

Abbandono di rifiuti e responsabilità del direttore sanitario: nota a Cassazione sez. III, n. 26481/2007

Maddalena Mazzoleni

La massima, i principi

Cassazione penale sez. III, 9 luglio 2007, (14 marzo 2007), n. 26481
Presidente: P. Onorato - P.M.: F. Salzano - Ric.: M.E.

Principi

Gestione dei rifiuti - Responsabilità del direttore sanitario dell'USL - Non rientra

Massima

A norma del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, comma 7, la responsabilità per l'abbandono dei rifiuti prodotti dalla USL non è attribuibile al direttore sanitario, che si limita a dirigere l'ospedale cui è preposto solo ai fini igienico-sanitari.

Al contrario, il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale, e il direttore generale, è il soggetto al quale sono riservati tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale.

Pertanto il responsabile della gestione dei rifiuti prodotti dalla USL non può essere individuato nel direttore sanitario, (il quale ha competenza solo nell'organizzazione dei servizi sanitari, sicuramente estranei al settore amministrativo della gestione dei rifiuti e della tutela dell'ambiente), bensì nel direttore generale e/o nel direttore amministrativo.

Solo questi ultimi, possono quindi essere imputati del reato di deposito incontrollato di rifiuti.

Il commento

Con la sentenza n. 26481/2007 la Cassazione interviene «a precisazione» a proposito di natura e caratteri delle attività relative alla gestione dei rifiuti in strutture complesse ed articolate, quali le unità/aziende del Servizio sanitario nazionale, allo scopo di individuare i soggetti responsabili di eventuali violazioni.

La sentenza di merito

La vicenda all'attenzione della Corte riguarda il direttore sanitario di una ULSS, chiamato a rispondere del reato di deposito incontrollato di rifiuti non pericolosi (fattispecie regolata, all'epoca dei fatti, dall'art. 51, comma 2, D.Lgs. n. 22/1997 ed ora trasposta nell'art. 256, comma 2, D.Lgs. n. 152/2006), ritrovati sul piazzale di pertinenza dell'ULSS ed ivi accatastati alla rinfusa.

Il giudice *a quo* aveva ritenuto che, nella gerarchia ed organizzazione sanitaria, al direttore sanitario dovesse essere imputata la responsabilità dell'illecito ambientale per **omessa vigilanza**, connessa al «dovere di vigilanza ed organizzazione dal punto di vista igienico-sanitario», su questi gravante ai sensi di legge.

Le sentenze citate dal giudice di merito a supporto della propria decisione - liquidate come non pertinenti e non condivisibili dalla Cassazione - appaiono, per la verità, più che inconferenti, semplicemente datate:

- la prima (**Corte di Cassazione sez. III, 9 giugno 1994, n. 10155**) sostanzialmente ribadisce che la corretta gestione dei rifiuti rientra nelle responsabilità di «presidenti e direttori sanitari di ospedale», a fronte della quale la buona fede per ignoranza ed oscurità della legge non può valere a scriminare anche la più semplice ed elementare omessa richiesta di autorizzazione per l'attiva-

zione e l'esercizio di un forno di combustione per lo smaltimento dei rifiuti ospedalieri (ora rifiuti sanitari);

- la seconda (**Corte di Cassazione sez. III, 21 settembre 1994, n. 11660**) e la terza (**Corte di Cassazione sez. IV, 7 maggio 1996, n. 8442**) sembrano, invece, decisamente pertinenti, perché puntate proprio sulla necessità e sulle modalità di distribuzione delle competenze all'interno della struttura ospedaliera.

La più risalente (Corte di Cassazione sez. III, 21 settembre 1994, n. 11660) riconduce tipicamente la responsabilità in materia di tutela dell'ambiente «all'interno di una persona giuridica, sia essa privata o pubblica» al direttore sanitario, salvo eventuale concorso per colpa anche «dei soggetti che abbiano la qualifica di presidente od amministratore straordinario delle ULS»: altrimenti detto, anche in una struttura ospedaliera, quando si tratta di illeciti in materia ambientale, **non ci si può accontentare del criterio della «rappresentanza legale o della titolarità formale»** per individuare il responsabile - criterio che riporterebbe ogni responsabilità al presidente-direttore generale.

E ciò non solo perché non si tratta di reati propri di tale organo, ma soprattutto perché la legge istitutiva del SSN attribuisce alla **«piena responsabilità del direttore sanitario»** «tutto quanto attiene alla vigilanza ed all'organizzazione igienico-sanitaria, concetto che comprende la doverosa verifica della compatibilità ambientale, in senso formale e sostanziale (accertamento delle necessarie autorizzazioni in tema di smaltimento dei rifiuti sanitari, accertamento delle analoghe autorizzazioni per le emissioni in atmosfera, adempimento delle prescrizioni regionali sulla materia, ecc.)»: la Corte, quindi, in quel caso, ha ritenuto che gli obblighi in materia ambientale, ivi compreso l'obbligo di richiedere le autorizzazioni di legge per lo smaltimento dei rifiuti ospedalieri, non rientrano tra le competenze degli organi amministrativi della struttura ospedaliera, bensì tra quelle proprie dei direttori sanitari. Simile, ma non identica, l'ultima e più recente sentenza della Cassazione citata a proprio sostegno dal giudice *a quo* (Corte di Cassazione sez. IV, 7 maggio 1996, n. 8442): gli obblighi di richiedere le autorizzazioni di legge in materia ambientale graverebbero sul rappresentante legale dell'ULSS, in quanto «unico soggetto abilitato ad instaurare ed a curare i rapporti dell'ente con l'esterno».

