici dell'automezzo. Oltre a ciò l'industria di produzione degli automezzi è giunta a livelli tali per cui la verifica dei requisiti di igienicità (presenza di superfici lavabili e disinfettabili) è preventiva alla messa in strada.

I carri funebri, quindi, vanno considerati alla stregua di qualunque altro automezzo; così come i locali adibiti a rimessa vanno considerati alla stregua di qualunque altra autorimessa.

PROPOSTA CONCLUSIVA

ABROGARE GLI ARTICOLI 20 E 21 DEL D.P.R. 285/1990.

PER LA TUTELA DEI LAVORATORI DIPENDENTI SUBENTRANO I DETTAMI DEL D. LGS. 626/94, CHE PONE IN CARICO AL DATORE DI LAVORO LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E L'ADOZIONE DI ADEGUATI MEZZI DI PROTEZIONE PER I LAVORATORI, RICHIAMANDOLO ALLE PROPRIE RESPONSABILITÀ DI TUTELA DEGLI ADDETTI.

25.3 Certificato di trasporto da Comune a Comune

Norma

Regolamento di Polizia Mortuaria: art. 25, punto 1: "Per i morti di malattie infettivo-diffusive di cui all'apposito elenco... l'autorizzazione al trasporto... può essere data soltanto quando risulti accertato che il cadavere... è stato composto nella duplice cassa...".

Pratica

Questo articolo ha generato la prassi ormai inveterata di rilasciare un certificato ogniqualvolta il cadavere debba essere seppellito in un comune diverso da quello dove è avvenuto il decesso.

Commento

Il certificato, a ben leggere, non è voluto dalla legge *ogni volta*, ma soltanto in caso di malattie infettivo-diffusive. Tuttavia anche solo in questo caso esso risulta inutile.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE L'ABOLIZIONE DEL CERTIFICATO.

25.4 Assistenza alle operazioni di esumazione ed estumulazione

Norma

D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 («Approvazione del regolamento di polizia mortuaria»)

art. 83:

«3. [Le salme... esumate prima del prescritto turno di rotazione...]. Tali esumazioni devono essere eseguite *alla presenza del coordinatore sanitario* della unità sanitaria locale e dell'incaricato del servizio di custodia».

art. 84:

«Salvo i casi ordinati dall'autorità giudiziaria non possono essere eseguite esumazioni straordinarie... b) quando trattasi della salma di persona morta di malattia infettiva contagiosa, a meno che siano già trascorsi due anni dalla morte e *il coordinatore sanitario dichiara* che essa può essere eseguita senza alcun pregiudizio per la salute pubblica».

art. 86:

«5. Qualora le salme estumulate si trovino in condizioni di completa mineralizzazione può provvedersi alla immediata raccolta dei resti mortali in cassette ossario *su parere del coordinatore sanitario*».

art.88:

«1. Il Sindaco può autorizzare, dopo qualsiasi periodo di tempo ed in qualunque mese dell'anno, l'estumulazione di feretri destinati ad essere trasportati in altra sede, a condizione che, aperto il tumulo, *il coordinatore sanitario constati* la perfetta tenuta del feretro e *dichiari* che il suo trasferimento in altra sede può farsi senza alcun pregiudizio per la salute pubblica.
2. Qualora *la predetta autorità sanitaria constati* la non perfetta tenuta del feretro, *può egualmente consentire* il trasferimento previa idonea sistemazione del feretro...»

Scopo.

Tutelare la collettività e gli addetti dal rischio infettivo derivante dalla manipolazione di salme in via di putrefazione

Schema logico

Il coordinatore sanitario, presenziando alle operazioni di esumazione e di estumulazione straordinarie, può impartire utili consigli agli addetti per evitare la contaminazione infettiva loro e della collettività.

Commento

Le esumazioni e le estumulazioni non sono da considerare operazioni a rischio infettivo. Non vi è un rischio concreto di trasmissione di microrganismi patogeni nella manipolazione dei feretri a distanza di tempo dalla sepoltura; i microrganismi che determinano i processi putrefattivi non sono, se non in casi specifici e per patologie non presenti attualmente in Italia, patogeni per l'uomo e non è dimostrabile il persistere del rischio infettivo in momenti successivi alla sepoltura.

Inoltre, è prassi comune utilizzare dei dispositivi «tecnici», quali la cassa esterna, che vanificano ancor più il pur remoto rischio infettivo.

