

## **Progetto di Legge**

### **Abolizione di obblighi obsoleti e inefficaci in materia di igiene e sanità pubblica**

#### **Relazione**

#### **Articolo 1 (finalità e oggetto della legge)**

L'igiene e la medicina preventiva sono da anni, nel nostro paese, uno degli ambiti di intervento sanitario tra i più radicati ed importanti: alla sua nascita e sviluppo ha molto contribuito la normativa, che in alcuni casi ha recepito, traducendoli in legge, istanze e principi derivanti dalla disciplina scientifica, in altri, ha consentito e stimolato lo sviluppo di iniziative e progetti miranti alla prevenzione e promozione della salute collettiva.

Negli ultimi anni del secolo scorso il rapporto virtuoso tra norma di legge ed acquisizioni scientifiche ha subito una frattura: per alcuni interventi e prestazioni di prevenzione, per i quali non vi era più dimostrazione scientifica di efficacia, permanevano inamovibili vincoli ed obblighi formali.

Dai professionisti della prevenzione sono dunque pervenuti numerosi appelli al legislatore perché si intervenisse, ripristinando il corretto rapporto tra "cosa è bene fare" e "cosa si deve fare".

Che dunque sia necessario intervenire appare chiaro e lo stesso Consiglio Regionale della Lombardia ha fatto proprio l'auspicio che " (...) per l'intero settore della prevenzione e sanità pubblica (si effettui) una revisione di tutte le attività svolte e le prestazioni erogate attraverso analisi e metodi basati sui seguenti criteri : *esistenza di prove di efficacia, appropriatezza, economicità* " .

Con la istituzione del Sistema Sanitario Regionale ed il trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle Regioni, anche in attesa di una ulteriore devoluzione, il percorso dell'abolizione di obblighi di non provata efficacia e a volte anche derivanti da norme obsolete, deve trovare la Regione protagonista attiva individuando ambiti e settori nei quali sia possibile, con propri atti, modificare o abrogare prassi inveterate.

Per le superiori esigenze di rispetto della libertà e della dignità dei cittadini che non devono essere sottoposti ad inutili e dispendiosi vincoli, se non per un preciso interesse della collettività, nonché per esigenze di trasparenza e semplificazione degli atti della pubblica amministrazione e non ultimo al fine che le prestazioni dei servizi del Sistema Sanitario Regionale rispondano ai principi di efficacia ed economicità, la Regione Lombardia intende con la presente legge abolire una serie di obblighi e vincoli per i cittadini, in materia di sanità pubblica, in relazione alla loro riconosciuta inefficacia per la tutela della salute o di altra pubblica utilità.

#### **Articolo 2 (Abolizione di certificati sanitari)**

In base a tali principi la Regione Lombardia si pone innanzitutto l'obiettivo della abolizione di diverse certificazioni medico-legali del tutto inutili e dispendiose per i cittadini e per il servizio sanitario pubblico richiamandosi anche al principio della tutela della libertà individuale in base al quale nessun cittadino può essere sottoposto ad accertamenti sanitari se non per una superiore disposizione di legge nell'interesse di una superiore utilità pubblica.

I certificati sanitari da abolire in via prioritaria sono di seguito riportati con le relative motivazioni.

**Certificato di sana e robusta costituzione**, non previsto dalla Legge 104/90, non può essere richiesto o rilasciato dalle strutture del Servizio Sanitario Regionale.

Tale certificato era largamente richiesto, soprattutto dagli Istituti Scolastici, essendo previsto per legge per l'iscrizione all'Istituto Magistrale e la frequenza a convitto per infermiere professionali (Regio Decreto 653 del 4 maggio 1925).

Nel secondo caso l'istituzione del diploma universitario, in sostituzione delle scuole di formazione professionale, ha di per sé praticamente esaurito le richieste.

In campo scolastico invece, il certificato è ancora largamente richiesto e non solo, come dovrebbe essere, per l'iscrizione all'Istituto Magistrale (peraltro quasi ovunque soppiantato dai Licei Psicopedagogici): grazie a regolamenti interni o prassi consolidate, detto certificato viene infatti richiesto a tutti i supplenti, ad ogni inizio di anno scolastico, come pure prima dell'immissione in ruolo.