«La direzione del trattamento dei reflui sino alla loro consegna all'operatore autorizzati ad avviarli allo smaltimento» graverebbe, invece, sul direttore sanitario dell'ospedale, che «esplica i suoi poteri all'interno della struttura, senza influenza all'esterno di questa».

A ben vedere, quindi, le sentenze citate dal giudice di merito, per quanto «viziate dal tempo», avviano un criterio per scindere e assegnare le responsabilità in materia ambientale all'interno delle ULSS, ammettendo, la seconda, una distribuzione di competenze e funzioni tendenzialmente scriminante a favore del rappresentante

legale e a carico del direttore sanitario e chiamando in causa, la terza, il rappresentante legale laddove si tratti di obblighi ed attività di relazione dell'ULSS con l'esterno: gli obblighi in materia ambientale, cioè, pertengono alla sfera dei servizi igienico-sanitari (direttore sanitario) e non alla sfera dei servizi amministrativi (rappresentante legale, direttore amministrativo) e solo laddove implicino l'instaurarsi di rapporti dell'ente con l'esterno (autorizzazioni all'esercizio di impianti, autorizzazioni alle emissioni, ecc.) coinvolgono anche il rappresentante legale.

La sentenza in commento

A questo ragionamento la Cassazione pone un deciso freno con la sentenza in commento.

Aggiornando i riferimenti di legge (D.Lgs. n. 502/1992, per il vero già vigente all'epoca dei fatti), la Cassazione precisa che la responsabilità per la gestione dei rifiuti prodotti dall'ULSS può essere solo del direttore generale e/o del direttore amministrativo, stante la natura amministrativa delle relative attività, con la conseguenza che la sentenza a quo viene annullata senza rinvio perché l'imputato (direttore sanitario) non ha commesso il fatto (deposito incontrollato dei rifiuti).

Ecco che allora è bene seguire il ragionamento della Corte, precisando i **ruoli dei vari uffici** interni all'ULSS:

- quello che era il **«presidente/amministratore straordinario»** dell'ULSS nelle sentenze del 1994, nominato dall'assemblea generale degli Enti locali per il tramite del comitato di gestione, competente per tutti gli atti di amministrazione dell'ULSS (legge n. 833/1978) si è trasformato ora in un **direttore generale** delineato dal **D.Lgs. n. 502/1992** (art. 3) «quale responsabile della gestione complessiva», con potere di nomina dei responsabili delle strutture operative dell'azienda, con riserva di «tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale» e con obbligo di «motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari»;
- quello che era il **direttore sanitario** già ai sensi del D.P.R. n. 128/1969 in materia di servizi ospedalieri, quale vertice della «organizzazione tecnico-sanitaria», con funzioni anche di cura del «buon andamento igienico-sanitario dei servizi ospedalieri», transitato nella articolazione per la «responsabilità sanitaria» dell'ufficio di direzione delle ULSS ai sensi della legge n. 833/1978, è ora un direttore sanitario che è un medico, chiamato a dirigere «i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari» ed a fornire «parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza»;

- quello che era il **direttore amministrativo**, che provvedeva «alla gestione dell'ente ospedaliero, sulla base delle direttive impartite dal presidente del consiglio di amministrazione, sotto i profili giuridico ed economico» (D.P.R. n. 128/1969), è transitato nella articolazione per la «responsabilità amministrativa» dell'ufficio di direzione delle ULSS ai sensi della legge n. 833/1978, ed ora è «un laureato in discipline giuridiche o economiche» chiamato a dirigere «i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale».

Una ricostruzione cui sinteticamente procede la Cassazione, come se da essa dovesse discendere un criterio tranciente e definitivo di attribuzione di responsabilità: secondo la Corte, poiché la legge assegna responsabilità a tutto tondo al direttore generale, conferisce competenze solo per l'organizzazione dei «servizi sanitari» al direttore sanitario e competenze amministrative al direttore amministrativo, il responsabile della gestione dei rifiuti prodotti dall'ULSS può essere solo il direttore generale e/o il direttore amministrativo, mai il direttore sanitario; a riprova di ciò, sostiene ancora la Cassazione, l'elenco di funzioni ed ambiti che il D.P.R. n. 128/1969 assegna al direttore sanitario, dai quali esula del tutto ciò che attiene a rifiuti e a tutela dell'ambiente.

Petizione di principio, quindi, che continua ad ammettere che la **responsabilità** possa non essere univocamente ricondotta in base al criterio della rappresentanza legale - tanto che anche il direttore amministrativo può essere coinvolto -, ma che sembra **fondata** su una troppo generica identificazione degli obblighi di gestione dei rifiuti quali obblighi di natura amministrativa e burocratica, senza considerare che essi comportano una **«partecipazione tecnica ed informativa»** fondamentale da parte di chi gestisce ed organizza proprio i servizi che sono all'origine dei flussi di rifiuti prodotti da una ULSS; e, per quanto riguarda il riferimento al D.P.R. n. 128/1969, senza contare che a quel tempo competenze in materia di rifiuti o di ambiente non potevano ragionevolmente essere considerate.

Posto, quindi, che è inevitabile un'assegnazione di funzioni e responsabilità dal vertice (direttore generale) alle strutture ausiliarie (direzione sanitaria e direzione amministrativa), escludere a priori una possibile attribuzione di responsabilità e competenze in materia di gestione dei rifiuti alla direzione sanitaria, dalla quale dipendono i «servizi tecnici ed operativi» sanitari (direzioni mediche, direzioni distrettuali, reparti, personale infermieristico) significa **blindare le posizioni della direzione sanitaria** «per incompetenza» anche - o nonostante - specifici atti di organizzazione, di delega delle funzioni ed ordini di servizio.

