

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 2022

## PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato **MARIO PEPE**

Modifica all'articolo 2 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria

*Presentata il 23 novembre 2001*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il comma 1-*bis* dell'articolo 2 del decreto-legge n. 347 del 2001, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 405 del 2001, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, pur nella sua sostanziale bontà d'indirizzo nello spirito risanatorio delle lacune e degli sperperi nel settore sanità, presta il fianco ad errate interpretazioni nei confronti degli intenti legislativi del Governo per quanto concerne la spesa in materia di smaltimento dei rifiuti ospedalieri.

Il segnale che stiamo raccogliendo dai *mass media* e dalle perturbazioni di carattere politico-economico nascenti in alcuni ambienti del mondo commerciale operanti nel settore (già da lungo tempo consolidati e per ciò influenti sulla corretta gestione delle aziende ospedaliere

pubbliche e private), comincia a mostrare segni di dissenso, talvolta motivato da osservazioni tecnicistiche nei confronti del dispositivo legislativo.

L'articolo in argomento necessita, pertanto, di un correttivo nel suo dettato tecnico-giuridico, correttivo che, a mio parere, riveste importanza fondamentale al fine di fugare ogni qualsivoglia interpretazione arbitraria, strumentale o, peggio ancora, faziosa, circa l'ispirazione che la nostra nuova politica del risanamento della spesa ospedaliera intende applicare.

L'oggetto del contendere risiede oltre che nell'enunciato, invero poco chiarificatore, del concetto di «rifiuti sanitari speciali non tossico-nocivi» anche nella minore chiarezza del concetto tecnico di «processo di sterilizzazione mediante au-

toclave». Inoltre, l'assimilazione al rifiuto solido urbano del prodotto trattato è espressa in termini di « possibilità ».

Visto che la vigente legge ha già provveduto a classificare le tipologie di rifiuto secondo concetti di pericolosità e di tossicità, attribuendo appropriata terminologia sotto il profilo tecnico in quanto armonizza la legislazione tecnica europea, è opportuno ricondurre il termine di « rifiuti speciali non tossico nocivi » al più appropriato « rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo ».

Anche il concetto di disinfezione è stato già superato, di fatto, dalla normativa europea recepita dall'articolo 2, comma 1, lettera l) del decreto ministeriale 26 giugno 2000, n. 219, con il quale sono stati stabiliti i requisiti tecnici del processo di trattamento mediante sterilizzazione che non prevede alcuna procedura di disinfezione.

Dobbiamo però osservare che, per insufficienza del vecchio disposto legislativo (e non per inesistenza di tecnologie disponibili), tali requisiti tecnici non hanno ancora potuto trovare possibilità di applicazione. La legge, infatti, non ha consentito la certezza dell'assimilazione a rifiuto solido urbano del rifiuto trattato, ma non a causa della mancanza di tecnologie appropriate, bensì per via di un contorto sistema autorizzativo.

Oltre a ciò, il concetto di « autoclave » non solo non rende giustizia al vasto panorama innovativo tecnologico e scientifico a disposizione, ma rappresenta di fatto una involuzione rispetto allo *standard* tecnico attuale, tanto da potersi considerare una metodica obsoleta non rispondente ai requisiti richiesti proprio ai fini dell'assimilazione del rifiuto. L'autoclave, infatti, pur effettuando per sua natura un efficace processo di sterilizzazione, non solo non effettua la triturazione del rifiuto trattato, ma non ne riduce il peso né il volume né provoca l'essiccazione, bensì, al contrario, ne causa l'aumento in quanto il trattamento avviene in presenza di vapore saturo che umidifica il carico (e quindi l'appesantisce) e non mo-

difica la struttura fisica del rifiuto sottoposto a trattamento.

È ovvio che l'utilizzo dei due metodi, prodotto chimico per la « disinfezione » e « autoclave », di per sé non risolve il problema dell'aumento dei rifiuti verso le discariche autorizzate, semmai ne può costituire un ulteriore aggravamento.