Anche per l'esumazione ed estumulazioni (ordinarie e straordinarie) sono vincolanti le norme del decreto legislativo 626/94 per la tutela della salute dei lavoratori, a carico e con responsabilità dei datori di lavoro.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE DI ABROGARE LE PARTI IN CORSIVO DEGLI ARTICOLI DEL D.P.R. 285/1990:

ART. 83, P. 3: «*ALLA PRESENZA DEL COORDINATORE SANITARIO DELLA UNITÀ SANITARIA LOCALE*»;

ART. 84, LETT. B: «*A MENO CHE... IL COORDINATORE SANITARIO DICHIARI*».

ART. 86, P. 5: «*SU PARERE DEL COORDINATORE SANITARIO*».

ART.88, P. 1: «*IL COORDINATORE SANITARIO CONSTATI LA PERFETTA TENUTA DEL FERETRO E DICHIARI CHE IL SUO TRASFERIMENTO IN ALTRA SEDE PUÒ FARSÌ SENZA ALCUN PREGIUDIZIO PER LA SALUTE PUBBLICA*» E

P. 2: «*QUALORA LA PREDETTA AUTORITÀ SANITARIA CONSTATI LA NON PERFETTA TENUTA DEL FERETRO, PUÒ EGUALMENTE...*».

25.5 Rilascio dei pareri per la costruzione di edicole funerarie e di sepolcri privati

Norma

D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 («Approvazione del regolamento di polizia mortuaria»), art. 94:

«1. I singoli progetti di costruzione di sepolture private debbono essere approvati dal Sindaco *su conforme parere* della commissione edilizia e *del coordinatore sanitario* della unità sanitaria locale competente»

e art. 101:

«Per la costruzione di cappelle private fuori dal cimitero destinate ad accogliere salme o resti mortali di cui all'art. 340 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, occorre l'autorizzazione del Sindaco, previa deliberazione del consiglio comunale, *sentito il coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale*. [...]»

Scopo.

Da alcuni secoli, con ben individuabili tappe di «storia delle mentalità», il cimitero è considerato luogo altamente «pericoloso» per la salute dei viventi; la quale viene tutelata con le distanze regolamentari, con la confinazione e con altri accorgimenti tecnici.

Ancor più pericolose appaiono le sepolture fuori dal cimitero, vietate dall'articolo 340 del TULLSS che così recita: «È vietato di seppellire un cadavere in luogo diverso dal cimitero. È fatta eccezione per la tumulazione di cadaveri nelle cappelle private e gentilizie non aperte al pubblico, poste a una distanza dai centri abitati non minore di quella stabilita per i cimiteri. Il contravventore è punito...».

Schema logico

L'analisi dei progetti delle sepolture private nei cimiteri e delle «cappelle gentilizie» fuori del cimitero consente di impartire quelle direttive tecniche che tutelino la salute degli addetti manutentori e dei dolenti.

Commento

Le norme tecniche che regolamentano la costruzione delle edicole funerarie (art. 76 del D.P.R. 285/1990) sono già di per sé dettagliate e vincolanti, per cui non risulta significativo il parere suddetto.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE DI ABROGARE GLI ARTICOLI 94 E 101 DEL D.P.R. 285/1990, LÀ DOVE RICHIEDONO IL «PARERE SANITARIO», E PIÙ PRECISAMENTE LE FRASI

ART. 94, P. 1: «...*SU CONFORME PARERE... DEL COORDINATORE SANITARIO DELLA UNITÀ SANITARIA LOCALE COMPETENTE*» E ART. 101: «...*SENTITO IL COORDINATORE SANITARIO DELL'UNITÀ SANITARIA LOCALE*»

25.6 Disposizioni in materia di cremazione. Obbligo di verifica della firma del sanitario certificatore

Norma

D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 («Approvazione del regolamento di polizia mortuaria») art. 79

«4. L'autorizzazione di cui al comma 1 [cremazione] non può essere concessa se la richiesta non sia corredata da certificato in carta libera redatto dal medico curante o dal medico necroscopo, *con firma autenticata dal coordinatore sanitario*, dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato».

Scopo

Si può presumere che fosse volontà del legislatore garantire l'assoluta correttezza di una pratica estranea al nostro costume, ancora relativamente rara, e suscettibile di comportare la distruzione di prove di reato.

Schema logico

Il duplice controllo dovrebbe garantire la correttezza delle procedure più di un controllo singolo.

Conflitto tra norme

Il D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 «Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa», all'art. 31 recita:

«non sono soggette a legalizzazione le firme apposte da pubblici funzionari e pubblici ufficiali su atti, certificati copie ed estratti dei medesimi rilasciati. Il funzionario o pubblico ufficiale deve indicare la data ed il luogo del rilascio, il proprio nome e cognome, la qualifica rivestita, nonché apporre la propria firma per esteso ed il timbro dell'ufficio».