Lo scopo all'origine di tale obbligo è addirittura esplicitato all'art.1 , comma 2 del citato Regio Decreto: *"... 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 impedimento dei suoi doveri"*.

Dallo scopo dichiarato sono evidenti i limiti e la improponibilità di tale certificato: la discriminazione nei confronti dei soggetti portatori di handicap.

L'abolizione definitiva del certificato è dunque imposta sia da un adeguamento effettivo all'evoluzione sociale ed organizzativa della Scuola, sia in relazione al fatto che la collettività scolastica, sotto il profilo sanitario, 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.

**Il Certificato per vendita dei generi di monopolio** è tuttora richiesto in base alla Legge 1293 del 22.12.1957, secondo cui la vendita di monopoli di stato è inibita a coloro che non siano immuni da malattie infettive o contagiose (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"*.

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

**Il Certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego**: in base al 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."* Tale norma è stata poi ribadita nei 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)

Tuttavia con l'entrata in vigore del D.Lgs 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.

### **Il Certificato di idoneità fisica per assunzione insegnanti**

Tale certificazione era 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 scadenze sub-annuali, presenta detto certificato.

Tuttavia con l'entrata in vigore del D.Lgs 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

### **Il Certificato di idoneità fisica per l'assunzione di minori**

La legge 25/55 ed il DPR 1668/56 prevedevano 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"*. Va altresì sottolineato che detta legislazione faceva rientrare tra gli apprendisti tutti 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. Tale norma appare dunque, attualmente, inadeguata, anche per l'entrata in vigore dei D.Lgs. 626/94 e 25/02, che individuano nel medico competente il soggetto deputato alla definizione dei protocolli sanitari e alla periodicità dei controlli, oltre che alla sorveglianza sanitaria per i lavoratori ad essa soggetti. La visita preliminare all'assunzione per tutti gli apprendisti effettuata dalle ASL, appare dunque assolutamente superflua, in quanto non solleva comunque il datore di lavoro dagli obblighi di visita preventiva e sorveglianza sanitaria di cui ai citati Decreti Legislativi, eccettuati i casi di assunzione in mansioni prive di rischio specifico e da parte di imprese non obbligate alla presenza del medico competente.

### **Il Certificato per abilitazione alla conduzione di generatori di vapore (caldaie)**

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 ..."*. Tenuto conto della mansione e dei rischi ad essa correlati, non risulta evidente alcuno scopo nella presentazione della certificazione: non vi sono infatti di per sé condizioni psico-fisiche che controindichino l'esercizio di tale attività, sia in relazione al pericolo per il conduttore che per terzi. Il significato di quella previsione normativa è probabilmente da ricercare nella generica richiesta, unitamente alle altre certificazioni, anche di quella del medico .

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

**Il Certificato per l'esonero dalle lezioni di educazione fisica** non può essere richiesto o rilasciato dalle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in quanto previsto da norme superate dalla diversa organizzazione del servizio sanitario pubblico e dalle mutate normative di settore. 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 previ 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"*.

In base a tale norma gli istituti scolastici richiedono una certificazione rilasciata dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione della ASL, che di fatto convalidano semplicemente quanto certificato dal medico curante o dal medico specialista; 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.

### **La 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).

### **Il Certificato di vaccinazione per l'ammissione alle scuole pubbliche**

L'art. 117 – Certificazioni, del predetto T.U. LL. Pubblica Istruzione, recita che “...All'atto della prima iscrizione alla frequenza o, in mancanza, della prima ammissione ad esami di idoneità o di licenza della scuola dell'obbligo, è presentata certificazione delle vaccinazioni antidifterica ed antitetanica ai sensi delle leggi 6 giugno 1939 n. 891 e 20 marzo 1968, n. 419; della vaccinazione antipoliomielitica ai sensi della legge 4 febbraio 1966 n. 51; della vaccinazione contro l'epatite virale B, ai sensi della legge 27 maggio 1991 n. 165.”.

Con successiva normativa è stata prevista la possibilità di autocertificazione circa l'assolvimento dell'obbligo vaccinale. 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, benché lo scopo fosse quello di mantenere una sorveglianza dello stato vaccinale sulla popolazione infantile.