Tutto ciò senza tener conto della parte - e quindi della

competenza e della responsabilità - che alla direzione sanitaria è riservata nell'organizzazione e nella direzione proprio dei servizi che, per primi ed in massima parte, sono i veri produttori dei tipici rifiuti sanitari.

I flussi dei rifiuti sanitari

Il settore dei rifiuti sanitari, per la tipicità del rischio che li caratterizza (rischio infettivo) ed anche per la peculiarità del soggetto che li produce (strutture sanitarie pubbliche, in primo luogo, accanto a strutture di cura, prevenzione ed assistenza private), è stato oggetto negli ultimi anni di **disciplina speciale** e specifica (D.M. n. 219/2000, prima, D.P.R. n. 254/2003, dopo), fatta salva anche nella più recente riforma del D.Lgs. n. 152/2006.

Ai sensi del D.P.R. n. 254/2003, i rifiuti sanitari si identificano secondo un **criterio di provenienza**, ovvero sono rifiuti sanitari quelli che sono prodotti presso strutture sanitarie (1). Da ciò discende che sono rifiuti sanitari:

- sia i rifiuti sanitari **pericolosi a rischio infettivo** (ad esempio deflussori, aghi, siringhe contaminati, residui di pasti provenienti da reparti ad isolamento infettivo),
- sia i rifiuti sanitari **pericolosi non a rischio infettivo** (ad esempio batterie esauste, oli utilizzati per i circuiti di alcuni macchinari, aghi o siringhe non utilizzati),
- sia i rifiuti sanitari **non pericolosi**,
- sia i rifiuti sanitari **non pericolosi assimilati** (rifiuti da preparazione pasti, rifiuti da ristorazione, purché non infetti, vetro, carta, cartone, plastica, imballaggi, spazzatura, indumenti e lenzuola monouso, rifiuti da giardinaggio, gessi ortopedici, bende, assorbenti e pannolini pediatrici non provenienti da pazienti infettivi, rifiuti infettivi sterilizzati) **e assimilabili** (secondo i criteri ministeriali e comunali) agli urbani (art. 2, comma 1, lettera g), D.P.R. n. 254/2003).

Ciò significa che una ULSS si trova a dover gestire rifiuti di svariata natura, che richiedono obblighi diversi e diversi passaggi amministrativi, burocratici ed operativi, da parte di diversi livelli e tipologie di personale.

Se per gli assimilati e gli assimilabili gli obblighi gestionali sono ridotti alla collocazione dei materiali all'interno dei **cassonetti** e degli spazi indicati dal servizio pubblico di raccolta, alla corretta **informazione** per i frequentatori dell'ospedale, alla corretta **istruzione** del personale delle

Nota:

(1) Vi è anche un criterio qualitativo, in base al quale sono soggetti alla disciplina tipica dei rifiuti sanitari (pur non essendo rifiuti sanitari in senso stretto) anche i rifiuti speciali prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che presentino un rischio analogo a quello dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo, «quali ad esempio quelli prodotti presso laboratori di analisi microbiologiche di alimenti, di acque, o di cosmetici, presso industrie di emoderivati, istituti estetici e similari» (art. 1, comma 5, lett. g) e art. 2, comma 1, lettera i) D.P.R. n. 254/2003).

pulizie ed al pagamento della **tariffa** (2), ben diversi sono e possono essere gli **adempimenti per i rifiuti sanitari che «restano speciali»**, quali i non pericolosi, i pericolosi non a rischio infettivo, i pericolosi a rischio infettivo, i rifiuti che richiedono particolari forme di gestione.

Per essi vi sono obblighi di registrazione e comunicazione, obbligo di affidamento per il trasporto e trattamento a ditta autorizzata, obbligo di accompagnamento con il formulario, responsabilità per il rifiuto fino a ricezione avvenuta della quarta copia del formulario, obblighi e vincoli nel deposito temporaneo dei rifiuti, obblighi di utilizzo di determinati imballaggi per la movimentazione interna ed il successivo carico.

Riprendendo il filo della Cassazione, è evidente che la registrazione e la tenuta dei registri è in sé un adempimento di tipo burocratico/amministrativo, ma è altrettanto evidente che la classificazione del rifiuto e dei pericoli ad esso associati non può che essere affidata al produttore in senso stretto degli stessi (il singolo reparto, il singolo ambulatorio, il singolo distretto, ecc.), che, qualificando il rifiuto, ne qualifica anche il successivo percorso, dal reparto alla zona di deposito dedicata - tendenzialmente tramite il servizio di pulizia - e poi all'operatore autorizzato: la catena coinvolge in primo luogo il **personale sanitario** (direzioni mediche, personale infermieristico, ecc.) che produce in senso stretto il rifiuto, per passare poi eventualmente al personale amministrativo per la sola compilazione concreta del registro (centralizzato o specifico di ogni unità di produzione distrettuale, ambulatoriale, ecc.).

È certo che l'individuazione della **ditta autorizzata** alla raccolta e trasporto spetta ai servizi amministrativi a seguito di apposita **gara**, ma è altrettanto certo che a «costruire» **criteri e contenuti dell'oggetto della gara** dovranno collaborare anche i produttori in senso stretto dei rifiuti sanitari, che hanno anche il polso di cosa e quanto producono; altro problema organizzativo non da poco, poi, riguarda il controllo dell'avvenuta ricezione della **quarta copia del formulario** di trasporto (FIR), che è facile pensare possa essere effettuato dal produttore in senso stretto dei rifiuti (personale sanitario), piuttosto che da un ufficio amministrativo che quei rifiuti non ha mai visto e non identifica facilmente attraverso le informazioni della copia del FIR.