Inoltre, la L. 30 marzo 2001, n. 130 «Disposizione in materia di cremazione e dispersione delle ceneri», all'art. 3 lette. A, recita:

«L'autorizzazione alla cremazione spetta all'ufficiale di stato civile del comune di decesso, che la rilascia acquisito un certificato in carta libera del medico necroscopo dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato...» – senza menzionare in alcun modo l'autenticazione della firma del necroscopo.

PROPOSTE CONCLUSIVE

CONSIDERATO CHE LO SCOPO DEL DPR 445/2000 È SEMPLIFICARE L'ITER AMMINISTRATIVO, SI PROPONE L'ABROGRAZIONE DELL'ART 79, PUNTO 4 DEL DPR 285/90, NELLA PARTE CHE PREVEDE CHE LA FIRMA DEL SANITARIO SIA AUTENTICATA DAL COORDINATORE SANITARIO.

25.7 Delega ai medici di medicina generale della visita e certificato necroscopico

art. 4: "Le funzioni di medico necroscopo... sono esercitate da un medico nominato dalla unità sanitaria locale competente".

Ragioni logistiche (anche il più piccolo e sperduto comune ha il medico di base) e di semplificazione (il medico di base è tenuto già a compilare il certificato ISTAT) suggeriscono l'opportunità di tale delega; che tuttavia sarà facoltà delle singole ASL adottare, in relazione a considerazioni di carattere territoriale e della numerosità del personale presente.

25.8 Certificato di conformità del feretro

Norma

Circolare Ministeriale del 24 giugno 1993, n. 24, punto 9.7:

«La rispondenza del feretro alle prescrizioni stabilite dall'art. 30 del decreto del Presidente della Repubblica n. 285/1990, nonché, in caso di decesso dovuto a malattie infettivo-diffusive, a quanto prescritto agli articoli 18 e 25, e infine l'avvenuto trattamento antiputrefattivo, è *certificato dal personale a ciò delegato dall'unità sanitaria locale del luogo di partenza*, unitamente alla verifica della identità del cadavere.

Alla partenza, a garanzia della integrità del feretro e del suo contenuto, vi sarà apposto un sigillo».

Scopo.

L'articolo 30 del D.P.R. 285/1990 descrive con estrema minuzia come devono essere fatte le bare (fondo, coperchio, spessore delle tavole laterali, modi di congiunzione – mastice chiodi viti – materia e spessore della cassa metallica, modi di saldatura, ecc.) per il trasporto vuoi internazionale vuoi da comune a comune.

Ulteriori indicazioni costruttive e ulteriori precauzioni relative ai deceduti di malattie infettivo-diffusive si prescrivono rispettivamente ai punti 9 e 7 della Circolare Ministeriale 24 giugno 1993, n. 24.

Tali indicazioni hanno due evidenti scopi: impedire la trasmissione di malattie infettive ed evitare scambi di cadavere o manomissione del feretro durante le operazioni di trasporto.

Schema logico

Il personale dell'unità sanitaria locale, verificando la corrispondenza del manufatto alle regole, la bontà dei metodi di chiusura del feretro e verificando l'identità del cadavere, garantisce la comunità dalla diffusione di malattie infettive.

Commento

La produzione di bare è ormai processo industriale standardizzato e la conformità del feretro alle disposizioni di legge e ministeriali rientra tra la certificazione di qualità del prodotto.

Per le considerazioni infettivologiche si rimanda a quanto esplicitato a pag. 49. Il rischio da microrganismi patogeni al momento del trasporto del cadavere è praticamente nullo.

Recenti disposizioni legislative – rispettose di consuetudini religiose diverse dalle nostre – vanificano l'obbligo di chiusura del feretro.

Infine, in queste operazioni non si ravvisa alcuna valenza medico-legale od igienistica.

PROPOSTA CONCLUSIVA

SI PROPONE DI DELEGARE – SENZA ONERI PER LE AZIENDE SANITARIE E PER GLI UTENTI – ALLE IMPRESE DI POMPE FUNEBRI CHE OPERANO SUL TERRITORIO REGIONALE, SIA LA CERTIFICAZIONE DI CONFORMITÀ DEL FERETRO, SIA LE OPERAZIONI DI CHIUSURA DEL FERETRO – QUANDO RICHIESTE – NONCHÉ L'OPERAZIONE DI APPOSIZIONE DEL SIGILLO.

PERMANE A CARICO DELLE AZIENDE SANITARIE L'OBBLIGO DI VIGILANZA E CONTROLLO PREVISTI DALL'ARTICOLO 16 COMMA 2 DEL DPR 285/90.