Più razionale a tal fine sarebbe mantenere il compito della sorveglianza non tanto in capo alla scuola, quanto alle ASL, che, grazie al fatto di disporre dell'anagrafe vaccinale, sono nelle condizioni di vigilare sullo stato vaccinale individuale e sui livelli di copertura collettivi e di effettuare operazioni di verifica sulle autocertificazioni dubbie o a campione.

### **IL Certificato di idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale**

Per gli istituti professionali 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.

Ciononostante quasi tutti i Regolamenti degli Istituti prevedono la produzione di detto certificato, la cui utilità è del tutto discutibile.

### **Il libretto di idoneità sanitaria per i parrucchieri**

Le modalità di autorizzazione di tali attività, di competenza del Comune, risentono evidentemente della normativa dettata dalla legge 161/63 e 1142/70. La normativa deve intendersi superata e va adeguata con le disposizioni più generali vigenti in materia artigianale e di sportello unico per le imprese: senza specifiche autorizzazioni / nulla osta delle ASL o, eccezionalmente, con la sola dichiarazione di inizio attività .

In particolare le nuove conoscenze tecniche e scientifiche rendono del tutto inutile un periodico controllo sanitario degli esercenti tali attività, per altro non previsto da legge e quindi in contrasto con i principi generali della volontarietà delle prestazioni sanitarie.

## **Articolo 3**

### **(Abolizione degli obblighi in materia di medicina scolastica)**

La Regione Lombardia si pone l'obiettivo di superare obblighi previsti da una legislazione datata e da considerare non più vigente, data la diversa organizzazione del servizio sanitario

pubblico in materia di medicina scolastica ed in particolare abolendo gli obblighi di seguito elencati per le motivazioni illustrate.

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 DPR 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:

- **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; altrettanto si può dire delle richieste di prestazioni di urgenza da parte di Direttori Didattici e Presidi, ormai assolve dalle strutture del Servizio Sanitario;
- **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;
- **Obbligo alla presentazione di certificato medico oltre i cinque giorni di assenza:** ancora applicato –benchè il Testo Unico delle Leggi sulla Pubblica Istruzione – D.Lgs. 297 del 16.4.1994 non lo preveda- comporta un onere notevole per la famiglia, mentre dal punto di vista epidemiologico si rivela di scarsa utilità. Le conoscenze sulle fasi di contagiosità delle malattie infettive inducono infatti a ritenere di scarsa diffusibilità il soggetto convalescente, rispetto a quello in incubazione.
- **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.

#### **Articolo 4**

**(Abolizione del libretto di idoneità sanitaria per alimentaristi e formazione del personale alimentarista, finalizzata alla prevenzione ed al controllo delle malattie trasmesse da alimenti, in applicazione al Decreto Legislativo 155/97)**

La Regione Lombardia si pone l'obiettivo di dettare norme sulle modalità operative per la formazione del personale alimentarista finalizzata alla prevenzione ed al controllo delle malattie trasmesse da alimenti, in applicazione al Decreto Legislativo 155/97, andando con ciò a superare l'obbligo della tenuta del libretto di idoneità sanitaria.

La Regione Lombardia, nel perseguire l'obiettivo della sicurezza alimentare, con particolare riguardo alla prevenzione delle malattie infettive trasmesse da alimenti, promuove la formazione e l'aggiornamento del personale alimentarista ed impronta le attività dei Dipartimenti di Prevenzione, deputati al controllo, a principi di efficacia ed efficienza.

In tal senso si prevede che gli operatori addetti alla produzione, preparazione, somministrazione e distribuzione di alimenti sono tenuti a ricevere adeguata preparazione igienico-sanitaria, prima dell'inizio dello svolgimento dell'attività lavorativa e ad essere aggiornati con periodicità biennale. L'onere della formazione ed aggiornamento è a carico dei responsabili dell'industria,

come definiti dal D.L.vo 155/97. Le procedure adottate per la formazione ed aggiornamento del personale (generale e specifica in base alle mansioni), nel rispetto di quanto previsto dal capitolo X, dell'allegato di cui all'art.3, comma 5 del Decreto Legislativo 155/97, sono indicate nel piano di autocontrollo di cui all'art.3, commi 2 e 3, del Decreto Legislativo 155/97.