È fondamentale, pertanto, procedere all'analisi delle soluzioni alternative, moderne e tecnologicamente avanzate, che diano, oltretutto, risposte accettabili in termini di risparmio economico, ecologico e gestionale.

È pertanto necessario sostituire il termine « autoclave » con una espressione tecnica più aderente al concetto stesso di « trattamento » del rifiuto e non solo di sterilizzazione, quindi più esaustiva ed ampia nel senso della novità ed efficacia della correzione legislativa.

È proprio questo il senso filosofico fondamentale della nuova legge; e cioè l'innovazione nel processo di trattamento del rifiuto sanitario che a mio parere deve essere ricondotto alle seguenti finalità:

- 1) riduzione del peso e del volume del rifiuto trattato;
- 2) essiccamento ed irriconoscibilità del rifiuto dopo il trattamento;
- 3) possibilità di effettuazione del processo nell'ambito del presidio ospedaliero a garanzia da rischi di trasporto e a tutela della responsabilità sanitaria dei direttori sanitari degli istituti produttori (che hanno l'obbligo ed il diritto di conoscere con certezza il processo dello smaltimento, mediante la verifica di tutte le fasi e non solo tramite bolle di scarico o altri documenti contabili non sempre facilmente verificabili);
- 4) possibilità di riutilizzo del prodotto trattato per fini energetici con enormi vantaggi in termini economici ed ecologici;
- 5) azzeramento del rischio di smaltimenti abusivi, pericolosi per l'intera collettività sotto tutti i punti di vista;

6) riduzione cospicua dei costi di smaltimento sostenuti attualmente dalle aziende sanitarie ed ammontante, attualmente, a circa 600 miliardi di lire l'anno, di cui circa 530 nell'ospedale pubblica e 70 in quella privata.

Da stime attendibili emerge chiaramente che l'uso delle tecnologie innovative nel trattamento del rifiuto ospedaliero (mediante triturazione, riduzione, sterilizzazione e recupero energetico) produrrebbe un risparmio per la sanità, in termini economici, non inferiore ai 400 miliardi l'anno, per non parlare dei vantaggi ecologici derivanti dalla sicurezza del processo e dallo sgonfiamento dell'atteggiamento ricattatorio delle varie ecomafie che strumentalizzano periodicamente l'emergenza rifiuti (i famosi vagoni vaganti di fresca memoria).

In ossequio alle direttive CEE in materia, è indispensabile quindi consentire, mediante la legge che si propone, alle aziende sanitarie di dotarsi delle apposite

ed opportune tecnologie e di favorire, con finalità di risparmio di gestione, anche quello energetico, mediante la produzione del calore tramite l'utilizzo del rifiuto autoprodotta, sterilizzato, essiccato e triturato, al posto o ad integrazione dell'uso dei prodotti petroliferi, attualmente principale fonte di energia termica negli ospedali.

In merito alla enunciata « possibilità » dell'assimilazione al rifiuto urbano del prodotto trattato, è doveroso dirimere ogni perplessità ed esprimere in termini di « certezza » che il rifiuto ospedaliero infetto, qualora trattato con le modalità previste dalla legge, venga definito certamente assimilato al rifiuto solido urbano e pertanto conferibile in discarica controllata, come peraltro già previsto dalle norme tecniche vigenti sullo smaltimento dei rifiuti solidi urbani.

Per questi motivi si chiede una rapida approvazione della presente proposta di legge.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

1. Al comma 1-*bis* dell'articolo 2 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, il secondo periodo è sostituito dai seguenti: « Il trattamento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo mediante sterilizzazione effettuata secondo le norme UNI 10384/94, parte prima, con procedimento che comprenda la triturazione, l'essiccamento, la non riconoscibilità e la riduzione di volume dei rifiuti stessi, consente lo smaltimento in discarica controllata dei medesimi rifiuti, in quanto assimilati ai rifiuti solidi urbani. L'efficacia del trattamento deve essere documentata tramite il monitoraggio delle fasi di processo. Le strutture ospedaliere pubbliche e private devono utilizzare o dotarsi delle apposite tecnologie. È consentito il riutilizzo del prodotto trattato come fonte di energia per la produzione di calore ».