E ancora, in generale, tutta la **gestione interna** fino alla raccolta da parte dell'operatore coinvolge inevitabilmente ed anche «testualmente» i servizi sanitari.

Nel caso di sterilizzazione di rifiuti infettivi *intra moenia*, l'attivazione e le verifiche dell'efficacia del processo di sterilizzazione sono a carico del «direttore o responsabile sanitario» (art. 7, D.P.R. n. 254/2003); il deposito temporaneo di rifiuti a rischio infettivo può avere durata massima di cinque giorni, salvo prolungamento a 30 giorni per quantitativi entro i 200 litri «sotto la responsabilità del

produttore», ovvero dell'operatore sanitario che ne è il produttore, così come previsto anche per il conferimento tempestivo dei rifiuti generati in occasione di prestazioni sanitarie effettuate all'esterno della struttura sanitaria (ambulanze, assistenza domiciliare, ex art. 4, comma 2); più semplicemente, la collocazione dei rifiuti a rischio infettivo negli appositi imballaggi per la movimentazione interna non può che essere fatta a cura del personale sanitario.

Sempre testualmente, poi, l'art. 17, D.P.R. n. 254/2003 assegna al **«responsabile della struttura sanitaria»** - il direttore generale - il «compito di sovrintendere all'applicazione» delle norme in materia di rifiuti contenute nel D.P.R. stesso, ovvero il compito di **organizzare**, impartire principi di azione e di intervento affinché il proprio personale (sanitario ed amministrativo) dia corretta applicazione a tali norme, ferme restando le responsabilità e gli oneri che gravano, comunque, in base alle norme generali, sul produttore/detentore dei rifiuti (responsabilità che segue il rifiuto dalla produzione al trattamento presso terzi autorizzati, fino all'avvenuta ricezione della quarta copia del FIR o alla denuncia del mancato arrivo).

Per concludere sulle responsabilità

L'analisi svolta non conduce a considerazioni univoche così come, invece, sembra voler affermare la Cassazione: ciò che preme qui sottolineare è che **appare inopportuna una esclusione di principio della direzione sanitaria da ogni responsabilità in campo gestione rifiuti, così come inopportuno sarebbe escludere da questa la direzione amministrativa dell'ULSS.**

Fermo restando che il direttore generale, anche se responsabile «della gestione complessiva», con riserva di «tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale», non può essere chiamato a rispondere di ogni e qualsiasi violazione in materia di rifiuti che il proprio personale commetta - a parte l'obbligo di sovrintendere e la responsabilità del produttore in senso ampio, le specifiche responsabilità per fatti illeciti andranno ricercate individuando, innanzi tutto, chi, nell'organizzazione interna di ogni singola ULSS, ha il compito di gestire le singole fasi del ciclo di vita del rifiuto.

Nota:

(2) Per i sanitari a solo rischio infettivo che siano sterilizzati l'assimilazione non è, comunque, così semplice ed è condizionata a che lo smaltimento avvenga in impianti di incenerimento - o, al limite, in discarica, previa autorizzazione regionale - per rifiuti urbani all'interno dell'ATO.

Se, invece, lo smaltimento avviene fuori ATO, salta la privativa del servizio pubblico.

Oltre a ciò, anche laddove vi sia l'assimilazione, gli sterilizzati devono avere il codice CER 200301 ed essere imballati separatamente dagli altri, con imballaggi differenziati ed etichettati; se, poi, sono smaltiti fuori ATO, devono essere trasportati separatamente dagli altri urbani.

Né si può escludere a priori che atti di organizzazione o atti di delega individuali possano coinvolgere tanto la direzione sanitaria e, a cascata, la gerarchia dei servizi sanitari, quanto la direzione amministrativa e senza, quindi, che le persone fisiche che tali posizioni occupano possano esimersi dall'assunzione delle responsabilità opportunamente assegnate in ragione delle **competenze di legge**, delle funzioni e delle risorse in organico, nonché delle personali e specifiche **preparazione** ed **esperienza**.

Qualcosa di più sul deposito temporaneo di rifiuti sanitari

Poiché il reato ascritto al Direttore Sanitario «protagonista» della sentenza in commento è il **deposito incontrollato di rifiuti** non pericolosi (lastre radiografiche vetuste, vecchi referti radiologici, sacchi di plastica contenenti materiale inerte, un'autovettura bruciata, ecc. nella fattispecie), vale la pena aggiungere qui qualcosa sul tema del deposito temporaneo di rifiuti, tanto discusso in questo periodo a livello di norme sui rifiuti in generale. Come è noto, il D.Lgs. n. 152/2006 ha modificato o, secondo parte della dottrina, chiarito la disciplina del deposito temporaneo previgente, fissando in modo più puntuale e tranciante le **condizioni** in presenza delle quali tale fase, che avvenga nel luogo di produzione, prima della raccolta e del trasporto, è esente dall'obbligo di autorizzazione in quanto estranea alla «gestione» del rifiuto.