**I contenuti e le modalità della formazione ed aggiornamento** devono essere improntate all'acquisizione di conoscenze teorico-pratiche sull'epidemiologia dei rischi correlati agli alimenti, sui meccanismi di azione e sulle misure di prevenzione e controllo con costante adeguamento alle acquisizioni scientifiche e dimostrata efficacia delle misure proposte e correlando i contenuti alle attività cui il personale è adibito.

Con decreto dirigenziale verranno definiti i requisiti minimi, relativamente a contenuti, durata e caratteristiche degli erogatori delle iniziative di formazione ed aggiornamento del personale alimentarista .

La Regione Lombardia intende qualificare e sviluppare le attività dei controlli tramite i Dipartimenti di Prevenzione che nella attività di vigilanza ed ispezione, verificheranno l'adeguatezza della formazione ed aggiornamento e la corretta applicazione delle norme di buona prassi igienica atte a prevenire la contaminazione degli alimenti .

In tal modo si rende superfluo il libretto di idoneità sanitaria che non potrà più essere richiesto o rilasciato da servizi del servizio sanitario pubblico in quanto previsto da norme superate per la diversa organizzazione del servizio sanitario pubblico e dalle mutate normative di settore come di seguito meglio specificato e motivato.

L'abolizione dell'obbligo del libretto di idoneità sanitaria per gli alimentaristi si fonda sulle seguenti considerazioni.

#### 1. Il libretto di idoneità sanitaria: fonte normativa e scopo.

Si tratta di un obbligo derivante dalla Legge 30 aprile 1962 n.283 e dal D.P.R. 26 marzo 1980 n.327, che prevedono, con cadenza annuale, che i lavoratori addetti alla produzione, preparazione, somministrazione, distribuzione e deposito di sostanze alimentari, vengano sottoposti a controlli clinici ed esami, atti ad escludere la presenza di malattie infettive e diffuse .

Così come previsto da detta normativa (che indica nel dettaglio la tipologia degli esami e delle ricerche colturali cui deve essere sottoposto l'alimentarista), il libretto di idoneità sanitaria si colloca in un contesto socio-sanitario che vedeva le malattie trasmesse per via oro fecale come una delle principali emergenze in sanità pubblica.

Colera, Tifo addominale, Salmonellosi, Diarree di natura non determinata erano infatti, anche in Italia, ancora ben presenti, con tassi di incidenza ragguardevoli.

Scopo dei controlli annuali - consistenti , sin dall'inizio, nella ricerca microbiologica di due soli agenti patogeni, la salmonella, tifoidea e minori, e lo stafilococco - era l'individuazione dei portatori asintomatici di tali batteri.

La presenza di portatori asintomatici di tali agenti è una situazione possibile ed anche considerata frequente .

L'individuazione dunque di un portatore, possibile solo con esame specifico, non essendovi sintomatologia che possa spingere il soggetto a sottoporvisi, aveva dunque una sua ragion d'essere, nell'ottica di prevenire la diffusione di una infezione misconosciuta.

La situazione al momento dell'emanazione degli atti normativi succitati presentava dunque un quadro epidemiologico che giustificava pienamente un controllo stringente su uno degli anelli della catena epidemiologica, costituito dal personale che manipolava gli alimenti.

#### 2. Il controllo annuale: i limiti

Al vantaggio sopraesposto è tuttavia connesso un chiaro limite: non essendo evidenziabile il momento nel quale il soggetto diviene portatore, la ricerca a cadenza annuale di essi non è sufficiente a coprire anche ampi periodi di positività non individuati .

In sostanza il contagio di un soggetto potrebbe avvenire anche poco dopo il controllo, con la possibilità di alcuni mesi di stato di portatore, quindi contagioso , di cui il portatore stesso sarà ignaro.

Non solo: è noto come, specie per le salmonelle minori, l'emissione fecale del germe, nel portatore, sia spesso intermittente. Ciò significa che in un portatore asintomatico vi è la possibilità di esami coproculturali negativi .

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

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

In sostanza anche relazionato ad uno scopo positivo e condivisibile, lo strumento del libretto di idoneità sanitaria appariva già inadeguato e lo è maggiormente oggi.

### 3. La situazione epidemiologica odierna

La situazione odierna si profila come estremamente mutata rispetto al 1962, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo.

Innanzitutto le patologie più gravi –tifo e colera– sono di fatto scomparse in Italia e soprattutto in Lombardia, come forme autoctone (cioè originanti da una fonte locale, che contagia nuovi individui). I casi di tali patologie registrati nell'ultimo decennio sono infatti esclusivamente da importazione (cioè da soggetti che hanno contratto la malattia in altri Paesi) .

Ciò sta a significare che non vi è circolazione di tali germi tra la popolazione né nell'ambiente. Sia colera che tifo hanno come potenziale ospite solo l'uomo (non animali) e quindi l'assenza di portatori autoctoni ha di fatto limitato la diffusione della malattia.

Di contro sono aumentate –o forse solo meglio diagnosticate– forme infettive di minor rilevanza clinica, quali le salmonelle non tifoidee, la cui incidenza è esplosa nell'ultimo decennio - a motivo principalmente dell'allevamento avicolo intensivo, dell'utilizzo di antibiotici a largo spettro con insorgenza di antibiotico resistenze - sino ad arrivare ai 16.020 casi notificati in Italia nel 1997.

Ancora, essendo coinvolti microrganismi nuovi, quali il bacillus cereus, la yersinia enterocolitica, il vibrio paraemolitico, che, come anche le salmonelle minori, albergano non solo nell'uomo, ma anche negli animali, la possibilità di contaminazione alimentare viene aumentata a monte del consumo (allevamenti intensivi, uso diffuso di antibiotici, ecc..).

Tuttavia, se da una parte il problema della contaminazione biologica degli alimenti appare ancora rilevante (in termini quantitativi, più che qualitativi, essendo i quadri clinici derivanti quasi esclusivamente a decorso benigno) lo studio dei meccanismi di diffusione di tali infezioni ha portato a ridimensionare di molto il ruolo dei portatori sani.

Ciò che emerge dalla letteratura scientifica è il meccanismo di contaminazione dei cibi attraverso i quali avviene poi il contagio alimentare.

Al contrario di quanto ritenuto sino a qualche anno fa, il rischio di contaminare un alimento da parte di un portatore asintomatico è ritenuto minimo.

I fattori di rischio che invece portano alla contaminazione alimentare sono correlati a comportamenti o a modalità di trattamento e conservazione dei cibi erranei, tra i quali ritroviamo:

- la conservazione dei cibi al di sopra o al di sotto delle temperature che uccidono o inibiscono la moltiplicazione batterica
- la preparazione di cibi troppo anticipata, rispetto al consumo
- la contaminazione crociata (da un alimento "contaminato" ad uno "sano" ) per il tramite delle mani (che non vengono lavate)
- l'utilizzo, nelle fasi di cottura, di temperature insufficienti o disomogeneamente diffuse all'interno dell'alimento.

Non è un caso che quindi la maggior parte di tossinfezioni alimentari si verifichino in ambiente domestico, avendo ormai l'industria alimentare recepito da tempo le norme igieniche da adottare nel corso del processo di produzione-preparazione, ottenendo standard qualitativi adeguati .

#### 4. Gli strumenti per la prevenzione

Da quanto detto si può rilevare come, a fronte della nuova situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche, l'utilizzo del libretto di idoneità sanitaria sia da considerarsi inadeguato per combattere il problema delle malattie trasmesse da alimenti.

Esso infatti si dirige contro un "anello" irrilevante della catena del contagio.

Considerati i meccanismi sopraesposti, il punto sul quale intervenire è costituito dal comportamento dell'alimentarista, che adeguato alle norme igieniche ormai ben individuate dalla letteratura scientifica, è in grado di prevenire la totalità delle infezioni.

Vi è poi da sottolineare come il concetto di comportamento adeguato a priori – cioè prima che si sia verificata l'infezione- e generalizzato – cioè sempre, indipendentemente dalla presenza del portatore – è ormai utilizzato in tutti gli ambiti sanitari, qualunque sia la malattia o la via di trasmissione (si pensi all'AIDS).

In virtù di tali presupposti scientifici, già nel 1989, l'OMS concludeva che ".... *On the basis of this review, the report concludes that pre-employment and subsequent routine medical examinations of food handlers are ineffective and thus unnecessary*" (Health Surveillance and Management Procedures for Food-Handling Personnel Report of a WHO Consultation Technical Report Series, No. 785).