L'art. **183, lettera m)** del D.Lgs. n. 152/2006 ribadisce alcune condizioni qualitative (contenuto massimo di PCB e PCD) e gestionali (deposito per categorie omogenee, rispetto delle norme tecniche, rispetto delle norme per il deposito delle sostanze pericolose, obblighi in materia di imballaggio ed etichettatura) preesistenti ed indiscusse e stabilisce più chiaramente la legittimità di un deposito temporaneo che rispetti, alternativamente (non cumulativamente) (3), a scelta del produttore:

- **limiti temporali ristretti** (prelievo ogni due mesi per i rifiuti pericolosi. Ogni tre mesi per i rifiuti non pericolosi) senza restrizioni quantitative (qualsiasi sia il quantitativo in deposito) - modalità opportuna per i grandi produttori di rifiuti, che possono accumularne ingenti quantità, purché provvedano all'asporto entro, rispettivamente, due o tre mesi;
- oppure **limiti quantitativi contenuti** (10 metri cubi per i rifiuti pericolosi; 20 metri cubi per i rifiuti non pericolosi), entro limiti temporali ampi (comunque entro un anno, indipendentemente dalle quantità in deposito) - modalità opportuna per i piccoli produttori di rifiuti, che possono tenere in deposito modeste quantità anche per lungo tempo, senza l'obbligo di provve-

dere all'asporto, beneficiando di tempi anche economicamente più sostenibili.

Al di là della novità di difficile interpretazione - al limite della incomprensibilità - del deposito temporaneo che non rispetta «le condizioni stabilite dalla normativa vigente» quale nuova operazione di recupero (allegato C, punto R14) ed al di là della nuova possibilità di deposito temporaneo affidato a terzi (art. 208, comma 17, e 210, comma 5), il **D.Lgs. n. 152/2006** continua a sanzionare negli stessi termini del **D.Lgs. n. 22/1997** il deposito temporaneo «fuori norma», punibile dall'art. 256 sotto forma di deposito incontrollato/abbandono di rifiuti (comma 2), sotto forma di gestione di rifiuti non autorizzata (comma 1), o addirittura sotto forma di discarica abusiva, quando caratterizzato dalla definitività, dalla ripetitività e dalla ingente quantità degli sversamenti (comma 3).

Venendo allo specifico dei **rifiuti sanitari**, il D.Lgs. n. 152/2006 fa salva la disciplina specifica e speciale dettata in materia dal **D.P.R. n. 254/2003**, richiamato espressamente dall'art. 227, comma 1, lettera b): conferma, quindi, il principio per cui al deposito temporaneo, raccolta, trasporto, recupero, smaltimento, intermediazione e commercio di rifiuti sanitari si applicano le **norme generali**, differenziate a seconda che si tratti di rifiuti pericolosi, non pericolosi, assimilati, ecc., fatte salve le **norme speciali** che lo stesso D.P.R. n. 254/2003 detta (art. 4, comma 1).

In tema di **deposito temporaneo**, il D.P.R. n. 254/2003 stabilisce norme speciali - e, quindi, dominanti rispetto alle norme generali del D.Lgs. n. 22/1997 e, ora, del D.Lgs. n. 152/2006 - solo per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e non anche per la macrocategoria dei rifiuti sanitari tout court o per la sottocategoria dei rifiuti sanitari pericolosi, dentro la quale sono compresi anche rifiuti sanitari che presentino caratteristiche di pericolosità diverse dalla infettività.

Ai sensi **dell'art. 8, comma 3, lettera a)**, fatte salve le disposizioni in materia di imballaggio ed etichettatura dei contenitori dei rifiuti infettivi nelle fasi di movimentazione interna alla struttura sanitaria:

«il **deposito temporaneo di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo** deve essere effettuato in condizioni tali da non causare alterazioni che comportino rischi per la

Nota:

(3) Il cambio di rotta del Legislatore è stato finalmente «recepito» anche dalla giurisprudenza, che ha definitivamente riconosciuto l'alternatività delle due opzioni operative.

In tal senso le recenti:

- Cass. Pen., sez. III, 30 novembre 2006, n. 39544;
- Cass. Pen. sez. III, 19 aprile 2007, n. 15997.

Non diamo conto, in questa sede, delle modifiche "promesse" dal Legislatore, tendenti a riportare il deposito temporaneo alla formulazione antecedente, trattandosi di modifiche che sono rimaste *in itinere* per un anno e che ora, e per il momento, sono decadute.

salute e può avere una durata massima di cinque giorni dal momento della chiusura del contenitore. Nel rispetto dei requisiti di igiene e sicurezza e sotto la responsabilità del produttore, tale termine è esteso a trenta giorni per quantitativi inferiori a 200 litri. La registrazione di cui all'art. 12, comma 1 del D.Lgs. n. 22/1997 deve avvenire entro cinque giorni».

Per quanto riguarda i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, dunque, le modalità gestionali del deposito temporaneo sono più stringenti ed univoche: essi vanno asportati entro cinque giorni dalla chiusura del contenitore «contro» i due mesi previsti dalle norme generali per i rifiuti pericolosi (ivi compresi i rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo).

I termini temporali possono estendersi, ma, comunque, fino ad un massimo di trenta giorni, per quantitativi entro i 200 litri, «contro» l'anno previsto dalle norme generali per quantitativi entro i 10 metri cubi.

Norma simile era contenuta già **all'art. 45 del D.Lgs. n. 22/1997**, espressamente abrogato e «sostituito con modifiche» dal D.P.R. n. 254/2003, ma in esso si parlava più genericamente di deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi, e non specificamente di deposito di pericolosi a rischio infettivo.

Il D.Lgs. n. 152/2006 opera ora un **rinvio espresso al D.P.R. n. 254/2003 anche in sede di disposizioni penali**, prevedendo all'art. 256, comma 6 che:

«chiunque effettua il deposito temporaneo presso il luogo di produzione di rifiuti sanitari pericolosi, con violazione delle disposizioni di cui all'art. 227, comma 1, lettera b), è punito con la pena dell'arresto da tre mesi ad un anno o con la pena dell'ammenda da 2.600 euro a 26.000 euro. Si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da 2.600 euro a 15.500 euro per i quantitativi non superiori a 200 litri o quantità equivalenti».

E qui si pongono problemi «vecchi», dovuti alla disattenta trasposizione delle vecchie norme del D.Lgs. n. 22/1997 nel nuovo D.Lgs. n. 152/2006, costringendoci ad un pò di cronistoria delle norme sui rifiuti sanitari.

Nell'ordine.

Il **D.Lgs. n. 22/1997** prevedeva all'art. 45, come sopra indicato, alcune norme specifiche per il deposito temporaneo di rifiuti sanitari pericolosi (5 giorni; 30 giorni per quantità entro i 200 litri); **la violazione dell'art. 45 era sanzionata con disposizione specifica dell'art. 51**, con pene più lievi rispetto a quelle previste per il deposito di rifiuti in generale (art. 51, comma 6, identicamente trasposto, quanto a sanzioni, nell'attuale art. 256, comma 6 del D.Lgs. n. 152/2006).

Con l'entrata in vigore del **D.P.R. n. 254/2003, l'art. 45 del D.Lgs. n. 22/1997 è stato espressamente abrogato** e «sostituito» dalle norme dell'art. 8 in materia di deposito temporaneo di sanitari pericolosi a rischio infettivo più sopra analizzate.

Ma non altrettanto ha fatto il Legislatore con le **disposizioni penali**, dove è formalmente sopravvissuto l'art. 51, comma 6, con condotta individuata per rinvio all'art. 45 (abrogato), accanto alla sanzione per il deposito incontrollato generale (art. 51, commi 1 e 2): la dottrina (4) si è trovata, quindi, a dibattere tra l'ipotesi di una abrogazione implicita anche dell'art. 51, comma 6, con conseguente applicazione della sanzione penale generale più grave (art. 51, commi 1 e 2) al deposito di sanitari pericolosi effettuato in violazione del D.P.R. n. 254/2003 e l'ipotesi di una sopravvivenza dell'art. 51, comma 6, «attualizzato» ai precetti del D.P.R. n. 254/2003.

Il problema ora è un altro (c'era anche prima, ma ha avuto meno «risonanza»).

Ora la sanzione speciale è costruita con riferimento al D.P.R. n. 254/2003, richiamato dall'art. 227, comma 1, lettera b), con la conseguenza che la violazione delle norme sul deposito fissate dal D.P.R. n. 254/2003 è indubbiamente sanzionata in modo più lieve, secondo le prescrizioni dell'art. 256, comma 6.

Il problema «che resta» è dato dal fatto che il D.P.R. n. 254/2003 è richiamato dall'art. 256, comma 6 con riferimento ai «rifiuti sanitari pericolosi» in generale, mentre, in realtà, il D.P.R. n. 254/2003 stesso prevede norme speciali solo per il deposito temporaneo di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, rinviando, per gli altri sanitari pericolosi, alle norme generali.

Quasi in un gioco di specchi, quindi, l'art. 256, comma 6 finisce per assicurare un trattamento sanzionatorio di favore solo formalmente esteso a tutti i sanitari pericolosi; sostanzialmente, invece, la sanzione più lieve è a beneficio solo del deposito di sanitari a rischio infettivo. Ma non si può esserne così certi.

Le conseguenze pratiche della nuova formulazione dell'art. 256, comma 6 sono che, con buon grado di certezza, il deposito temporaneo di rifiuti sanitari pericolosi in violazione delle norme del D.P.R. 254/2003 è punito con arresto da tre mesi ad un anno o con ammenda da 2.600 a 26.000 euro, con riferimento ai pericolosi a rischio infettivo, per i quali il D.P.R. n. 254/2003 detta norme speciali.

Quando tali rifiuti siano entro i 200 litri o quantità equivalenti, l'illecito ha rilevanza solo amministrativa ed è punito con sanzione pecuniaria da 2.600 a 15.500 euro (art. 256, comma 6): la violazione consisterebbe, comunque, nella violazione dell'art. 8 (imballaggi, etichettatura e tempi massimi del deposito fissati in 5 giorni o 30 per quantità entro i 200 litri).

Nota:

(4) Per tutti si legga:

– De Paola, *Deposito temporaneo di rifiuti sanitari: quale disciplina sanzionatoria?*, in *Ambiente*, 2005, 4.

Per il deposito temporaneo di rifiuti sanitari pericolosi, ma non a rischio infettivo in violazione delle norme del D.P.R. n. 254/2003 (formula letterale dell'art. 256, comma 6) si possono avanzare **due ipotesi interpretative**, una più formale/letterale, l'altra forse più sostanziale:

1. ipotesi più formale: anch'esso è punito con arresto da tre mesi ad un anno o con ammenda da 2.600 a 26.000 euro ex art. 256, comma 6, considerando in senso formale la violazione delle disposizioni sul deposito temporaneo del D.P.R. n. 254/2003, anche se l'illecito consiste sostanzialmente nella violazione delle norme generali sul deposito temporaneo di rifiuti pericolosi, richiamate a loro volta dal D.P.R. n. 254/2003 (10 metri cubi, fino ad un massimo di 1 anno; almeno ogni 2 mesi, indipendentemente dalle quantità): trattamento sanzionatorio di favore per le strutture sanitarie pubbliche (e private, anche per laboratori di estetica, ecc.), le quali, anche per tipologie di rifiuti non «tipicamente ed esclusivamente» sanitari (non infettivi, ma, magari, infiammabili o tossici, ecc.) beneficerebbero di un «occhio di riguardo», anche con depenalizzazione per quantità entro i 200 litri;