Si ribadiva invece come la formazione ed educazione del personale fosse l'unica vera arma di prevenzione: "... the identification of effective alternative preventive measures, including outbreak surveillance, use of the Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP) system, and several measures within the food industry" ; "... an important technical report ... Investment in education and training with detailed monitoring of critical points in the production and processing of food may be a more effective approach to safety than legal measures..."

Le conoscenze dell'epidemiologia delle malattie trasmesse da alimenti , unanimemente condivise dal contesto scientifico, hanno portato ad un'evoluzione normativa radicale anche in Italia, il cui punto più alto è consistito nell'emanazione del Decreto Legislativo 155/97, che ha recepito la direttiva CEE sul controllo e la sicurezza alimentare .

Con tale atto muta radicalmente l'azione dello Stato: infatti dal controllo "a valle" interamente a carico delle ASL, si passa al controllo "a monte", a carico del produttore.

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

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

Vi è da ricordare comunque che la Regione Lombardia, già nel 1994, con la Circolare 8, nel prendere atto dell'inutilità di ripetitivi esami, aveva dato indicazioni alle USL affinché questi esami non venissero più effettuati, sostituendoli con attività formative .

Tuttavia anche tale finalità conferita al Libretto di idoneità sanitaria è venuta a cadere con l'emanazione del D.Lgs.155, in quanto, appunto, tale onere è in capo al Responsabile dell'Azienda e non al controllore.

La Provincia di Trento e la Regione Piemonte hanno peraltro colto la discrepanza tra la Legge 283/62 ed il Decreto Legislativo 155/97, abolendo di fatto l'obbligatorietà del libretto di idoneità sanitaria, sostituito dall'attività formativa svolta dai titolari di ditte ed aziende.

#### 5. La prassi attuale e l'impiego di risorse nelle ASL

La situazione odierna, viste le acquisizioni sull'epidemiologia delle malattie trasmesse da alimenti, presenta due tipi di orientamenti regionali: vi sono Regioni che utilizzano il libretto di idoneità sanitaria come momento formativo, eliminando accertamenti microbiologici ritenuti obsoleti ed altre Regioni, che hanno mantenuto invece i dettati del DPR 327/81, effettuando su tutti i soggetti sottoposti all'obbligo le ricerche microbiologiche succitate.

In Lombardia si ha una riproduzione abbastanza simile di comportamenti, anche se prevale indubbiamente l'approccio formativo .

Non va comunque dimenticato che per svolgere un'attività che non è di competenza delle ASL, il sistema sanitario regionale utilizza una quantità di risorse umane rilevante. Nella rilevazione dei carichi di lavoro delle ASL relativamente al 1993, l'output S005 – corrispondente appunto al rilascio / rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria - totalizzava, con una media di 18 minuti a libretto (9 per l'infermiere, 2 per personale amministrativo e 7 per il medico) ben 141.171 ore lavoro. Il costo è facilmente desumibile: approssimativamente le ASL potrebbero dirottare ad altre attività, di più provata efficacia e di effettiva competenza, 37 medici, 47 infermieri, 10 amministrativi, sopperendo in questo modo anche a carenze di organico,

Visto dal punto di vista del lavoratore, spesso di imprese a conduzione familiare, l'acquisizione del libretto di idoneità sanitaria è altrettanto oneroso: ore di lavoro perse e tariffa da corrispondere alla ASL, quando, comunque, per adeguarsi al Decreto Legislativo , ci si deve rivolgere, il più delle volte, a consulenti che forniscono il medesimo servizio.

**In conclusione** si può affermare che le conoscenze scientifiche acquisite nell'epidemiologia delle malattie trasmesse da alimenti hanno evidenziato come la contaminazione degli alimenti avvenga a seguito di misure di produzione, preparazione, conservazione scorrette.

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

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

**La formazione e riqualificazione del personale dell'industria alimentare è dunque la misura principe nel contenimento di tutte le contaminazioni alimentari, ivi comprese quelle di natura biologica:** di tale istanza ha tenuto ampiamente conto la legislazione italiana, recependo la direttiva europea sull' hazard analysis and critical control point.

Col Decreto Lgs.155/97 sono state introdotte tutte le norme di massima cautela per la sicurezza alimentare e la salute del consumatore, norme che superano, rendendolo inutile, l'obbligo al libretto di idoneità sanitaria.