2. ipotesi più sostanziale: esso è punito con l'arresto da sei mesi a due anni e con l'ammenda da 2.600 a 26.000 euro, come deriva dalla sanzione per il deposito incontrollato di rifiuti pericolosi in generale (art. 256, comma 1), considerando che la violazione del D.P.R. n. 254/2003 consiste sostanzialmente nella violazione delle norme generali sul deposito di rifiuti pericolosi, richiamate *in toto* - anche per gli aspetti penali - dallo stesso D.P.R. n. 254/2003 (10 metri cubi, fino ad un massimo di 1 anno; almeno ogni 2 mesi, indipendentemente dalle quantità; relative sanzioni): trattamento sanzionatorio identico a quello degli altri operatori (pubblici e privati) che producano rifiuti pericolosi dello stesso genere, senza alcuna possibilità di depenalizzazione.

La seconda opzione sembra più accoglibile, nonostante il rinvio formale dell'art. 256, comma 6 all'intera categoria dei rifiuti sanitari pericolosi.

È più facile pensare che si tratti di una sorta di refuso o l'ennesima disattenzione del Legislatore del 2006 che, trasponendo il D.Lgs n. 22/1997, ha opportunamente corretto il riferimento al D.P.R. n. 254/2003, ma non ha circoscritto la sanzione più favorevole alla sottocategoria dei pericolosi a rischio infettivo, ovvero a quella tipicità di pericolo (infettività) che caratterizza il mondo sanitario e può giustificare la disparità di trattamento a livello sanzionatorio.

Questa interpretazione potrebbe essere avallata da un'altra considerazione.

Così come per **il deposito temporaneo di rifiuti sanitari non pericolosi**, in considerazione del fatto che non v'è motivo di differenziare tra produttori di rifiuti non pe-

ricolosi «dello stesso genere», non è prevista nessuna norma penale speciale, con applicazione delle norme generali dei commi 1 e 2 dell'art. 256, allo stesso modo non si vede motivo di differenziare tra coloro che siano produttori di rifiuti pericolosi «dello stesso genere» (non infettivi).

Un'eccezione con relativa disparità di trattamento in senso più favorevole può trovare giustificazione solo se collegata alla **tipicità del rischio** (infettività) che caratterizza la più parte dei rifiuti sanitari e che, peraltro, è a fondamento di una regolamentazione complessivamente speciale e specifica, ovvero l'intero D.P.R. n. 254/2003.

Per quanto, cioè, sia **«delicato» il soggetto produttore**, ovvero la struttura sanitaria pubblica in primis, vincolata al rispetto dell'ambiente ma anche al principio di economicità (art. 1, comma 4 del D.P.R. n. 254/2003), vale la pena ricordare e ribadire la sostanziale **identità di obblighi e di responsabilità tra soggetti pubblici e privati** in materia di gestione dei rifiuti sottintesa proprio nella prima pronuncia della Cassazione citata dal Giudice *a quo* della sentenza qui commentata.

Cass. Pen., sez. III, 9 giugno 1994, n.10155

«... il pur grave problema dello smaltimento dei rifiuti ospedalieri, proprio perché espone a particolare e delicata responsabilità i presidenti e direttori sanitari di ospedale, non può essere risolto invocando la buona fede od oscurità della legge, ma con iniziative e risorse concrete che avviino la soluzione in conformità ai principi comunitari nella materia, vigenti anche negli altri Paesi dell'Unione Europea; il controllo preventivo nelle forme di un atto esplicito di autorizzazione è da considerare il minimum per un sistema che si muove nella trasparenza e legalità: naturalmente la P.A. deve provvedere con rapidità, chiarezza ed efficienza per la migliore soluzione dei comuni problemi».

Il documento

Cassazione penale sez. III, 9 luglio 2007, (14 marzo 2007), n. 26481

*(Omissis)***In fatto e in diritto**

1 - In seguito a opposizione a decreto penale di condanna, il Tribunale monocratico di Sanremo, con sentenza del 5 maggio 2006, ha dichiarato M.E. colpevole del reato di cui al D.Lgs. n. 22 del 1997, art. 51, comma 2, perché - quale responsabile della USL n. (*Omissis*) - aveva depositato in modo incontrollato nel piazzale della sede legale della USL rifiuti vari non pericolosi (fatto commesso in (*Omissis*)); e per l'effetto, in concorso con le attenuanti generiche, l'ha condannato alla penna di Euro 2.000,00 di ammenda.

In particolare, il giudice ha accertato e ritenuto:

— che nell'area retrostante (*Omissis*) - in passato struttura ospedaliera e attualmente adibita a sede della USL n. (*Omissis*) - erano accatastati alla rinfusa rifiuti di vario genere (lastre radiografiche vetuste, a volte risalenti agli anni '50 e '60, vecchi referti radiologici, sacchi di plastica contenenti materiale inerte, un'autovettura bruciata, etc.);

— che responsabile di siffatto deposito incontrollato di rifiuti era il direttore sanitario dell'USL, e quindi il Dott. M.E., il quale, avendo un dovere di vigilanza e organizzazione dal punto di vista igienico sanitario, non ha adeguatamente controllato il processo di raccolta e smaltimento dei rifiuti in oggetto.

2 - Il difensore del M. ha proposto ricorso, chiedendo l'annullamento della sentenza sulla base di due motivi.

Col primo deduce inosservanza ed erronea applicazione del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, comma 7, e del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, art. 5, giacché il potere e il dovere di provvedere allo smaltimento dei rifiuti abbandonati non spetta al direttore sanitario, ma al direttore generale e/o al direttore amministrativo dell'ASL. Col secondo motivo il ricorrente lamenta carenza e manifesta illogicità della motivazione, giacché il giudice di merito non ha considerato che l'agente accertatore del Corpo Forestale, nella sua deposizione testimoniale, aveva precisato che al momento del sopralluogo «il responsabile dei controlli era R.M., direttore amministrativo dell'USL», e che un altro teste, dirigente dell'Ufficio Personale dell'USL, aveva escluso che il direttore sanitario avesse compiti operativi e quindi di controllo. Con memoria scritta aggiuntiva il difensore ha eccepito anche la prescrizione del reato.

3 - Ritiene il collegio che l'imputato doveva essere assolto per non aver commesso il fatto.

Il giudice di merito, dopo aver analizzato la nozione di «rifiuto» e quella di «abbandono» e di «deposito incontrollato» di rifiuti, ha accertato che nell'area retrostante (OMISSIS) erano abbandonati da tempo rifiuti eterogenei, risalenti anche agli anni '50 e '60, senza preoccuparsi di verificare se detti rifiuti provenivano dalla struttura ospedaliera un tempo insediata nella villa (come poteva far pensare la qualità di molti rifiuti, come le lastre radiografiche, i referti, radiologici, etc.) o se provenivano dalla Unità Sanitaria Locale che vi si era insediata successivamente.

Ma soprattutto il giudice di merito ha attribuito la responsabilità dell'abbandono dei rifiuti al direttore sanitario dell'USL, senza considerare che questi a norma del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, comma 7, (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma della legge 23 dicembre 1992, n. 421, art. 1), è un medico «che dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza».

Giova ricordare che, anche nel contiguo settore dei servizi ospedalieri, il direttore sanitario si limita a dirigere l'ospedale cui è preposto solo ai fini igienico - sanitari (D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, ex art. 5, che elenca anche una serie di competenze particolari, del tutto estranee alla materia dei rifiuti).

Di contro, il direttore amministrativo dell'USL, sempre a mente del succitato art. 3, comma 7, è un laureato in discipline giuridiche o economiche che «dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale».

A norma del medesimo art. 3, comma 4, il direttore sanitario e il direttore amministrativo coadiuvano, nei rispettivi settori di competenza, il direttore generale dell'USL, al quale, secondo il citato articolo, comma 6, sono riservati «tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale».

Sulla base di questa disciplina dettata dal D.Lgs. n. 502 del 1992, il responsabile della gestione dei rifiuti prodotti dalla USL può essere individuato nel direttore generale e/o nel direttore amministrativo, ma non nel direttore sanitario, il quale ha competenza solo nell'organizzazione dei servizi sanitari, che sono sicuramente estranei al settore amministrativo della gestione dei rifiuti e della tutela dell'ambiente.

Le sentenze di questa Corte citate dal giudice di merito a sostegno della sua tesi o non sono pertinenti al tema, o non possono condividersi, prive come sono di sostegno testuale (v. Cass. sez. III, n. 10155 del 9 giugno 1994, Bencini, RV.

199345; Cass. sez. III, n. 11660 del 21 settembre 1994, P.M. in proc. Nolli, RV. 200525; Cass. sez. IV, n. 8442 del 7 maggio 1996, Rossattini, RV. 206263).

Ne deriva che, pur essendo già maturata la prescrizione del reato, la impugnata sentenza deve essere annullata senza rinvio a norma dell'art. 129 cod.proc.pen., comma 2, perché il M. doveva essere assolto per non aver commesso il fatto.

P.Q.M.

La Corte Suprema di Cassazione annulla senza rinvio la sentenza impugnata perché l'imputato non ha commesso il fatto.

LIBRI

Biocombustibili e biocarburanti Soluzioni, tecnologie, agevolazioni

Collana - Sviluppo Sostenibile
AA.VV. (a cura di Alessandro Bordin)
2007, 1 edizione, 360 pagine
Prezzo: € 36,00

I biocarburanti e i biocombustibili sono **prodotti agricoli** in grado di sostituire la benzina e il diesel e argomento di grande attualità.

Il loro utilizzo consente di abbattere del 70% le emissioni di gas serra e di ridurre i fabbisogni petroliferi e la dipendenza dai paesi produttori ma anche di creare vantaggi per l'economia e l'occupazione, non solo nel settore agricolo.

Argomenti presi in seria considerazione dall'Unione europea che ha imposto a tutti gli stati membri di soddisfare almeno il 2% della domanda di energia nazionale tramite l'utilizzo dei biocarburanti, con l'obiettivo di raggiungere la copertura del 5,75% della domanda entro il 2010.

Con la **collaborazione di professionisti e di docenti e ricercatori di alcuni fra i più attivi centri di studio e di ricerca italiani**, la materia (**dal biodiesel, al bioetanolo, al bioidrogeno**) viene analizzata sotto l'aspetto:

- **energetico**
- **produttivo**
- **tecnologico**
- **normativo**
- **economico**
- **finanziario e fiscale**

Per questa multidisciplinarietà il volume rappresenta una novità nel panorama editoriale e si rivolge ad aziende, enti pubblici, università, professionisti e consulenti.

Per Informazioni

- **Servizio Informazioni commerciali** (tel. 02.82476794 - fax 02.82476403 - e-mail.info.commerciali@ipsoa.it)
- **Agente Ipsoa di zona** (www.ipsoa.it/agenzie)
- **www.ipsoa.it**

